



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Br. Hurtado Centeno, Jenny Janet

ASESOR:

Dr. Vértiz Osore, Jacinto Joaquín

SECCIÓN:

Ciencias de la salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de Salud

LIMA – PERÚ

2019



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): HURTADO CENTENO, JENNY JANET

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud* ha sustentado la tesis titulada:

EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN ODONTOLOGÍA EN LOS PACIENTES DE LA POSTA SANTIAGO APOSTOL, COMAS 2017

Fecha: 22 de diciembre de 2017

Hora: 11:00 a. m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Willian Flores Sotelo

Firma:

SECRETARIO: Dra. Gliria Méndez Ilizarbe

Firma:

VOCAL: Dr. Joaquin Vertiz Osoreo

Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Aprobado por mayoría*

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

..... *Mejorar presentación APA.*

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

El presente trabajo es dedicado a mi familia, a mi esposo e hijo, quienes han estado a mi lado todo este tiempo apoyándome y compartiendo este sueño hecho realidad.

Agradecimiento

En primer lugar agradecer a Dios, a mi esposo e hijo, por haberme dado las fuerzas y apoyo incondicional que me permitieron seguir adelante hasta conseguir mis objetivos.

También agradecer a mis padres y hermanos, amigos, compañeros de estudio, a los docentes y autoridades de la Universidad César Vallejo.

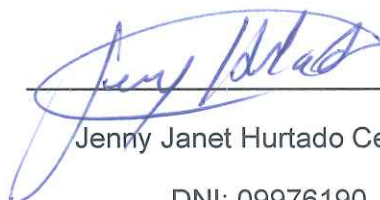
Declaratoria de autenticidad

Yo, Jenny Janet Hurtado Centeno, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado "Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017", presentada, en 99 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 24 Setiembre del 2016



Jenny Janet Hurtado Centeno

DNI: 09976190

Presentación

Señores miembros del Jurado

A los señores miembros del jurado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, filial Los Olivos, se les presenta la Tesis titulada: Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017. En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad Cesar Vallejo para obtener el grado de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud.

La presente investigación está estructurada en ocho capítulos. En el primer capítulo se exponen los antecedentes de investigación, la fundamentación técnica de las dos variables y sus dimensiones, la justificación, el planteamiento del problema, las hipótesis y objetivos, En el capítulo dos se presentan las variables en estudio, la operacionalización, la metodología utilizada, el tipo de estudio, el diseño de investigación, la población, la muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presenta el resultado descriptivo y el tratamiento de hipótesis. El cuarto capítulo está dedicado a la discusión de resultados. El quinto capítulo contiene las conclusiones de la investigación, En el sexto capítulo se formulan las recomendaciones, en el séptimo capítulo se presentan las referencias bibliográficas: y finalmente en el último capítulo se presentan los anexos

Los resultados que se han obtenido durante el proceso de investigación representan, a parte de un modesto esfuerzo, evidencias donde se han verificado que la enseñanza científica tiene un nivel de correlación positiva con tendencia a ser considerable con el nivel de conocimientos de investigación.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La Autora

Índice de contenidos

	Pág.
Dictamen	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Lista de contenidos	vii
Lista de tablas	ix
Lista de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	14
1.1. Realidad problemática	15
1.2. Trabajos previos	17
1.2.1. Trabajos previos Internacionales	17
1.2.2. Trabajos previos Nacionales	19
1.3. Fundamentación técnica, científica y humanista	23
Educación	23
Estrategias de enseñanza	24
Estrategias de Aprendizaje	27
Charlas educativas	29
Nivel de conocimiento	30
Patología de la cavidad oral	32
Caries Dental	32
Enfermedad Periodontal	35
Maloclusiones	37
Tratamientos preventivos	39
Hábitos de higiene oral	39
Hábitos que influyen en el estado de salud oral	41
1.4. Justificación	42
1.4.1. Justificación teórica	42

1.4.2.Justificación Practica	42
1.4.3 Justificación Metodológica	43
1.5. Formulación del Problema	43
1.6. hipótesis	44
1.7. Objetivos	45
II. Metodo	47
2.1. Diseño de investigación	48
2.2. Variables, Operacionalización	49
Operacionalización de las variables	50
2.3. Población, muestra y muestreo	53
2.3.1. Población	53
2.3.2. Muestra	53
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	54
2.4.1. Técnicas de recolección	54
2.4.2. Instrumentos de recolección	55
2.4.3. Validez	56
2.4.4. Confiabilidad	57
2.5. Tipos de análisis de datos	57
2.6. Aspectos éticos	58
III. Resultados	59
3.1. Estadística descriptiva	60
3.2. Estadística inferencial	70
IV. Discusion	75
V. Conclusiones	80
VI. Recomendaciones	83
VII. Referencias bibliograficas	85
VIII. Anexos	90

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Cronograma de las actividades de la Intervención educativa	50
Tabla 2. Matriz de operacionalización de la variable: Nivel de conocimiento sobre salud oral	50
Tabla 3. Baremo de la variable Niveles de conocimiento sobre salud oral	56
Tabla 4. Juicio de expertos	56
Tabla 5. Estadístico de fiabilidad de la variable: Nivel de conocimiento sobre salud oral	57
Tabla 6. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre salud oral (Pretest)	60
Tabla 7. Resultados hallados del nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal (Pretest)	61
Tabla 8. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral (Pretest)	62
Tabla 9. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral (Pretest)	6
3	
Tabla 10. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral (Pretest)	64
Tabla 11. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre salud oral (Posttest)	65
Tabla 12. Resultados hallados del nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal (Posttest)	66
Tabla 13. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral (Posttest)	6
7	
Tabla 14. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral (Posttest)	68
Tabla 15. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral (Posttest)	6

Tabla 16. Prueba de muestras independientes para el nivel de conocimiento sobre salud oral

71; **Error! Marcador no definido.**

Tabla 17. Prueba de muestras independientes para el nivel de conocimiento sobre patologías de la cavidad oral

72 ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 18. Prueba de muestras independientes para el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos

73 ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 19. Prueba de muestras independientes para el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral

74 ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 20. Prueba de muestras independientes para el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral

75

¡Error! Marcador no definido.

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Tipos de conocimientos	30
Figura 2. Niveles de conocimientos & niveles educativos	31
Figura 3. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre salud oral (Pretest)	6
0	
Figura 4. Resultados hallados del nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal (Pretest)	61
Figura 5. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral (Pretest)	62
Figura 6. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral (Pretest)	6
3	
Figura 7. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral (Pretest)	64
Figura 8. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre salud oral (Grupo de control)	65
Figura 9. Resultados hallados del nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal (Posttest)	66
Figura 10. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral (Posttest)	67
Figura 11. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral (Posttest)	68
Figura 12. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral (Posttest)	69

Resumen

El presente trabajo de investigación titulado “Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017”, tuvo como objetivo determinar el efecto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

La investigación aplicó un método hipotético – deductivo, el enfoque fue cuantitativo, la investigación fue de tipo descriptiva y el diseño fue pre-experimental ya que se identificó y se describió las características de las variables estudiadas para proponer cambios en la realidad problemática. Las técnicas de recolección de datos fueron la encuesta para las personas de 18 a 60 años que visitan la posta Santiago Apóstol de Comas, por lo tanto la población estuvo conformada por 550 personas de 18 a 60 años en la posta, mientras que su muestra fue de 150 personas.

El resultado de la investigación permitieron concluir que la estrategia educativa tiene un efecto positivo en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol es positivo en Comas 2017.

Palabras clave: Estrategia educativa, nivel de conocimiento sobre salud oral, patología de la cavidad oral, tratamientos preventivos, hábitos de higiene oral, hábitos que influyen en el estado de salud oral.

Abstract

The present research work entitled "Effect of an educational strategy on the level of knowledge about oral health in dentistry in the patients of the Santiago Apóstol post, Comas 2017", aimed to determine the effect of an educational strategy on the level of knowledge on oral health in dentistry in the patients of the post Santiago Apóstol, Comas 2017.

The apical investigation on the hypothetical - deductive method, the approach was quantitative, the investigation on the descriptive type and the design was pre-experimental and that it identifies the characteristics of the variables studied to propose changes in the problematic reality. The data collection techniques were for people aged 18 to 60 years who visited the post Santiago Apóstol de Comas, so the population was made up of 550 people from 18 to 60 years old in the stage, while their sample was 150 people.

The result of the investigation allowed to conclude that the educational strategy has a positive effect on the level of knowledge about oral health in dentistry in the patients of the post Santiago Apóstol is positive in Comas 2017.

Key words: Educational strategy, level of knowledge on oral health, oral cavity pathology, preventive treatments, oral hygiene habits, habits that influence oral health status.

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud OMS en el 2007 presento a la caries dental como una de las causas principales de morbilidad bucal, con un predominio del 60% a 80%, la otra causa es la enfermedad periodontal que afecta a los grupos más vulnerables a causa de sus condiciones sociales, económicas, biológicas y psicológicas. Las medidas preventivas y la educación integral a permitido en los países desarrollados la disminución de la caries dental, en cambio en Latinoamérica sucede lo contrario la prevalencia de la caries y de las enfermedades periodontales esta en 90%, la mayoría de los países esta situación es alarmante con excepción de Brasil ya que su modelo sobre salud bucal y sobre todo la atención infantil a logrado llegar y atender a diversas comunidades.

La caries dental es una enfermedad bucal muy problemática que ha afectado a la mayor parte de la población en nuestro país. El segundo lugar de morbilidad lo ocupan las enfermedades de los tejidos duros y blandos, a las glándulas salivales y anexos todos reportados en la consulta externa en todo el territorio del país. En estudios realizados por el Ministerio de Salud sobre la caries dental los resultados mostraron que el Cuzco con 51.4% y Moquegua con 50.8% tuvieron la mayor urgencia en tratamiento dental, en base al mismo estudio se pudo determinar que la edad con mayor enfermedad de caries dental son los niños y niñas de 8 años con 46.1%, la caries dental en el sector rural fue de 35.6% mientras que el sector urbano de 34.2%.

En vista que la caries dental y la periodontitis son dos enfermedades bucales muy relevantes, que generalmente se inician durante la niñez y que siempre presentan secuelas en toda la vida, para evitar esto se tiene la odontología preventiva aunque no tiene los efectos deseados. La causa principal a este problema es la placa dental, por ello son prevenibles por medio de un cepillado adecuado con los elementos idóneos para ese fin, con el propósito de eliminar los microorganismos que habitan la placa dental; como ya se explicó esto puede evitarse con un cepillado adecuado pero también mediante la participación del paciente en programas de prevención que incluya la eliminación diaria de la

placa bacteriana. Hoy se tiene la certeza que ambas enfermedades se establecen en edad temprana, es por eso que la principal preocupación del Ministerio de Salud y el Colegio de Odontólogos de Lima prevenir la enfermedad y detener la nocividad de la misma, asimismo se crearía en los niños los hábitos de higiene y de alimentación que muchas veces en casa no se desarrolla. Generalmente los niños no tienen como educarse sobre salud bucal o si la tienen no la entienden porque es muy compleja, además la falta de intervención de la familia, especialmente de los padres conlleva justamente a que los niños no se le genere los hábitos de higiene y alimentación aconsejables para evitar las enfermedades.

En la actualidad el país es uno de los países de la región con la mayor cantidad de personas con estas enfermedades bucales, y más alarmante es que estas enfermedades comiencen en la niñez. El estudio realizado por el Ministerio de Salud nos demostró que el 90.7% de los niños de 6 a 15 años de edad en etapa escolar tuvieron caries dental y el 85% una enfermedad periodontal.

Los problemas de salud bucal se inician por la falta de conocimiento por parte de la población y por el desinterés de las autoridades para educar a las personas sobre las medidas preventivas y enfermedades bucales que actualmente existen. Por este motivo me propuse realizar un estudio acerca de la importancia del efecto de una estrategia y conocimiento sobre salud oral en la posta Santiago Apóstol. La posta está ubicada en el distrito de Comas, tiene una población de 24,186 habitantes y la mayoría son inmigrantes de la sierra y selva. y una población urbana de bajos recursos económicos ya que la jurisdicción de la posta Santiago Apóstol abarca todo lo que es parte alta del cerro donde sus casas son de material noble y otras de madera (casas prefabricadas), la falta de agua potable hace carente su higiene, una de sus primeras 10 causas de morbilidad general es infecciones agudas de las vías respiratorias superiores con un 25.38 % de 100% de otras enfermedades generales, y 10 primeras causas de morbilidad específica de odontología es la carie de dentina con 52.89% de un 100%.de otras enfermedades buco dental.

1.2. Trabajos Previos Internacionales

Naranjo (2016) señaló en su tesis titulada “Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 - 19 años de edad en el Centro de Salud La Magdalena de la ciudad de Quito”, tesis de la Universidad Central del Ecuador de Quito. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 - 19 años de edad que acuden al Centro de Salud “La Magdalena” de la ciudad de Quito. Su tipo de investigación fue observacional, por su finalidad fue descriptivo correlacional, mientras que por su secuencia temporal fue de corte transversal, la población estuvo conformada por 153 mientras que su muestra por 60 adolescentes gestantes. En base a los resultados la investigación concluyó que el 23.3% encuestadas presentaron un nivel deficiente, 38.3% un nivel regular y los 38.3% restante un nivel aceptable de conocimientos relacionadas con las medidas preventivas existente en salud bucal; por otro lado, el 31.6% de las madres encuestadas alcanzaron el nivel aceptable, el 43.3% regular y el 25.1% mostró un nivel deficiente de conocimientos sobre las principales enfermedades bucales.

Ramón (2015) señaló en su tesis titulada “Conceptos y prácticas en higiene oral de los alumnos de la Escuela José María Velasco Ibarra antes y después de una intervención educativa. Cuenca 2014-2015”, tesis de la Universidad de Cuenca. Consignó como objetivo valorar y mejorar los conceptos y prácticas en higiene oral antes y después de una intervención educativa de los alumnos de la Escuela “José María Velasco Ibarra 2014-2015”. La tesis fue cuasi-experimental, la muestra se realizó al azar, a 36 alumnos de 8 y 11 años. La tesis concluyó que el 52.0% antes de la intervención no conocían la definición de caries dental y luego de la intervención el 72.2% de los encuestados la conocía; sobre el conocimiento relacionada al origen y desarrollo de la caries dental antes y después de la participación educativa registraron el 41.7% y el 72.2% respectivamente, mejorando el nivel de conocimiento de los escolares.

Rangel (2015) señaló en su tesis titulada “Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial”, tesis de la Universidad de Carabobo de Bárbula. Tuvo como objetivo proponer un programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a en el Centro de Educación Inicial Batalla de Tocuyito, Estado Carabobo, durante el año escolar 2014-2015. La tesis fue de tipo descriptivo, además se trató de un trabajo de campo, de diseño no experimental, su población fue constituida por 187 personas entre niños y padres, la muestra fue de 29 niños y 27 padres. Las tendencias de los resultados permitió concluir que los encuestados tienen un conocimiento muy general con relación a la etiología de la caries dental; el 85.18% afirmó saber qué es dicha enfermedad, además un 92.59% reconoce cuándo un diente tiene caries y está consciente que la caries dental no es una enfermedad hereditaria; pero tal afirmación discrepa con algunas respuestas dadas, pues, desconocen que la caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa y que la placa bacteriana constituye su principal agente causal con un 88,89% y 81,48 respectivamente.

González (2015) señaló en su tesis titulada “Evaluación de la intervención educativa en salud bucal realizada por alumnos de la UNAB en párvulos de Maipú”, tesis de la Universidad Andrés Bello de Santiago de Chile. Tuvo como objetivo evaluar la intervención educativa realizada por los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNAB en preescolares que asisten a establecimientos JUNJI e Integra de la comuna de Maipú. La investigación fue de carácter descriptivo y de corte transeccional, el diseño de la muestra fue no probabilístico por conveniencia, por ello la muestra estuvo conformada por 133 preescolares. La investigación concluyó que la frecuencia de cepillado entre ambos grupos se puede observar, que el 100% de los jardines del grupo intervenido se cepillan los dientes 2 veces al día en el establecimiento, los momentos que realizan el cepillado son después del desayuno y almuerzo según la respuesta de las educadoras en la encuesta que se les aplicó. Sólo un 33% del grupo control realizan el cepillado 2 veces al día.

González, Cano y García (2013) señalaron en su tesis titulada “Intervención educativa individualizada en salud bucal para la prevención de caries en niños pre-escolares de la Boquilla”, tesis de la Universidad de Cartagena. Consignó como objetivo evaluar la eficacia de una intervención educativa individualizada en salud bucal para la prevención de caries dental en niños pre-escolares de la boquilla. La investigación fue de tipo clínico experimental, la población y su muestra estuvieron conformadas por 180 binomios niños-padres, 90 para el grupo experimental o los que recibieron la intervención y 90 para el grupo control o los que no recibieron la intervención. La investigación concluyó que el indicador de prácticas, los resultados del grupo experimental fueron significativos entre todos los tiempos, con respecto a la evaluación inicial y de 1er mes ($P < 0,001$), por otro lado en el grupo control no se encontró significancia estadística al comparar los resultados 1er mes con 3ro, y 3ro con 6to respectivamente.

Zamora (2013) señaló en su tesis titulada “Valoración de una modalidad de intervención odontológica en el ámbito escolar de niños y adolescentes con discapacidad motora”, tesis de la Universidad Nacional de Córdoba. Tuvo como objetivo comparar las condiciones de salud bucal de escolares con discapacidad motora y retraso intelectual asociado, que han recibido o no una intervención odontológica centrada en la prevención, promoción y educación para la salud bucal. La investigación fue de nivel descriptivo y transeccional, mientras que su población estuvo constituida por 132 niños/niñas de 5 a 13 años de edad. Concluyó que la variable actitud emocional se encontró que en (EM) el 80% de los escolares mostró buena actitud emocional frente a la situación odontológica, mientras que en (EBF) sólo el 27% mostró buena actitud y el 73% de ellos mostraron actitud negativa frente a la situación odontológica, siendo éstas diferencias significativas. ($p=0,0001$)

1.2.1. Trabajos Previos Nacionales

Quezada (2016) señaló en su tesis titulada “Eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora - La Libertad, 2015”,

tesis de la Universidad Privada Antenor Orrego. Tuvo como objetivo determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la Institución Educativa “Túpac Amaru II”. Metodológicamente fue un estudio experimental, descriptivo y longitudinal, se evaluó a 50 alumnos del 1º secundaria durante los meses Noviembre y Diciembre, también se empleó un cuestionario antes, inmediatamente después y al mes de la intervención educativa; así mismo se realizó el Índice de Higiene Oral (IHOS) antes, inmediatamente después y al mes de la intervención educativa; se utilizó rotafolio, cañón multimedia, trípticos y maquetas, para el análisis de resultados se empleó la prueba estadística de McNemar, considerando un nivel de significancia del 5%. La investigación en base a los resultados se encontró que el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa fue regular con 60%; inmediatamente después de la intervención educativa se elevó a bueno con 72%; al mes aumento a 80%, además, el nivel de higiene oral al principio fue regular un 4%; inmediatamente después se elevó a 96% en regular; al mes aumento en bueno con 72%, habiendo disminuido en regular a 28%; por lo que concluyó que la intervención educativa fue eficaz aumentando el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. “Túpac Amaru II”, Florencia de Mora - La Libertad, 2015.

Holguin y Oyola (2016) señalaron en su tesis “Nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque, 2014”, tesis de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres de familia y/o cuidadores de niños con discapacidad de la Clínica San Juan de Dios del distrito de Pimentel en el período 2014. El estudio fue de corte transversal, descriptivo y de tipo no experimental, que incluyó un total de 70 padres de familia y cuidadores, además para recolectar los datos utilizó un cuestionario, de 12 preguntas sobre elementos, hábitos de higiene, patologías bucales y técnicas de higiene. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral con un 68,6% en los padres de familia y 2,9% en los cuidadores, en base a esto concluyó que

existe un nivel de conocimiento regular sobre salud oral de padres de familia y cuidadores de la Clínica San Juan de Dios.

Silva (2016) señaló en su tesis titulada “Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E. N°66 César Vallejo Mendoza de la provincia de Chepén, región La Libertad, durante el año 2015”, tesis de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Consignó como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la Institución Educativa N° 66 “César Vallejo Mendoza”, del Distrito de Chepén, Región La Libertad, durante el año 2015. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, con nivel descriptivo, con un diseño observacional, de corte transversal, prospectivo; se utilizó como técnica de recolección de datos a la encuesta aplicada a 332 estudiantes. Los resultados se dividieron en los niveles: alto, regular y bajo, el 86% tuvo un nivel conocimiento sobre salud bucal alto, de los cuales el 83% fue de sexo masculino) y el 89% femenino; en base a estos resultados concluyó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en alto en alumnos.

Fernández (2015) señaló en su tesis titulada “Programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del primer grado de la I.E.P. Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo”, tesis de la Universidad Privada Antenor Orrego. Tuvo como objetivo determinar que el programa educativo denominado “Sonrisas”, eleva el nivel de conocimientos sobre las principales enfermedades bucales y medidas preventivas a los escolares del Primer grado del I.E.P Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo, año 2014. La investigación evaluó el conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención mediante un cuestionario de 25 preguntas, a través de la técnica de entrevista, relacionados con higiene bucal, caries dental, enfermedad de las encías, dieta cariogénica y flúor; que sirvió para valorar la información que poseían antes de la acción. La investigación concluyó que el programa educativo, aplicado fue efectivo, el nivel de conocimientos de los escolares antes del programa era inadecuado pues el 59.5% y el 30.9% correspondieron a un nivel de

conocimientos malo y regular, luego después del programa fue bueno y excelente con un 42.9% y 45.2%.

Celis, Flores y Santa Cruz (2015) señalaron en su tesis titulada “Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo - Lambayeque, 2014”, tesis de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo. Indicó como objetivo determinar la efectividad del programa educativo “La conquista de una Boca Sana” sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una Institución Educativa Inicial de la provincia de Chiclayo durante el año 2014. El tipo de investigación fue cuasi experimental, prospectivo y corte longitudinal, la población estuvo conformada por 83 niños divididos en 4 aulas, dos conformaron el grupo experimental y 2 para el grupo control. La investigación concluyó que el programa “La Conquista de una Boca Sana” es efectivo en el mejoramiento del índice de higiene oral ($P < 0.05$) sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una Institución Educativa Inicial de la provincia de Chiclayo durante el año 2014, además se cuantificó el índice de higiene oral antes de la aplicación del programa educativo, en niños de 4 y 5 años, tanto en el grupo experimental como en grupo control y se observó que los índices de higiene oral son similares, no existiendo diferencia significativa.

Pejerrey (2015) señaló en su tesis titulada “Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial La Victoria - 2015”, tesis de la Universidad Señor de Sipán de Pimentel. Tuvo como objetivo determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del Centro de Educación Básica Especial La Victoria – 2015. El tipo de investigación fue básica, cuantitativa y transversal; con un diseño transversal y correlacional, la muestra estuvo conformada por 34 padres y sus respectivos hijos con habilidades diferentes, la metodología fue en etapas, en la primera se evaluó el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres, para lo cual se aplicó un cuestionario de 16 preguntas, dividido en 4 segmentos: 1er segmento sobre

elementos de higiene bucal, 2do segmento sobre hábitos de higiene bucal, 3er segmento sobre patologías bucales y el 4to segmento sobre técnicas de higiene bucal y en la segunda se evaluó el índice de higiene oral de los niños con habilidades diferentes utilizando el índice de Greem y Vermillon. Luego de establecer los resultados la investigación concluyó que el nivel de conocimiento regular de los padres (52.9%); el índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo, con un 79.4%, por lo que existió una relación significativa directa de grado fuerte (0,693) entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes.

1.3. Fundamentación técnica, científica y humanista

Educación

Según Shefer (2003, p. 40) mencionó que la educación es un “proceso que sintetiza dos actividades: la enseñanza y el aprendizaje. La enseñanza se define como la acción de un agente educador sobre los educandos, que puede ser programada o no, pretende transformar al alumno a partir de la capacitación”.

Del concepto descrito se puede añadir que la educación según Shefer (2003, p. 41) es:

Una práctica en la que agentes especializados (educadores) realizan una labor sobre una materia prima (alumnos) con instrumentos adecuados, con el objetivo de que los sujetos de la educación, generalmente niños y adolescentes, se adapten a una determinada sociedad. Esta educación produce dos efectos en el alumno: la capacitación y la formación. Se entiende por capacitación, a la adquisición por parte del estudiante de conceptos, procedimientos, información, etc., que facilitan un mejor desempeño en una actividad determinada.

La formación implica Shefer (2003, p. 43) la:

Adquisición de actitudes, normas, valores y un código ético y moral. La adquisición de una actitud: ver la realidad de una manera socialmente aceptada, que posibilita al alumno a adaptarse a las normas que tiene la sociedad. De la práctica educativa surge esa transformación que se advierte como una capacitación y una formación cuya finalidad es posibilitar dicha adaptación, educar es el arte de crear o reafirmar una conducta deseada. La educación logra su objetivo cuando se produce un cambio de actitud o hábito del educando, o cuando el conocimiento o información se traducen en la práctica rutinaria y efectiva de ciertas acciones.

Variable 1: Estrategia educativa

Estrategias de enseñanza

Mazariegos (2015, p. 56) refiere que la estrategia de enseñanza “son todas aquellas ayudas planteadas por el docente que se proporcionan al estudiante para facilitar un procesamiento más profundo de la información; son todos los procedimientos o recursos utilizados por quien enseña para generar aprendizajes significativos”. La clave del éxito de la aplicación de las estrategias de enseñanza se encuentra en el diseño, programación, elaboración y realización de los contenidos a aprender por vía verbal o escrita.

Las estrategias de enseñanza según Mazariegos (2015, p. 57) deben ser: Diseñadas de tal manera que estimulen a los estudiantes a observar, analizar, opinar, formular hipótesis, buscar soluciones y descubrir el conocimiento por sí mismos. Organizar las clases como ambientes para que los estudiantes aprendan a aprender, también es muy importante y tarea del maestro lograr que los alumnos sean autónomos, que se hagan responsable de su propio aprendizaje, que no se limiten sólo a escuchar lo que el maestro dice y después lo repita, además que una clase tipo conferencia, además de no generar más que el aprendizaje memorístico, genera apatía y no se diga de la somnolencia, y este estado difícilmente

logra captar la atención del alumno, por eso la importancia de utilizar estrategias diversas, siempre encaminadas a lograr un aprendizaje significativo.

Según Mazariegos (2015, p. 59) los objetivos son:

Enunciados que establecen condiciones, tipo de actividad y forma de evaluación del aprendizaje del estudiante, a través de ellos se les muestra a los educandos qué es lo que se espera de ellos, y a la vez se les traza el camino que deben seguir. ¿Por qué es importante establecer objetivos?, además de ser una guía para el maestro, el alumno sabe previamente lo que tendrá que hacer durante el curso y en cada sesión, de esta manera se logra que se responsabilice de su propio proceso de aprendizaje, no está con la expectativa de ¿Qué se hará hoy?, porque ya lo sabe, y además también el maestro no anda improvisando, sino que ya tiene previamente establecido lo que debe hacerse. Cuando el maestro realmente se preocupa por el aprendizaje de los educandos, realiza una planeación donde establece dichos objetivos, siempre con miras a lograr aprendizajes significativos en los mismos y el desarrollo de competencias.

Según Mazariegos (2015, p. 58) el organizador previo es la:

Información de tipo introductorio y contextual, que se proporciona con la finalidad de reactivar conocimientos previos, tiende un puente cognitivo entre la información nueva y la previa. La importancia del organizador previo radica en otorgar al alumno una perspectiva general de lo que se tratará en clase, además de hacerlo participe de su aprendizaje. Tomando en cuenta que el objetivo de las estrategias didácticas es fomentar el pensamiento crítico y creativo, al realizar esta acción, se logrará que el estudiante participe activamente. Las estrategias con instrucciones apoyan los contenidos curriculares durante el proceso mismo de enseñanza o de la lectura del texto de enseñanza. Cubre funciones como: detección de la información principal, conceptualización de contenidos, delimitación de la organización, estructura e interrelaciones entre dichos contenidos, y mantenimiento de la atención y motivación. Aquí pueden incluirse estrategias como: ilustraciones, redes semánticas, mapas conceptuales, analogías y preguntas intercaladas.

El mismo Mazariegos (2015, p. 60) sostiene que las ilustraciones son:

Representaciones visuales de los conceptos, objetos o situaciones de una teoría o tema específico (fotografías, dibujos, esquemas, gráficas, dramatizaciones, videos, etc.), el hecho de hacer uso de ellas coadyuva a fijar más la información, muchas veces una imagen dice más que mil palabras, y más si los alumnos son visuales, además que también sintetiza la información, y así el estudiante no se pierde en un mar de palabras, que por lo general no son relevantes, solo son ideas secundarias que apoyan a las primarias. Una de las maneras que tiene el individuo de aprender es a través de la imitación, por lo tanto como docentes se debe esforzar por dar el mejor ejemplo. Se ha visto casos, en lo particular y es muy decepcionante y a la vez frustrante ver que algunos maestros saturan su material didáctico, transcribiendo lo que dice el texto en el mismo, situación nada recomendable, ya que así de qué manera el estudiante aprenderá a sintetizar y detectar ideas principales si el maestro no lo hace, y para colmo, se dedica a leer su material.

Finalmente Mazariegos (2015, p. 61) manifestó que las redes semánticas y mapas conceptuales son:

Representaciones gráficas de esquemas de conocimiento (indican conceptos, proposiciones y explicaciones), con ellas, al igual que las ilustraciones sintetizamos la información y se da la posibilidad de hacer participar al alumno al pedirle que para él que significa determinado concepto, o bien como se aplicaría, en fin, depende del contenido, pero lo que el alumno diga, saldrá del razonamiento que hizo acerca del mismo y no de una lectura, repitiendo lo que dijo el autor, de esta manera, además de fomentar el pensamiento crítico se le está enseñando a manejar información de manera sintética y productiva.

Estrategias de Aprendizaje

Escobar y Morales (2016, p. 156) nos dicen que las estrategias de aprendizaje son las acciones que realiza el alumno para aprehender el conocimiento, asimilar mejor la información y hacer que sea significativo. Al igual que el maestro que se debe plantear objetivos claros y bien definidos para que el estudiante tenga pleno conocimiento de qué se espera de él y además de trazarle un camino, el educando debe formularse sus propios objetivos, que él mismo se ponga metas y retos para que pueda autoevaluarse y percatarse de su grado de avance. Preguntas como: ¿Qué pretendo?, ¿Qué quiero aprender?, ¿Para qué?, ¿Por qué?, ¿Qué formas de actuar, de pensar y de sentir voy a obtener como resultado de mis experiencias?, ¿A dónde quiero llegar?, ¿Cómo voy a lograr lo que quiero?, ¿Cuándo?, ¿En qué momento?, Hacerse estas preguntas ayuda a determinar los objetivos, dado que al responderlas delimitan el camino a seguir.

El proceso que da significado o sentido personal a lo que se estudia, es interno e individual, cada alumno utiliza sus propias estrategias para aprender, adaptándolas de acuerdo a su interés, lo cual refleja su estilo de aprendizaje. Algunas estrategias que el estudiante puede utilizar, adecuándolas, claro está a su propio estilo de aprendizaje son:

Lectura y comprensión, según Escobar y Morales (2016, p. 157) es:

Una estrategia básica de aprendizaje es la lectura, cualquier actividad escolar se sustenta en ella, a través de ésta se asimilan contenidos, y por ende, la adquisición de conocimientos. Saber leer implica comprender el contenido de un mensaje escrito, adoptando una actitud reflexiva, crítica y activa, desarrollando la capacidad de análisis y síntesis. Para iniciar la lectura, es primordial reconocer la estructura de un texto, generalmente se divide en párrafos centrales, que son los que concentran lo más importante del tema, dentro de estos se hallan las definiciones, información complementaria, aquí encontramos los comentarios del autor, los ejemplos y otras referencias y los nexos éstos son los que enlazan los párrafos y logran la fluidez y continuidad de la lectur

Análisis y síntesis, según Escobar y Morales (2016, p. 159) es el: Reconocimiento de la estructura del texto se realiza en una lectura global, en cuanto se identifica, es preciso subrayar las ideas principales y las secundarias, a continuación se realiza un esquema, que puede ser un mapa conceptual, una red semántica, un cuadro sinóptico o comparativo, acto seguido se redacta un resumen con palabras propias, lo que se entendió (síntesis). También se puede realizar la redacción tomando las palabras del autor, a esto es lo que se conoce propiamente como resumen. La diferencia entre una síntesis y un resumen, es que en la primera la interpretación del texto es productivo-constructiva, y en la segunda solo es reproductiva, y para adquirir un aprendizaje significativo la producción es lo que cuenta. Otro paso más para la comprensión del texto es realizar un análisis del mismo, para esto se plantean interrogantes acerca de la lectura, el ¿cómo?, ¿por qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, o también sobre la postura del autor, ¿Qué es lo que trata de transmitir?, ¿Cuál es la idea principal?, etc., de esta manera se fomenta el pensamiento crítico.

Recursos gráficos, según Escobar y Morales (2016, p. 161) son:

- a) Mapas conceptuales: técnicas estratégicas que permiten concentrar los conocimientos y conceptos por medio de asociaciones y relaciones entre ellos mismos para tener una visión global de un tema, al incluir las palabras clave que se deben recordar; las ideas o conceptos se encierran en círculos o rectángulos.
- b) Mapas mentales: recurso de carácter estratégico que proporciona un análisis estructural del conocimiento a la manera como cada quien los representa en la mente, se utiliza imágenes alusivas al tema.
- c) Cuadro sinóptico: esquemas que reúnen objetivamente los datos más sobresalientes de un texto, en general se utilizan llaves para jerarquizar los temas y los subtemas, de derecha a izquierda y de arriba abajo.

Charlas educativas

Según Castilla (2006, p. 196) la charla educativa es “el instrumento más usado por los profesionales de salud para dirigirse a grupos”

El autor manifiesta que estas charlas son muy ventajosas porque es primero económica y segundo llega a muchas personas en un mismo tiempo, asimismo en un tiempo limitado se puede exponer un tema completo; la única desventaja esta la actitud del paciente que generalmente toma una postura pasiva solo escucha la charla.

Para Salleras (1985, p. 148) la charla educativa es el “procedimiento directo de educación sanitaria más utilizado en nuestro medio para dirigirse a grupo”, como dice el autor la charla “está dirigida a profanos, y es menos protocolaria que la conferencia, por lo que permite un mayor acercamiento del que habla con el auditorio”.

Según Silva (2006, p.45) la charla educativa tiene que seguir los siguientes puntos:

- Debe ser promocionada por el propio grupo a la que va dirigida
- La persona que va a dar la charla debe ser un buen conocedor del tema
- Las condiciones del lugar en el que se va a desarrollar deben ser óptimas
- La charla debe ser breve (alrededor de 30 minutos, 45 minutos como máximo)
- Utilizar un lenguaje apropiado para los oyentes
- La charla debe tener las siguientes partes:
 - Una introducción breve pero con un contenido que despierte el interés por el tema.
 - Una descripción de ideas concretas expuestas de modo sencillo.
 - Un resumen final y conclusiones que estimulen la discusión.

Nivel de conocimiento

Desde el punto de vista filosófico, lo define como acto y contenido. Dice que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. (Barrios, 2012, p. 98). Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico”.

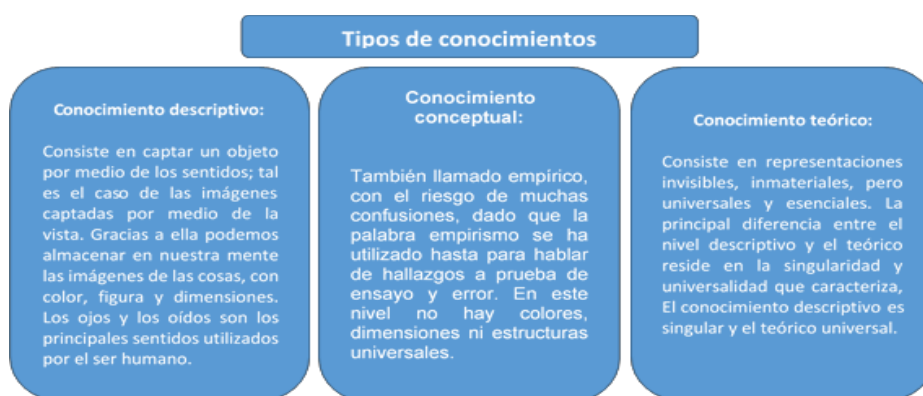


Figura 1. *Tipos de conocimientos*

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad.

El primer nivel de conocimiento tiene su punto de partida en la búsqueda (o aprendizaje inicial) de información acerca de un objeto de estudio o investigación.

A este nivel lo hemos denominado instrumental, porque emplea instrumentos racionales para acceder a la información; las reglas para usar los instrumentos conforman el nivel técnico; el uso crítico del método para leer la realidad representa el nivel metodológico; el cuerpo conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye el objeto de estudio representa el nivel teórico; las maneras en que se realiza este proceso dan por

resultado el nivel epistemológico; las categorías con que nos acercamos a la realidad nos ubican en el nivel gnoseológico; y, finalmente, la concepción del mundo y del hombre que se sustenta constituye el nivel filosófico del conocimiento.

Estos niveles de conocimiento sintetizan los grados de abstracción que alcanza el hombre cuando se constituye en sujeto cognoscente. También tienen su origen en la actividad del hombre sobre su entorno, pero cada uno de ellos representa avances cualitativos explícitos cuando se trata de aprehender y comprender la realidad de manera científica y, por tanto, cuando se plantea de manera discursiva, rigurosa y sistemática.

Los tres primeros niveles de conocimiento (instrumental, técnico y metodológico) son aplicables a la educación básica (primaria y secundaria); el cuarto y el quinto (teórico y epistemológico) a la educación media superior, y los dos últimos (gnoseológico y filosófico) a la educación su

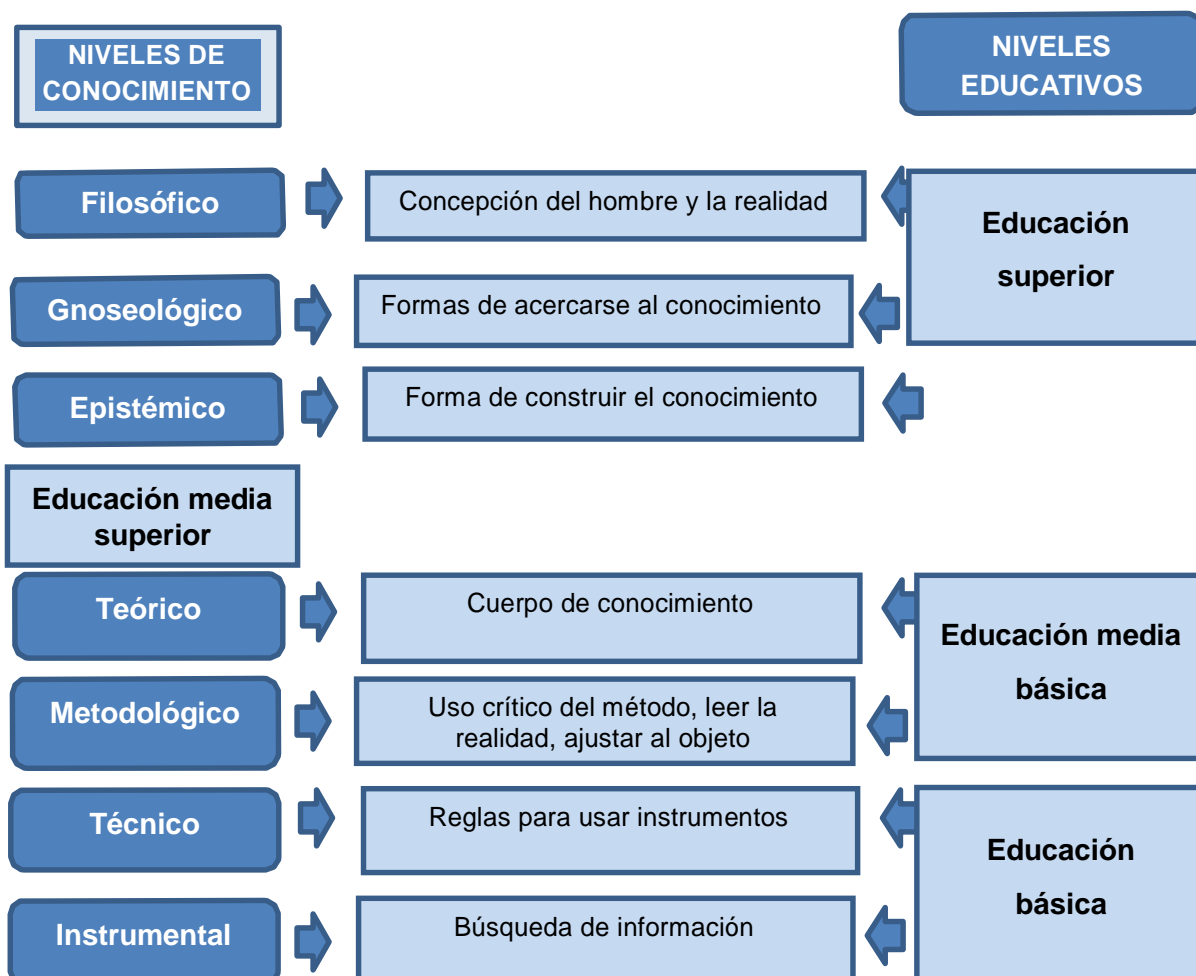


Figura 2. Niveles de conocimientos y niveles educativos

Variable 2: Nivel de conocimiento en salud oral

Dimensión 1:

Patología de la cavidad oral

Robertson (2010, p. 78) dice que la caries dental es una enfermedad multifactorial, por lo que no existe un método preventivo único que pueda constituirse como una panacea, por lo que no puede una sola modalidad preventiva por sí sola eliminar la enfermedad. Es el padecimiento de mayor prevalencia y costo en el mundo, ya que se calcula que es de un 70% en la población mundial. Sin embargo, esta prevalencia es mucho mayor en los países menos desarrollados y con mayor índice de pobreza. Aun cuando la manifestación de este padecimiento es la disolución de la estructura del diente, su naturaleza biológica es infecciosa. La caries en el esmalte y dentina es el resultado de una disgregación en el equilibrio entre la desmineralización y remineralización, con predominio de la desmineralización. El proceso carioso se inicia con la disolución de la estructura mineral del diente mediante la acción de ácidos orgánicos producidos por la presencia de los microorganismos de la biopelícula (placa dentobacteriana), alimentada principalmente por los carbohidratos en la dieta. La acción ácida del metabolismo de las bacterias que colonizan la superficie, ataca especialmente los defectos de la estructura del esmalte, penetrando rápidamente a la unión amelodentinaria, propagándose en forma de triángulo invertido.

Caries Dental

La singularidad de la caries dental, única no sólo por sus mecanismos patológicos, sino por otros múltiples factores sociales, culturales, económicos, geográficos, genéticos, familiares, etc. La convierten en una enfermedad bio-social enraizada en la sociedad. (OMS, 1989, pp. 80-85).

La caries dental es una enfermedad infecciosa bacteriana, cuyo iniciador primario es el *Streptococcus mutans*. Este microorganismo es capaz de producir a partir de la sacarosa, polisacáridos insolubles adherentes, que le permiten

adherirse a la superficie del esmalte y producir acúmulos de bacterias (la placa dental). Cuando las bacterias de la placa metabolizan los azúcares simples, los ácidos resultantes actúan a ese nivel y se inicia una lesión cariosa. (Cawson, 2003, p. 40-46).

En general, la progresión de una lesión puede ser aguda y rápida, lenta y crónica, y el área afectada varía entre una pequeña y discreta lesión en puntos y fisuras a una superficie amplia. Normalmente la lesión cariosa no es limitante por sí sola y puede incrementarse en tamaño y profundidad hasta comprometer la pulpa, a menos que la parte afectada sea eliminada y luego adecuadamente restaurada. (Mc. Donald, 2004, p. 350).

La caries dental comienza con la desmineralización del esmalte que resulta de la acción de ácidos orgánicos producidos localmente por las bacterias. Además de la desmineralización, las bacterias también destruyen el contenido proteico del diente, especialmente de la dentina.

El diente en relación del medio bucal no presenta un comportamiento estático, por el contrario es muy dinámico. Por lo tanto mientras se mantenga en la cavidad bucal un pH mayor de 5.5 (considerado crítico), la composición de la saliva en calcio y fosfato supera (saturante) al producto de la solubilidad de la hidroxiapatita. Por eso la tendencia es que el diente obtenga calcio y fosfatos del medio bucal. (Magnusson, 1997, p. 60).

Aspectos Epidemiológicos

La caries dental ha sido una de las enfermedades más antiguas y dolorosas que ha acompañado al ser humano durante su historia; a partir de la modificación del régimen alimenticio del ser humano (con el descubrimiento del fuego este modifica su dieta alimenticia) transformando así, su función masticatoria, más aún cuando su dentadura era vulnerable, toda vez que no existían medidas preventivas.

La caries dental es uno de los problemas más grandes de salud oral pública. Por ser la más prevalente de la cavidad bucal. Siendo considerada como una patología del hombre moderno. Es uno de los padecimientos crónicos más frecuentes del ser humano en todo el mundo. Más del 95% de la población tiene caries o la presenta antes de morir. Afecta a personas de cualquier edad, sexo, situación Geográfica, nivel socioeconómico, etc.

Es una enfermedad biosocial enraizada en la tecnología y la economía de nuestra sociedad (OMS, 1989, p. 80). Las razones que explican tal alta prevalencia de caries oscilan entre factores relacionados con el estilo de vida de la población, los factores biológico, los factores ambientales y la baja cobertura de servicios odontológicos. OPS (1993, p. 60).

Es patología que ocasiona molestias, incapacidad, gastos, causa dolor, infecciones, deformidad de la cara, trastornos de masticación, la palabra, etc., además da lugar a la aparición de otros problemas estomatológicos como son: paradontopatías y maloclusiones entre otras.

Etiología

Se han postulado tres teorías generales acerca del mecanismo de la caries dental;

- a. La teoría de la proteólisis, con su identificación de proteínas en el esmalte humano, fue propuesta por Gottlieb. Aún algunos que no suscriben esta teoría admiten que la proteólisis puede tener un papel en el proceso de caries, especialmente en las lesiones que se desarrollan sobre superficies radiculares expuestas. La proteólisis ocurre antes de la descalcificación ácida. Los microorganismos invaden las vías orgánicas y las destruyen en su avance.
- b. La teoría proteólisis-quelación establece que el ataque bacteriano al esmalte, iniciado por los microorganismos queratolíticos, consiste en un trastorno de

las proteínas y otros componentes orgánicos del esmalte principalmente de la queratina. Esto produce sustancias que pueden formar quelatos solubles con los componentes mineralizados del diente y por lo tanto descalcifica el esmalte en un pH neutro e incluso alcalino. (OPS, 1993, p. 60).

- c. La teoría quimioparasitaria o acidógena fue propuesta por W.D. Millar a fines del siglo pasado. Esta teoría ha sido la más popular en el transcurso de los años. La evidencia acumulada parece favorecer los planteamientos originales de esta teoría. (Cawson, 2003, p. 48).

En la actualidad es aceptado que la caries dental es una enfermedad que causa multifactorial, comúnmente crónica y depende de la interacción simultánea de tres factores: carbohidratos fermentables (sustrato, dieta, enzimas microbianas (microflora bucal) y composición química de la superficie dental (huésped, diente).

Enfermedad periodontal

En su sentido más amplio, el término “enfermedad periodontal” se refiere a todos los procesos patológicos que afectan al periodonto. La forma predominante de enfermedad periodontal es un proceso destructor de avance lento debido a la inflamación crónica. (Braham, 1997, p. 50).

La enfermedad periodontal es casi universal, suele ser bilateral, es fundamentalmente interdientaria y episódica en su progresión, esto significa que no comienza ni progresa a “ritmo constante”, por el contrario, presenta periodos de rápida progresión, intercalados con prolongados períodos de estabilidad o inactividad relativos. En los adultos, las lesiones establecidas evolucionan fácilmente a su estadio avanzado con pérdida de colágeno y migración apical del epitelio, siguiendo la superficie radicular y conduciendo a la formación de bolsas, mientras que en la mayoría de los niños el proceso se mantiene en su fase superficial. Hasta la pubertad parece existir una resistencia local frente a la afectación del ligamento periodontal y hueso alveolar. (Diccionario médico – Salvat, 1998, p. 152).

La lesión gingival es de evolución generalmente asintomática, crónica y reversible. Puede permanecer en estado crónico por tiempo indeterminado o evolucionar hacia un estado, con destrucción de los tejidos periodontales de soporte, que se denomina periodontitis.

Aspectos epidemiológicos

La enfermedad periodontal se conoce desde la antigüedad y existe desde el comienzo de la historia, se ha encontrado en las momias egipcias de hace 4000 años.

La enfermedad periodontal se considera entre las afecciones más comunes del género humano; se dan en todo tipo de personas, independientemente de la edad o de su posición socioeconómica. Esta alcanza una elevada frecuencia en todo el mundo y afecta a casi toda la población con mayor o menor intensidad. (Shafer, 2003, p. 40).

La enfermedad periodontal en el paciente escolar y adolescente tiene una alta incidencia y prevalencia. Desafortunadamente no se le ha prestado tanta atención, debido a que se trata de altos índices de gingivitis y no de enfermedad periodontal destructiva.

Las enfermedades periodontales ocurren a cualquier edad, son generalmente procesos muy lentos, y sus fases iniciales son comunes antes de la pubertad. A menos que se eliminen estas etapas tempranas, será inevitable, en años posteriores, el desarrollo de enfermedades periodontales degenerativas.

Etiología

La gingivitis puede preceder y desarrollarse en la periodontitis, proceso grave que afecta no sólo a la encía, sino también al hueso alveolar, al cemento y al ligamento periodontal. En general, los factores etiológicos son los mismos que para la gingivitis, pero por lo regular son más intensos o de mayor duración.

Entre los factores locales que causan esta afección pueden considerarse los siguientes: la placa microbiana, el cálculo dentario, la impacción de los alimentos y descuido de la cavidad bucal, restauraciones o prótesis mal elaboradas, la respiración bucal, la mal posición dentaria, la aplicación química de fármacos, etc.. Entre los factores sistémicos podemos considerar las alteraciones nutricionales, la pubertad, el embarazo, la diabetes, así como también otras disfunciones endocrinas.

Maloclusiones

El término maloclusión comprende una cantidad de desviaciones morfológicas diferentes que pueden presentarse como caracteres únicos o formar parte de diferentes combinaciones.

Se ha generado debate acerca de la relación normal o correcta de los rodetes de encía. Sin embargo, parece haber un acuerdo general en que el rodete de encía inferior en el momento del nacimiento esta muchas veces posterior al superior, que en un estado dentado sería considerado como una clase II.

Aspectos epidemiológicos

La incidencia de maloclusiones varía notablemente en los distintos países del mundo. En las sociedades primitivas y aisladas hay menor variación en los patrones individuales que la observada en poblaciones más heterogéneas. El apiñamiento dental y el mal alineamiento son raros en casi todas las poblaciones primitivas. Esta variación entre grupos modernos y primitivos ha sido atribuida al efecto de la selección natural, y a factores ambientales. Ninguna de las explicaciones parece enteramente satisfactoria.

Al presente debemos concluir de ello que simplemente no sabemos porque el aumento de las maloclusiones acompaña al desarrollo de una sociedad. La tasa informada de maloclusiones es mayor en los países desarrollados que en los

primitivos y aparece como más alta en los Estados Unidos que en cualquier otra parte.

Los resultados epidemiológicos sobre la incidencia y prevalencia de maloclusiones arrojan resultados muy disímiles (Cárdenas, y col. 1996, p. 15). Por medio de análisis masivo que se emplean para conocer los problemas de salud que afectan a la colectividad, se conoce la prevalencia existente, la cual oscila entre cifras tan bajas como el 24.25% y tan altas como el 95.9%, resultados que fueron encontrados en investigaciones realizadas en diferentes países.

Etiología

La mayoría de maloclusiones resultan de:

- Una discrepancia relativa entre los tamaños de los dientes y los tamaños de los maxilares para acomodar esos dientes.
- Patrones esqueléticos faciales desarmónicos.

La etiología de la maloclusión se enfoca a menudo clasificando todas las "causas" de maloclusión como factores locales o factores sistémicos. Poco se sabe respecto a todas las causas iniciales de deformidad dentofacial. La confusión se debe al estudio de la etiología desde el punto de vista de la entidad clínica final.

Como no podemos aislar e identificar todas las causas originales, estas pueden ser agrupadas de la manera siguiente:

- Herencia
- Causa de desarrollo de origen desconocido
- Trauma
- Agentes físicos
- Hábitos
- Enfermedad
- Mal nutrición.

Índice de maloclusiones

La OMS recomienda, para el estudio de poblaciones infantiles, un índice constituido por tres ítems: 0, si no ha y presencia de maloclusión;

1. Si la maloclusión es leve (ligero apiñamiento, ligeras giroversiones o espaciamientos);
2. Si la maloclusión es severa (Overjet mayor o igual de 9mm, mordida abierta, mordida cruzada. desvío de la línea media mayor de 4mm, apiñamiento o espaciamiento mayor de 4mm);
3. Si la causa de la maloclusión es debido a patologías sistémicas (anomalías congénitas o síndromes).

Dimensión 2:

Tratamientos preventivos

Limpieza y Pulido de las Superficies y Topicación con Flúor.

El flúor realizado por el odontólogo produce una remineralización y cristalización del esmalte dental, provocando un aumento notable de la resistencia de los dientes a la caries, así como disminuye la adherencia de las bacterias, mejorando la salud de dientes y encías. Es aconsejable realizarlo cada seis meses.

Selladores de Fosas y Fisuras.

Los selladores de fosas y fisuras reducen la incidencia de caries en más del 60%, básicamente consiste en la colocación de una resina sobre las caras masticantes de las piezas dentales posteriores. Con este sellado de los surcos y fosas se evita el ingreso de bacterias que originan las caries.

Dimensión 3:

Hábitos de higiene oral

Generalidades La higiene oral se define como todo mecanismo físicoquímico capaz de limpiar los tejidos orales y de esta manera prevenir las más frecuentes enfermedades en la cavidad oral (Bascones, 1998, pp. 25-35).

- **Cepillado dental:** El cepillado dental se considera una forma de aplicación tópica de fluoruros. En las ciudades con aguas fluoradas, casi todas las caries afectan a las fosas y fisuras y son de tipo interproximal. Conviene saber que el mecanismo de acción del cepillado no previene por sí solo las caries, ya que no elimina la placa de las zonas mencionadas. Se debe de aplicar una capa de dentífrico fluorado para proteger los dientes recién erupcionados. A ser posible, el cepillado se debe de efectuar dos veces al día, haciendo hincapié en el cepillado antes de acostarse (Cameron, 1998, pp. 28-31).
- **Seda dental:** En los últimos años del periodo preescolar y al comienzo de la dentición mixta, las superficies interproximales de los molares primarios están muy expuestas a la caries. Es el momento necesario para que el niño aprenda a usar el hilo o seda dental.
- **Identificación de la placa:** A los niños, sus padres y los pacientes de más edad les cuesta saber cuándo han eliminado correctamente la placa de sus dientes. Las soluciones y comprimidos identificadores son muy útiles para ayudar a los pacientes y los padres a visualizar y eliminar mejor la placa. La higiene de la cavidad oral se valora en relación a la extensión de los restos alimenticios acumulados: placa, materia alba y tinciones de la superficie dentaria. Debe utilizarse rutinariamente una solución reveladora para detectar la placa, que de otro modo sería imposible de observar (Carranza, 1990, pp. 235-250).
- **Índice de Greene y Vermillion:** Fue postulado en el año 1960. Es un índice recomendado para el estudio de poblaciones. Este índice de higiene

oral mide los depósitos blandos de placa o residuos con una puntuación de 0 a 3 según que no haya placa, que haya un tercio, dos tercios o tres tercios en cara vestibular o lingual de los dientes. El índice de higiene oral se obtiene sumando los puntos del índice de residuos y dividiendo ese resultado entre el número de superficies dentales analizada (Woodall, 1995, pp. 45-52).

Dimensión 4:

Hábitos que influyen en el estado de salud oral

Según Bascones, (1998, p. 52) uno de los hábitos más perjudiciales para la salud oral es fumar, y entre las principales razones por las cuales estamos ante uno de los grandes enemigos de la boca hay que decir que el tabaco mancha los dientes, provoca enfermedades relacionadas con las encías así como también es una de las principales causas de la halitosis. Otro de estos hábitos poco recomendables es el de utilizar los dientes para realizar algunas acciones cotidianas como por ejemplo abrir botellas, siendo esta una práctica que puede provocar fracturas dentales y en este caso tendríamos que llevar a cabo un costoso tratamiento de reparación y reconstrucción del diente para devolverle tanto la funcionalidad como la estética.

Por otra parte es momento de hacer hincapié a la higiene oral, según Bascones, (1998, p. 60) es:

Una práctica que no solamente debemos realizar de forma regular sino que además tiene que ser correcta ya que una mala higiene bucal puede afectar a la salud de nuestros dientes. Entre las prácticas más extendidas que debemos evitar hay que destacar el cepillado dental con excesiva fuerza puesto que puede dañar las encías o el cepillado a través de movimientos circulares, que provocaría el desgaste del esmalte dental.

Otro problema según Bascones, (1998, p. 63) son los palillos o mondadientes, un “elemento que se utiliza con suma facilidad a la hora de

eliminar los restos de alimentos que se alojan entre los dientes y que puede dañar las encías”. En este caso tenemos a nuestra disposición el hilo dental para realizar esta función de forma segura para nuestros dientes.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación Teórica

Según Bernal (2010, p. 106) existe justificación teórica cuando el propósito del estudio es generar reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente, confrontar una teoría, contrastar resultados o hacer epistemología del conocimiento existente. En el caso de las ciencias económico-administrativas, un trabajo investigativo tiene justificación teórica cuando se cuestiona una teoría administrativa o una económica; es decir, los principios que lo soportan, su proceso de implantación o sus resultados.

La presente investigación se enfocara en estudiar los efectos de una estrategia y el conocimiento sobre afecciones bucales constituyen un importante problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, demanda en las consultas dentales y fuerte impacto en la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida en la población. Las enfermedades bucales, no son de riesgo para la vida pero su prevalencia y su incidencia son consideradas como problemas de salud.

1.4.2. Justificación Practica

Según Bernal (2010, p. 106) considera que una investigación tiene justificación práctica “cuando su desarrollo ayuda a resolver un problema o, por lo menos, propone estrategias que al aplicarse contribuirán a resolverlo”. Los estudios de investigación de pregrado y posgrado, en el campo de las ciencias económicas y administrativas en general son de carácter práctico o bien describen o analizan un

problema o plantean estrategias que podrían solucionar problemas reales si se llevaran a cabo.

Este proyecto se hizo para incrementar el conocimiento en los pacientes de la “Posta Santiago Apóstol”, sobre la importancia y la necesidad de crear hábitos de higiene bucal, para evitar futuras enfermedades o anomalías que puede afectar la salud bucal. Por medio de una educación correcta, se puede lograr, el hecho de mejorar sus hábitos higiénicos ya que en la niñez se puede modificar la conducta con más efectividad. Además la participación de los tutores o docentes entraría a jugar un papel muy importante, pues también ayudarían a implementar estrategias de motivación de higiene bucal, y así evitar enfermedades como caries y gingivitis.

1.4.3. Justificación Metodológica

Según Bernal (2010, p. 107) en una investigación científica, la justificación metodológica del estudio se da “cuando el proyecto que se va a realizar propone un nuevo método o una nueva estrategia para generar conocimiento válido y confiable”.

La investigación proporciona un instrumento que previamente a su ejecución fue validado y paso la prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach, por lo tanto la investigación también ofrece un conocimiento vivo a través del establecimiento de la explicación de las estrategias de educación y su efecto en el nivel de conocimiento a través de la comparación de las medias.

1.5. Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017?

Problemas Específicos

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre patologías de la cavidad oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017?

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos en salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017?

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017?

¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017?

1.6. Hipótesis

Hipótesis general

Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Hipótesis específicos

Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre patologías de la cavidad oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos en salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

1.7. Objetivos

Objetivo general

Determinar el efecto de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Objetivos Específicos

Determinar el efecto de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre patologías de la cavidad oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Determinar el efecto de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos en salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Determinar el efecto de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Determinar el efecto de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

II. Método

2.1. Diseño de investigación

La investigación aplicó un método hipotético - deductivo que consistió en realizar procedimientos que parten de las aseveraciones en calidad de hipótesis y buscó refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que fueron confrontadas con la realidad.

El enfoque fue cuantitativo porque la investigación se fundamentó en la medición de las características de los fenómenos sociales, lo cual supuso derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresaron relaciones entre las variables de forma deductiva.

Para Salkind (1998) citado por Bernal (2010, p. 114) la investigación fue de tipo descriptiva tiene como propósito “se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio”; pero el mismo autor manifiesta que la principal característica de este tipo de investigación es la capacidad para seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio y su descripción detallada de las partes, categorías o clases de ese objeto.

El diseño de investigación según Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 128) se refiere al “plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento”. En vista que la investigación utilizó un enfoque cuantitativo, permitió que el investigador utilice el diseño para analizar la veracidad de las hipótesis planteadas en una realidad en particular. Los autores antes mencionados presentaron dos tipos de diseños el experimental y no experimental.

El diseño experimental en una investigación cuantitativa según Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 130) es la situación de control en la cual se manipulan, de manera intencional, una o más variables independientes (causas) para analizar las consecuencias de tal manipulación sobre una o más variables dependientes (efectos), en el estudio la variable que se manipuló fue la intervención educativa a los pacientes de la posta Santiago Apóstol del distrito de

Comas con el fin de conocer como impacto favorable o desfavorable en el nivel del conocimiento sobre salud oral.

Dentro de los diseño experimentales se tiene el preexperimental que según Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 130) son llamados así porque “su grado de control es mínimo”. El diseño de preprueba / posprueba con un solo grupo que se diagrama de la siguiente manera:

$$G \text{ =====> } O_1 \text{ =====> } X \text{ =====> } O_2$$

Su procedimiento se inicia con la aplicación de una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo. Este diseño ofrece una ventaja sobre el anterior: existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo; es decir, hay un seguimiento del grupo. Sin embargo, el diseño no resulta conveniente para fines de establecer causalidad: no hay manipulación ni grupo de comparación y es posible que actúen varias fuentes de invalidación interna, como la historia. Entre O_1 y O_2 podrían ocurrir otros acontecimientos capaces de generar cambios, además del tratamiento experimental, y cuanto más largo sea el lapso entre ambas mediciones, mayor será también la posibilidad de que actúen tales fuentes.

Asimismo la investigación fue longitudinal porque se obtuvieron los datos de la población en distintos momentos durante un período determinado, con el propósito de examinar sus variaciones en el tiempo.

2.2. Variables, Operacionalización

Operacionalización de las variables

Tabla 1. *Cronograma de las actividades de la Intervención educativa*

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SEMANA				RECURSOS
		25/08 a 29/08	02/09 a 06/09	09/09 a 13/09	16/09 a 20/09	
Evaluación inicial del nivel de conocimiento (50 pacientes) 1er. grupo	Investigadora	X				Cuestionario
Intervención educativa sobre salud (50 pacientes) 1er. grupo	Investigadora		X			Pizarra, plumones, tripticos
Evaluación inicial del nivel de conocimiento (50 pacientes) 2do. grupo	Investigadora		X			Cuestionario
Evaluación final del nivel de conocimiento (50 pacientes) 1er. grupo	Investigadora		X			Cuestionario
Intervención educativa sobre salud (50 pacientes) 2do. grupo	Investigadora			X		Pizarra, plumones, tripticos
Evaluación inicial del nivel de conocimiento (50 pacientes) 3er. grupo	Investigadora			X		Cuestionario
Evaluación final del nivel de conocimiento (50 pacientes) 2do. grupo	Investigadora			X		Cuestionario
Intervención educativa sobre salud (50 pacientes) 2do. Grupo	Investigadora				X	Pizarra, plumones, tripticos
Evaluación final del nivel de conocimiento (50 pacientes) 3er. grupo	Investigadora				X	Cuestionario

Tabla 2. *Matriz de operacionalización de la variable: Nivel de conocimiento sobre salud oral*

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	RANGOS DE MEDICION A LA VARIABLE
Patologías de la cavidad oral	Caries	1, 2, 3, 4		
	Placa bacteriana	5		
	Enfermedad periodontal	6		
	Gingivitis	7, 8		
Tratamientos preventivos en salud oral	Sellantes	9, 10		
	Flúor	11		
Hábitos de higiene oral	Frecuencia de visita dentista	12	Dicotomica (1) No (2) Si	(1) Bajo (0 - 7) (3) Regular (8 - 14) (3) Alto (15 - 22)
	Tiempo de cepillado	13, 14		
Hábitos que influyen en el estado de salud oral	Alimentos perjudiciales para los dientes	15		
	Problemas que causa el tabaco en boca	16		
	Uso de palillos para limpiardiente	17		
	Utiles de aseo dental	18		
	Cepillo dental	19, 20		

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Tipo: Aplicada, descriptivo</p> <p>Diseño: Pre experimental: preprueba / posprueba con un solo grupo</p>	<p>Población: 550 pacientes entre 18 a 60 años de la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas</p> <p>Tipo de muestreo: Probabilísticos y aleatorio</p>	<p>Variable 1: Estrategias educativa</p> <p>Técnicas: Charlas Instrumento: Materiales educativos</p> <p>Autora: Jenny Janet Hurtado Centeno Año: 2017 Monitoreo: Asesor Ámbito de Aplicación: Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas Forma de Administración: Face to face</p>	<p>Descriptiva: Tabla y graficos de frecuencias por preguntas Tabla y graficos de categorias según variables y dimensiones</p>
<p>Método: Hipotetico - deductivo Enfoque: Cuantitativo</p>	<p>Tamaño de muestra: 150 pacientes entre 18 a 60 años de la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas</p>	<p>Variable 2: Nivel de conocimiento sobre salud oral</p> <p>Técnicas: Encuesta Instrumento: Cuestionario</p> <p>Autora: Jenny Janet Hurtado Centeno Año: 2017 Monitoreo: Asesor Ámbito de Aplicación: Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas Forma de Administración: Face to face</p>	<p>Inferencial: Prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independiente</p>

2.3. Población, muestra y muestreo

2.3.1. Población

La población según Fracica (1988) citado por Bernal (2010, p. 160) se refirió al “conjunto de todos los elementos a los cuales se refiere la investigación. Se puede definir también como el conjunto de todas las unidades de muestreo”; el mismo autor también cita a Jany (1994) que afirma que la población es “la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer inferencia”.

En base a los conceptos anteriores, se estableció que la población de la presente investigación fue de 550 pacientes entre 18 a 60 años de la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas, que visitaron o se atendieron en los consultorios de Odontología, para consulta o tratamiento en general.

2.3.2. Muestra

Para Bernal (2010, p. 161) es la “parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuarán la medición y la observación de las variables objeto de estudio”.

Mientras que para Hernández, Fernández y Baptista (2014, p. 175) la muestra en esencia es “un subgrupo de la población, por lo que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se le denomina población”.

Usaremos la fórmula siguiente:

$$n = \frac{Z^2(p.q) N}{e^2(N-1)+Z^2(p.q)}$$

En la que:

n = Número de elementos de la muestra.

N = Número de elementos del universo.

P/Q = Probabilidades con las que se presenta el fenómeno.

Z^2 = Valor crítico correspondiente al nivel de confianza elegido: siempre se opera con valor sigma. Véase la tabla de valores de Z .

E = Margen de error o de imprecisión permitido (lo determinará el director del estudio).

N = 520

P = 0.5,

q = 0.5

Nivel de confianza = 95%

Error = 10%

Reemplazando valores en la formula se tiene que obtener una muestra de 150 pacientes entre 18 a 60 años de la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1. Técnicas de recolección

En el estudio se aplica la técnica de la encuesta de la que señala Pérez (2007) que “se basa en un conjunto de preguntas que se formulan al participante, cuya información constituye la información primaria necesaria para el investigador acorde a los objetivos de su investigación” (p. 72).

Por lo tanto, la técnica que se aplicarán para el recojo de datos en la presente investigación será la encuesta.

2.4.2. Instrumentos de recolección

El instrumento que se aplicó a la presente investigación fue el cuestionario, que según Malhotra (2004, p. 280), es un conjunto formal de preguntas para obtener información de encuestados, este por lo general es sólo un elemento de un paquete de recopilación de datos que también puede incluir: primero, procedimientos de trabajo de campo; segundo, alguna recompensa, regalo o pago ofrecido a los encuestados y tercero ayudas de comunicación, como mapas, fotografías, anuncios y productos.

Variable 1: Se aplicó el cuestionario de “Niveles de conocimiento en salud oral” considerando su ficha técnica con las siguientes características:

Ficha técnica

Instrumento: Cuestionario de “Niveles de conocimiento sobre salud oral”

Autora: Jenny Janet Hurtado Centeno

Año: 2017

Significación: El cuestionario de “Niveles de conocimiento sobre salud oral” tiene 4 dimensiones que son las siguientes: Patología de la cavidad oral, tratamientos preventivo en salud oral , hábitos de Higiene oral y hábitos que influyen en el estado de salud oral.

Extensión: El instrumento consta de 20 preguntas.

Administración: Individual

Ámbito de Aplicación: Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Duración: El tiempo de duración para desarrollar el cuestionario es de aproximadamente 15 minutos.

Puntuación: El Instrumento de “Niveles de conocimiento sobre salud oral” utiliza la escala de Likert:

0 = No

1 = Si

Tabla 3. Baremo de la variable Niveles de conocimiento sobre salud oral

Rango	Nivel de conocimiento sobre salud oral			Nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad oral			Nivel de conocimiento de los tratamientos preventivos en salud oral			Nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral					
Bajo	0	-	7	0	-	3	0	-	1	0	-	1	0	-	2
Medio	8	-	14	4	-	6	2	-	3	2	-	3	3	-	5
Alto	15	-	22	7	-	10	4	-	5	4	-	5	6	-	8

2.4.3. Validez

Según Bernal (2010) la validez “tiene que ver con lo que mide el cuestionario y cuán bien lo hace” (p. 302). Dicho ello, para el presente estudio se utiliza el juicio de tres expertos de la Universidad Cesar Vallejo, para dar validez a los instrumentos de recolección; a través del formato “Informe de opinión de expertos del instrumento de investigación”, que considera 3 aspectos de validación: Claridad, Pertinencia, y Relevancia, mediante este proceso se ha obtenido una validez promedio de: 73% para la variable nivel de conocimiento sobre la salud oral.

Tabla 4. Juicio de expertos

Expertos	Nivel de conocimiento sobre salud oral	Porcentaje
		%
Jacinto Joaquin Osoreo		75%
Cesar Garay		75%
Carlos Letelier Donayre Moron		75%
Total		73%

2.4.4. Confiabilidad

Según Bernal (2010) se refiere “a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas, cuando se les examina en distintas ocasiones con los mismos cuestionarios” (p. 302).

Según Grande y Abascal (2011) sostiene que el coeficiente KR-20 “es una prueba muy utilizada para pronunciarse sobre la fiabilidad de una escala. Mide en un momento del tiempo y sin necesidad de hacer repeticiones, la correlación esperada entre la escala actual y otra forma alternativa”. (p. 246).

En el presente trabajo de investigación se efectuará el cálculo del índice KR-20 a través del software estadístico SPSS en su versión 23.0, para lo cual previamente se realizó la prueba piloto del instrumento de 20 preguntas a 20 pacientes escogidos al azar, donde se demostró que ambos instrumentos son confiables, con resultados de 0.843 en el coeficiente KR-20.

Tabla 5. *Estadístico de fiabilidad de la variable: Nivel de conocimiento sobre salud oral*

KR-20	N de elementos
0.843	20

2.5. Métodos de análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó y ejecuto el programa estadístico SPSS Versión 23.0, se exploró los datos para analizarlos y visualizarlos por la variable nivel de conocimiento sobre salud oral, se evaluó la confiabilidad del instrumento a través del Coeficiente KR-20, se realizó el análisis estadístico descriptivo de las variables y dimensiones a través de la distribución de frecuencias, la medida comparativa de las variables a través de la tabla cruzada, finalmente se utilizó la estadística inferencial para la contrastación de las hipótesis a través de la prueba U de Mann – Whitney para dos muestras independientes, y se concluyó con la preparación de los resultados a través de tablas y gráficos cada uno con sus respectivos comentarios.

2.6. Aspectos éticos

En la presente investigación se utilizaron citas bibliográficas de teóricos teniendo en cuenta las consideraciones éticas, y sin evitar el estudio de investigación ni la propiedad intelectual, los derechos de los autores y la calidad de los datos obtenidos en esta investigación ya que como profesionales en formación debemos tener siempre presente cuál es la ética que debe tener durante su formación y demostrar mediante ello el grado de profesionalismo.

Asimismo, la investigación no es sólo un acto técnico, es ante todo el ejercicio de un acto responsable, por este motivo la investigación no oculto a los pacientes la naturaleza de la investigación, exponer a los pacientes a actos que podrían perjudicarles, jamás invadió su intimidad, los datos consignados son reales y fieles a su naturaleza, sin manipulación por parte del investigador.

III.Resultados

3.1. Estadística descriptiva

Tabla 6. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre salud oral (Pretest)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento sobre salud oral	Bajo	126	84.0
	Medio	7	4.7
	Alto	17	11.3
Total		150	100.0

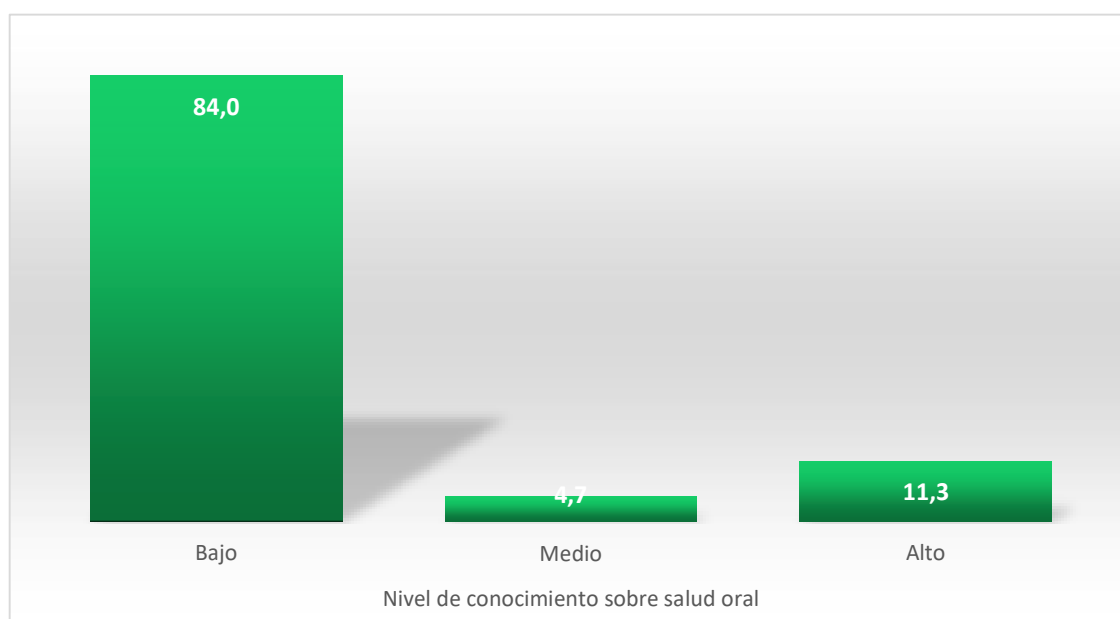


Figura 3. Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre salud oral (Pretest)

Como se observa en la tabla 6, así como en la figura 3, un 84.0% de los pacientes evaluados antes de la estrategia educativa tienen bajo conocimiento sobre salud oral, un 4.7% tienen un conocimiento medio o regular y el 11.3% lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel bajo en cuanto al nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes antes de la estrategia educativa en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 7. *Resultados hallados del nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal (Pretest)*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad oral	Bajo	126	84.0
	Medio	7	4.7
	Alto	17	11.3
Total		150	100.0

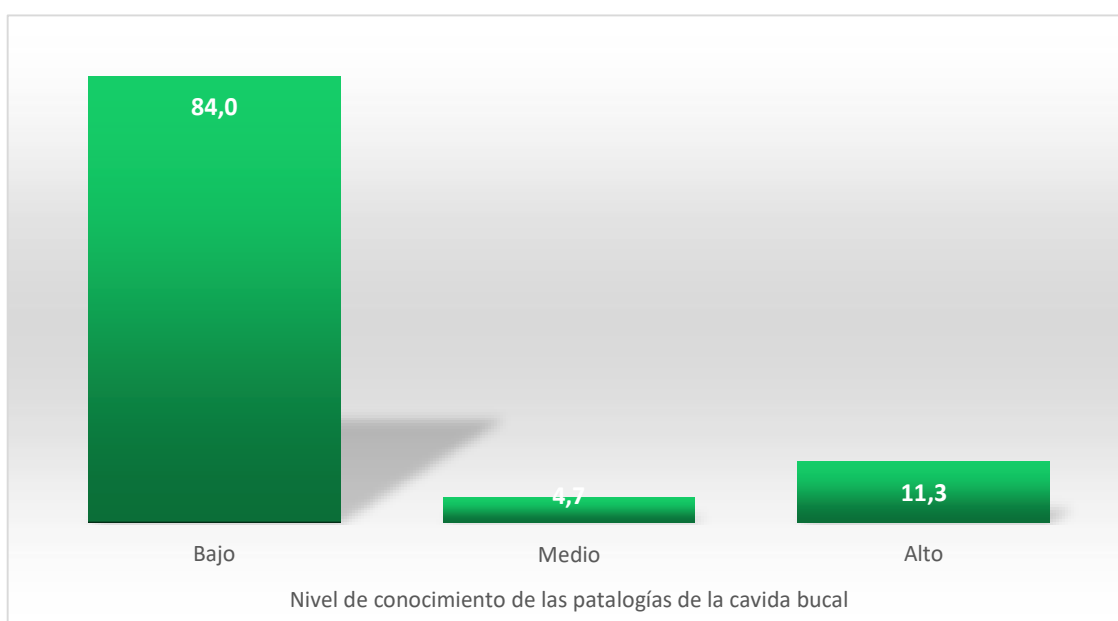


Figura 4. *Resultados hallados del nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal (Pretest)*

Como se observa en la tabla 7, así como en la figura 4, un 84.0% de los pacientes evaluados antes de la estrategia educativa tienen bajo conocimiento de las patologías de la cavidad oral, un 4.7% tienen un conocimiento medio o regular y el 11.3% lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel bajo en cuanto al nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad oral en los pacientes antes de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 8. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral (Pretest)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento de los tratamientos preventivos en salud oral	Bajo	133	88.7
	Medio	17	11.3
	Alto	0	0.0
Total		150	100.0

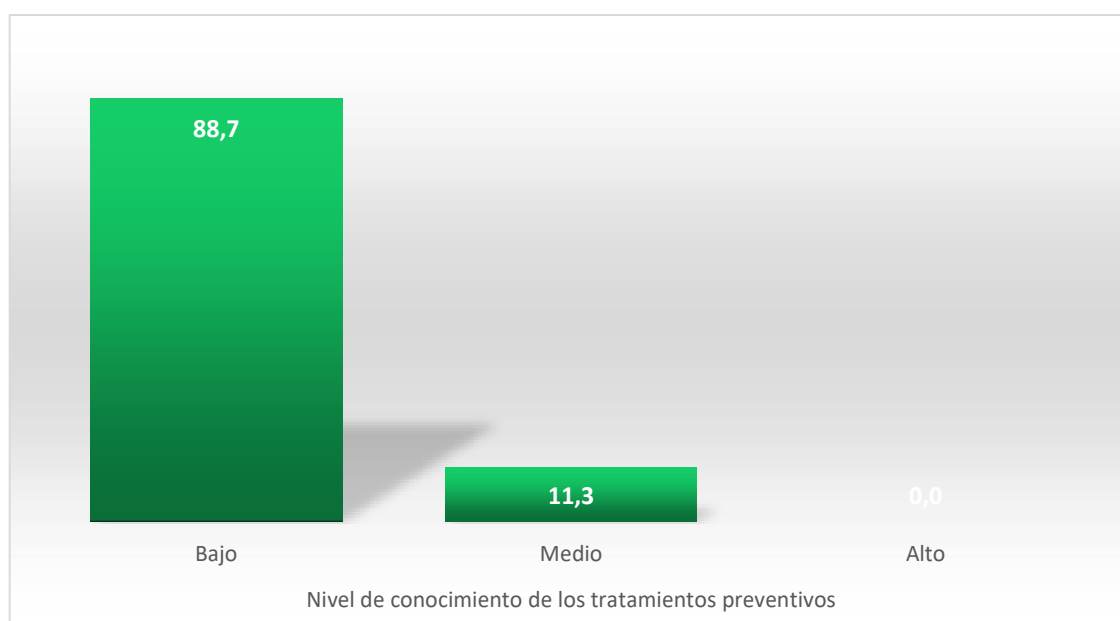


Figura 5. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral (Pretest)

Como se observa en la tabla 8, así como en la figura 5, un 88.7% de los pacientes evaluados antes de la estrategia educativa tienen bajo conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral, un 11.3% tienen un conocimiento medio o regular y ninguno lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel bajo en cuanto al nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en los pacientes antes de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 9. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral (Pretest)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral	Bajo	127	84.7
	Medio	23	15.3
	Alto	0	0.0
Total		150	100.0

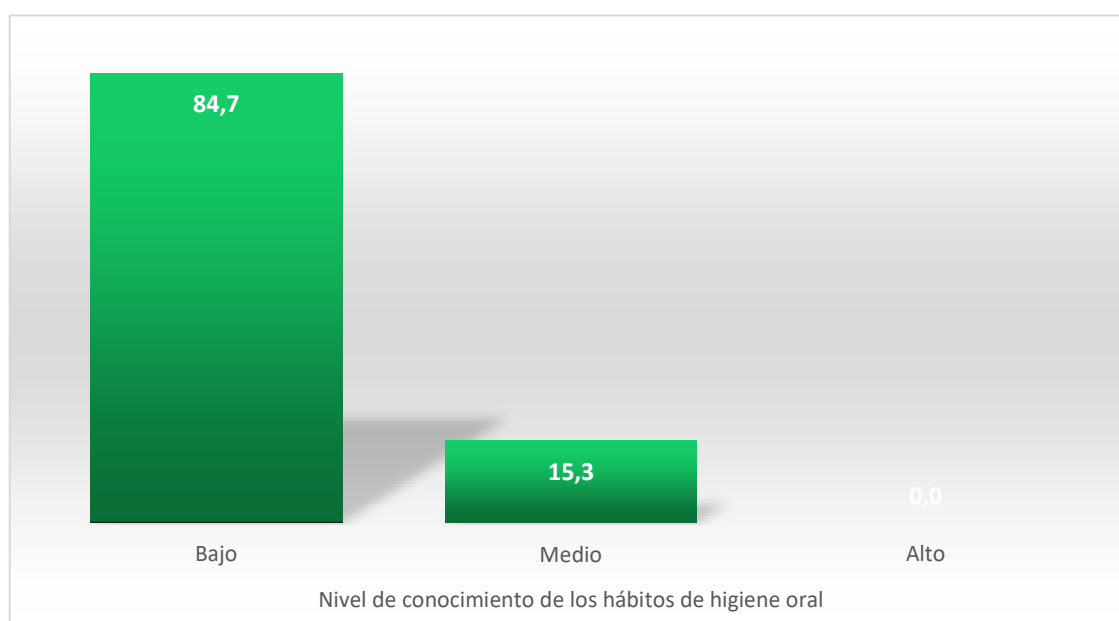


Figura 6. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral (Pretest)

Como se observa en la tabla 9, así como en la figura 6, un 84.7% de los pacientes evaluados antes de la estrategia educativa tienen bajo conocimiento de los hábitos de higiene oral, un 15.3% tienen un conocimiento medio o regular y ninguno lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel bajo en cuanto al nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral en los pacientes antes de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 10. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral (Pretest)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral	Bajo	126	84.0
	Medio	24	16.0
	Alto	0	0.0
Total		150	100.0

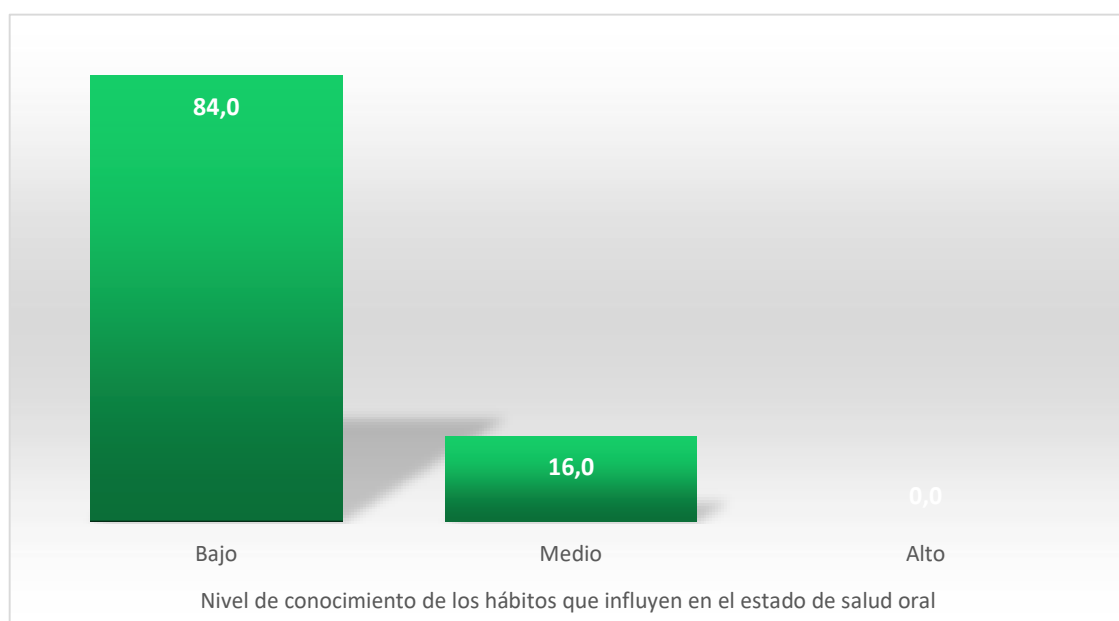
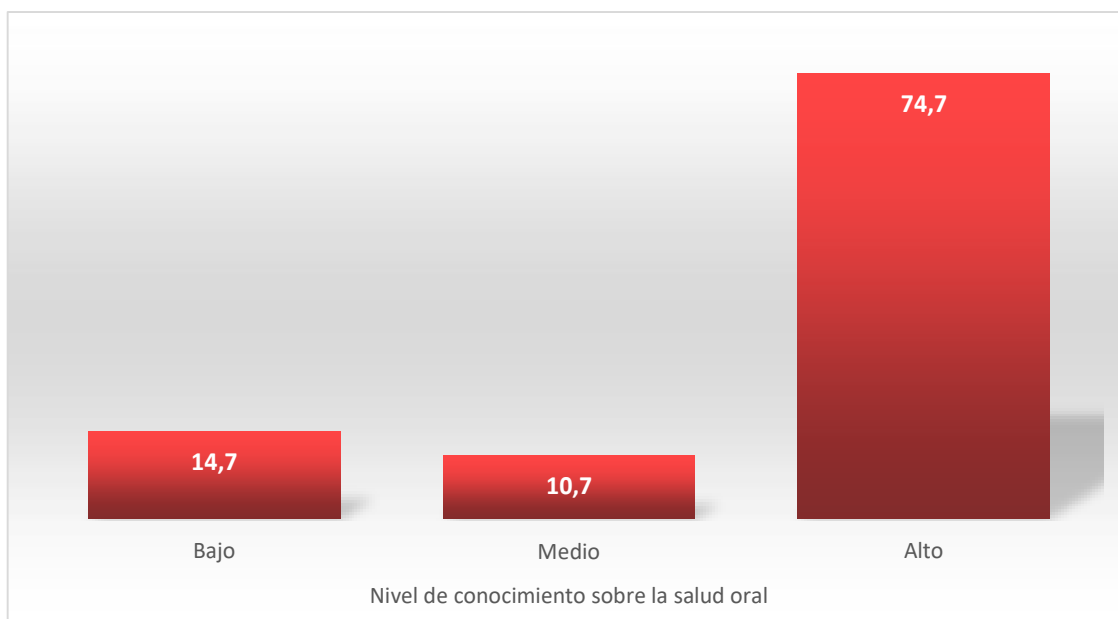


Figura 7. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral (Pretest)

Como se observa en la tabla 10, así como en la figura 7, un 84.0% de los pacientes evaluados antes de la estrategia educativa tienen bajo conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral, un 16.0% tienen un conocimiento medio o regular y ninguno lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel bajo en cuanto al nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes antes de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 11. *Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre salud oral (Posttest)*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento sobre salud oral	Bajo	22	14.7
	Medio	16	10.7
	Alto	112	74.7
Total		150	100.0

Figura 8. *Resultados hallados del nivel de conocimiento sobre salud oral (Grupo de control)*

Como se observa en la tabla 11, así como en la figura 8, un 14.7% de los pacientes evaluados después de la estrategia educativa tienen bajo conocimiento sobre salud oral, un 10.7% tienen un conocimiento medio o regular y el 74.7% lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel alto en cuanto al nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes después de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 12. Resultados hallados del nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal (Posttest)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal	Bajo	22	14.7
	Medio	16	10.7
	Alto	112	74.7
Total		150	100.0

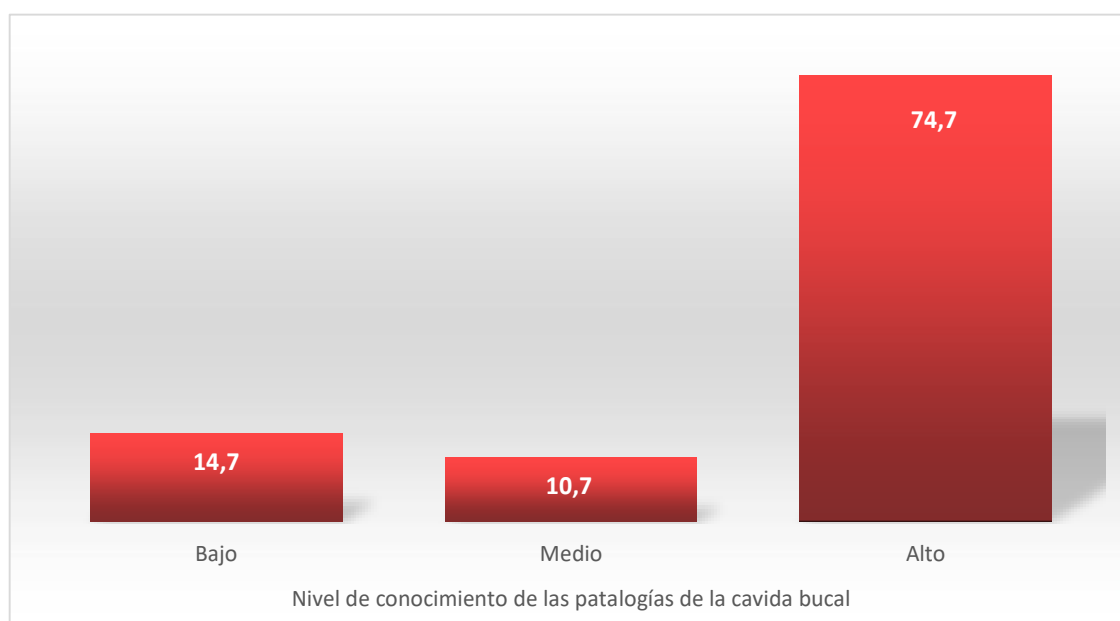


Figura 9. Resultados hallados del nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal (Posttest)

Como se observa en la tabla 12, así como en la figura 9, un 14.7% de los pacientes evaluados después de la estrategia tienen bajo conocimiento de las patologías de la cavidad bucal, un 14.0% tienen un conocimiento medio o regular y el 71.3% lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel alto en cuanto al nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad oral en los pacientes después de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 13. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral (Posttest)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento de los tratamientos preventivos en salud oral	Bajo	22	14.7
	Medio	70	46.7
	Alto	58	38.7
Total		150	100.0

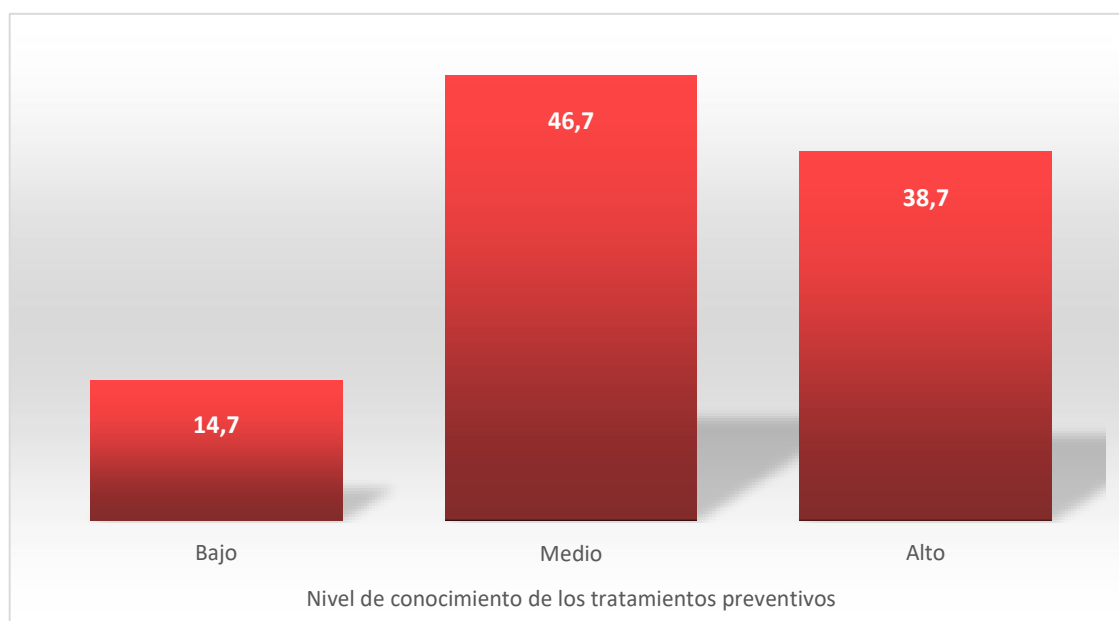


Figura 10. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los tratamiento preventivos en salud oral (Posttest)

Como se observa en la tabla 13, así como en la figura 10, un 14.7% de los pacientes evaluados después de la estrategia tienen bajo conocimiento de los tratamientos preventivos en salud oral, un 46.7% tienen un conocimiento medio o regular y el 38.7% lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel medio en cuanto al nivel de conocimiento de los tratamientos preventivos en salud oral en los pacientes después de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 14. *Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral (Posttest)*

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral	Bajo	38	25.3
	Medio	90	60.0
	Alto	22	14.7
Total		150	100.0

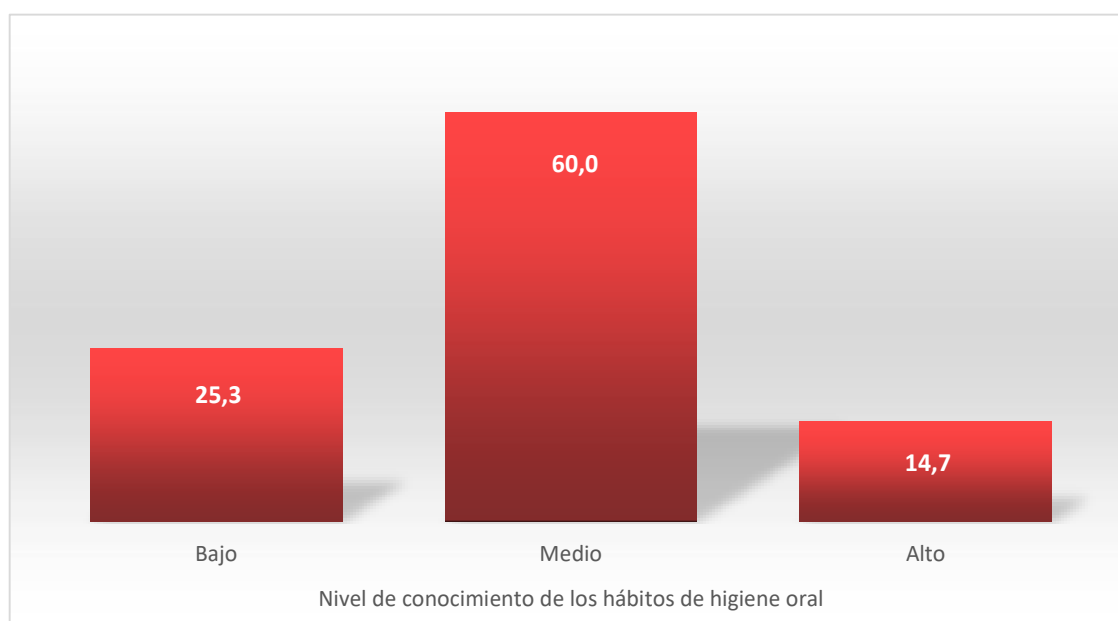


Figura 11. *Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral (Posttest)*

Como se observa en la tabla 14, así como en la figura 11, un 25.3% de los pacientes evaluados después de la estrategia tienen bajo conocimiento de los hábitos de higiene oral, un 60.0% tienen un conocimiento medio o regular y el 14.7% lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel medio en cuanto al nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral en los pacientes después de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tabla 15. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral (Posttest)

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral	Bajo	22	14.7
	Medio	21	14.0
	Alto	107	71.3
Total		150	100.0

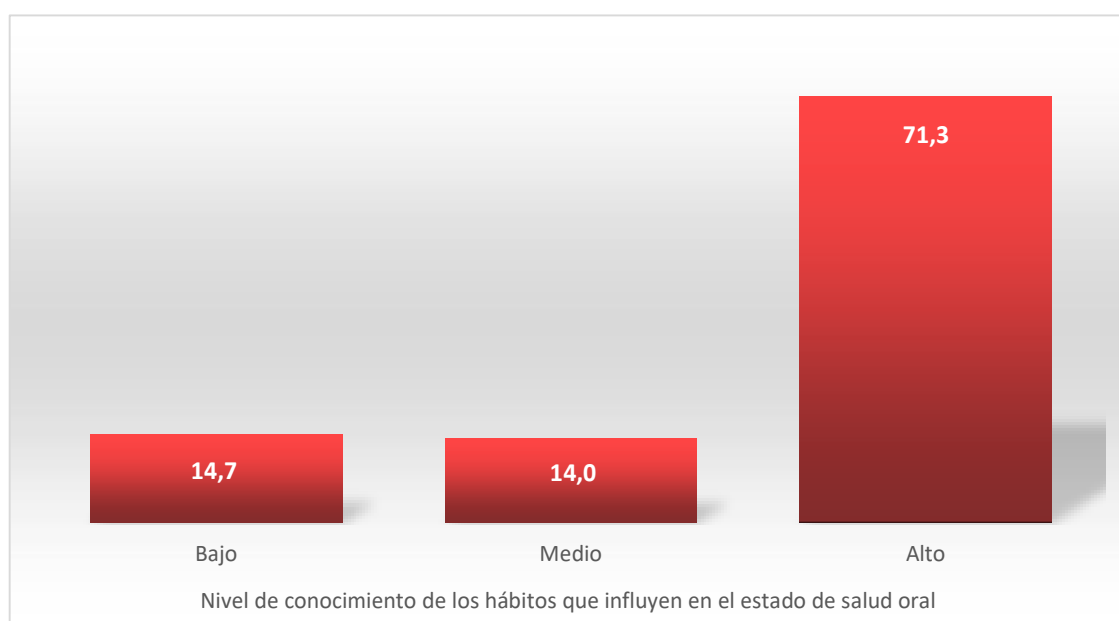


Figura 12. Resultados hallados del nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral (Posttest)

Como se observa en la tabla 15, así como en la figura 12, un 14.7% de los pacientes evaluados después de la estrategia bajo conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral, un 14.0% tienen un conocimiento medio o regular y el 71.3% lo tiene alto. Por lo cual se expresa que existe un nivel medio en cuanto al nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes después de la estrategia educativa sobre salud oral en la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

3.2. Estadística inferencial

Contrastación de la hipótesis general

Ho: Existe efecto negativo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los paciente de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Ha: Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los paciente de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor < 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor > 0,05 en este caso se acepta el Ho

Tabla 16. *Prueba de U de Mann-Whitney para el nivel de conocimiento sobre salud oral*

	Nivel de conocimiento sobre salud oral
U de Mann-Whitney	3194.000
W de Wilcoxon	14519.000
Z	-11.989
Sig. asintótica (bilateral)	.000

a. Variable de agrupación: Grupo

En la Tabla 16, los resultados de la prueba U de Mann - Whitney, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Contrastación de la hipótesis específica 1

Ho: Existe efecto negativo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre patologías de la cavidad oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Ha: Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre patologías de la cavidad oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor < 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor > 0,05 en este caso se acepta el Ho

Tabla 17. *Prueba de U de Mann-Whitney para el nivel de conocimiento sobre patologías de la cavidad oral.*

	Nivel de conocimiento de las patologías de la cavidad bucal
U de Mann-Whitney	3194.000
W de Wilcoxon	14519.000
Z	-11.989
Sig. asintótica (bilateral)	.000
a. Variable de agrupación: Grupo	

En la Tabla 17, los resultados de la prueba U de Mann - Whitney, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre patologías de la cavidad oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Contrastación de la hipótesis específica 2

Ho: Existe efecto negativo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos en salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Ha: Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos en salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor $<$ 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor $>$ 0,05 en este caso se acepta el Ho

Tabla 18. *Prueba de U de Mann-Whitney para el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos.*

Nivel de conocimiento de los tratamientos preventivos	
U de Mann-Whitney	2432.000
W de Wilcoxon	13757.000
Z	-12.880
Sig. asintótica (bilateral)	.000

a. Variable de agrupación: Grupo

En la Tabla 18, los resultados de la prueba U de Mann - Whitney, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos en salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Contrastación de la hipótesis específica 3

Ho: Existe efecto negativo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Ha: Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor $<$ 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor $>$ 0,05 en este caso se acepta el Ho

Tabla 19. *Prueba de U de Mann-Whitney para el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral*

Nivel de conocimiento de los hábitos de higiene oral	
U de Mann-Whitney	4322.000
W de Wilcoxon	15647.000
Z	-10.443
Sig. asintótica (bilateral)	.000

a. Variable de agrupación: Grupo

En la Tabla 19, los resultados de la prueba U de Mann - Whitney, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Contrastación de la hipótesis específica 4

Ho: Existe efecto negativo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Ha: Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

Nivel de significancia = 0,05

Regla de decisión: Si p valor $<$ 0,05 en este caso se rechaza el Ho

Si p valor $>$ 0,05 en este caso se acepta el Ho

Tabla 20. Prueba de U de Mann-Whitney para el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral

Nivel de conocimiento de los hábitos que influyen en el estado de salud oral	
U de Mann-Whitney	2166.000
W de Wilcoxon	13491.000
Z	-13.263
Sig. asintótica (bilateral)	.000

a. Variable de agrupación: Grupo

En la Tabla 20, los resultados de la prueba U de Mann - Whitney, demostraron que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que el sig. asintótica (bilateral) es 0.000 menor a 0.05. Por lo tanto, existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.

IV. Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos por la encuesta a los pacientes odontológicos de la posta Santiago Apóstol del distrito de Comas, en cuanto a la hipótesis general, el efecto de la estrategia educativa con el nivel de conocimiento sobre salud oral es positivo, significa que el efecto positivo entre la variable independiente contra la variable dependiente, con un p valor de 0.000, donde $p < 0.05$ lo que fue corroborado porque los resultados antes de la estrategia educativa el nivel de conocimiento de los pacientes era bajo con un 84.0%, posteriormente con las charlas y capacitaciones sobre salud oral, los pacientes encuestados tuvieron un conocimiento alto con un 74.7%.

Es importante señalar que el nivel de los padres de familia y de las personas sobre salud oral es muy bajo, similar a la tesis de Holguin y Oyola (2016) titulada "Nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque, 2014", en donde se nota claramente que el nivel de conocimiento sobre salud oral fue regular con un 68.6% en los padres de familia y 2.9% en los cuidadores, en base a esto concluyó que existe un nivel de conocimiento regular sobre salud oral de padres de familia y cuidadores de la Clínica San Juan de Dios; pero diferente a la tesis de Silva (2016) titulada "Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E. N°66 César Vallejo Mendoza de la provincia de Chepén, región La Libertad, durante el año 2015", en donde categorizan al nivel de conocimiento en: alto, regular y bajo, es base a esta categoría se obtuvo que un 86% de los encuestados estaba en un nivel alto, y según sexo en un nivel alto, con 83% para los varones y con 89% para mujeres.

En base a la tesis de Rangel (2015) titulada "Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial", muestra la similitud en la afirmación debido a que en su tesis los encuestados luego del programa adquirieron mayores conocimientos sobre la etiología de la caries dental en un 85.18%, ya reconocen cuándo un diente tiene caries con un 92.59%, además son conscientes que la caries dental no es una enfermedad predominantemente hereditaria; pero tal apreciación se contradice con algunas respuestas dadas, pues, no saben que la caries dental es

una enfermedad infecto-contagiosa y que placa bacteriana constituye su principal agente causal con un 88.89% y 81.48 respectivamente.

En la misma dirección se tiene la investigación de González (2015) titulada “Evaluación de la intervención educativa en salud bucal realizada por alumnos de la UNAB en párvulos de Maipú” en donde se asemeja porque antes de la intervención los encuestados en un 100% se cepilla los dientes muy esporádicamente dos veces a día; luego de la intervención los encuestados son conscientes de que se deben cepillar más de dos veces al día para evitar las enfermedades bucodentales. Otra tesis similar fue la de Zamora (2013) titulada “Valoración de una modalidad de intervención odontológica en el ámbito escolar de niños y adolescentes con discapacidad motora”, en este estudio se relaciona la intervención a la actitud emocional del paciente el cual en la Escuela Especial Martínez Allio (EM) el 80% de los escolares mostró buena actitud emocional frente a la situación odontológica, mientras que en la Escuela Especial Blanca Feit (EBF) sólo el 27% mostró buena actitud y el 73% de ellos mostraron actitud negativa frente a la situación odontológica, siendo éstas diferencias significativas de $p=0,0001$.

De acuerdo a los resultados obtenidos por la encuesta a los pacientes odontológicos de la posta Santiago Apóstol del distrito de Comas, en cuanto a la hipótesis específica 1, el efecto de la estrategia educativa con el nivel de conocimiento sobre higiene bucal es positivo, significa que el efecto positivo entre la variable independiente contra la variable dependiente, con un p valor de 0.000, donde $p < 0.05$ lo que fue corroborado porque los resultados antes de la estrategia educativa el nivel de conocimiento de los pacientes era bajo con un 84.0%, posteriormente con las charlas y capacitaciones sobre higiene bucal, los pacientes encuestados tuvieron un conocimiento alto con un 71.3%.

Similar a los resultados de la investigación se tiene la tesis Ramón (2015) titulada “Conceptos y prácticas en higiene oral de los alumnos de la Escuela José María Velasco Ibarra antes y después de una intervención educativa. Cuenca 2014-2015”, es similar porque aborda que el desconocimiento de la higiene dental

provoca una serie de problemas dentales, se comprueba que el 52.0% antes de la intervención desconocían el concepto acerca de caries dental y luego de la intervención el 72.2% de los encuestados conoció adecuadamente en que consiste la caries dental; sobre el conocimiento sobre la patogenia de caries dental antes de la intervención educativa el 41.7% de los escolares respondieron adecuadamente y después de la misma su porcentaje fue del 72.2%. En la misma dirección de similitud se ubica la investigación de Quezada (2016) titulada “Eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora - La Libertad, 2015”, se encontró que el nivel de higiene oral al principio fue regular un 4%; inmediatamente después se elevó a 96% en regular; al mes aumento en bueno con 72%, habiendo disminuido en regular a 28%; por lo que concluyó que la intervención educativa fue eficaz aumentando el nivel de conocimiento sobre la higiene oral.

Otra investigación similar en la higiene bucal es de Celis, Flores y Santa Cruz (2015) titulada “Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo - Lambayeque, 2014” en donde el programa impuesto fue efectivo ya que mejoró el índice de higiene oral ($P < 0.05$) sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una Institución Educativa, por otro lado, se cuantificó el índice de higiene oral antes de la aplicación del programa educativo, en niños de 4 y 5 años, tanto en el grupo experimental como en grupo control y se observó que los índices de higiene oral son similares, no existiendo diferencia significativa. Por su parte Pejerrey (2015) en su tesis titulada “Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial La Victoria - 2015”, mencionó que el índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo, con un 79.4%, por lo que existió una relación significativa directa de grado fuerte (0,693) entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes.

De acuerdo a los resultados obtenidos por la encuesta a los pacientes odontológicos de la posta Santiago Apóstol del distrito de Comas, en cuanto a la hipótesis específica 2, el efecto de la estrategia educativa con el nivel de conocimiento sobre las medidas de prevención es positivo, significa que el efecto positivo entre la variable independiente contra la variable dependiente, con un p valor de 0.000, donde $p < 0.05$ lo que fue corroborado porque los resultados antes de la estrategia educativa el nivel de conocimiento de los pacientes era bajo con un 84.0%, posteriormente con las charlas y capacitaciones sobre medidas de prevención, los pacientes encuestados tuvieron un conocimiento alto con un 70.0%.

Sobre las medidas de prevención se tomó la tesis de Naranjo (2016) titulada "Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 - 19 años de edad en el Centro de Salud La Magdalena de la ciudad de Quito", en donde el 23.3% encuestadas presentaron un nivel deficiente, 38.3% un nivel regular y los 38.3% restante un nivel aceptable de conocimientos sobre medidas preventivas en salud bucal, demuestra que muy pocas persona se preocupan de las medidas de prevención odontológicas; la tesis de Gonzalez, Cano y García (2013) titulada "Intervención educativa individualizada en salud bucal para la prevención de caries en niños pre-escolares de la Boquilla" en donde al grupo experimental se le encontró problemas en las medidas de prevención pero luego de la intervención se encontró en el grupo de control mejoras en el conocimiento de las medidas de prevención, finalmente la tesis de Fernández (2015) titulada "Programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del primer grado de la I.E.P. Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo", demuestra que el programa educativo es efectivo porque el conocimiento sobre las medidas de prevención luego del programa fueron bueno y excelente con un 42.9% y 45.2%, respectivamente.

V. Conclusiones

Primera

Se logró determinar que existe un efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre patología de la cavidad oral en los paciente de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017. Donde el valor calculado para $p=0.000$ a un nivel de significancia de 0.05 (bilateral), se concluye que la variable independiente afecta positivamente a la variable dependiente. Es decir en la medida que se ofrezcan estrategias educativas relacionadas a la salud oral, mejorará el nivel de conocimientos de los pacientes en la posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Segunda

Se logró determinar que existe un efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre tratamientos preventivos en salud oral en los paciente de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017. Donde el valor calculado para $p=0.000$ a un nivel de significancia de 0.05 (bilateral), se concluye que la variable independiente afecta positivamente a la variable dependiente. Es decir en la medida que se ofrezcan estrategias educativas relacionadas a las medidas de prevención, mejorará el nivel de conocimientos de los pacientes en la posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Tercera

Se logró determinar que existe un efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los paciente de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017. Donde el valor calculado para $p=0.000$ a un nivel de significancia de 0.05 (bilateral), se concluye que la variable independiente afecta positivamente a la variable dependiente. Es decir en la medida que se ofrezcan estrategias educativas relacionadas a la higiene bucal, mejorará el nivel de

conocimientos de los pacientes en la posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

Cuarta

Se logró determinar que existe un efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los paciente de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017. Donde el valor calculado para $p=0.000$ a un nivel de significancia de 0.05 (bilateral), se concluye que la variable independiente afecta positivamente a la variable dependiente. Es decir en la medida que se ofrezcan estrategias educativas relacionadas a la higiene bucal, mejorará el nivel de conocimientos de los pacientes en la posta Santiago Apóstol del distrito de Comas.

VI. Recomendaciones

Primera

Se recomienda que la posta Santiago Apóstol del distrito de Comas, promueva charlas de salud bucal donde participen todos los pacientes y familiares que visitan la posta por salud, consulta, tratamiento o acompañando; estas charlas deben ser periódicas, oportunas y simples para que los pacientes puedan comprender y entender el daño que se hacen cuando no se cuidan la dentadura.

Segunda

Se recomienda que para el tema de la higiene bucal, se debe exponer sobre la caries, su definición, tipos, causas y consecuencias de la misma, se debe explicar de manera simple como se puede prevenir y cual es la principal causa como es la placa bacteriana, deben explicar que son las enfermedades periodontales como la gingivitis y su repercusión en la pérdida de la dentadura.

Tercera

Se recomienda que para el tema de las medidas de prevención, el temario de la charla debe contener los métodos de limpieza, como el cepillado y el hilo dental; dentro del cepillado exponer con maquetas para que sea más didáctico y pedir que los asistentes practiquen con la maqueta, explicar las ventajas y desventajas de ir o no al odontólogo, para que pueda realizar algún tipo de protección como los sellantes o la fluorización.

VII. Referencia bibliográficas

- Bascones, A. (1998). *Tratado de Odontología*. 2da Edición. Madrid: Editorial Avances Médicos Dentales.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico D.F.: McGraw-Hill
- Braham M. (1997). *Odontología Pediátrica*. 1era Edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Cameron, A. (1998). *Manual de odontología pediátrica*. 1era Edición. Madrid: Editorial Mosby
- Carranza f.a Peridontología Clínica de Glickman. 5.ª Edición. Nueva Editorial Interamericana. pp. 235-250. México. D.F. 1990.
- Castilla, M. (2006). ATS/DUE del Servicio Gallego de Salud: Temario específico. Volumén 1. Sevilla: MAD-Eduforma
- Woodall R, Irene. *Tratado de Higiene dental*. Tomo I. Editorial Salvat – Barcelona (España). pp. 45-52. Tercera Edición. 1995.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Vigilancia y evaluación de la salud bucodental – Informe de un comité de expertos*. pp. 80-85. Ginebra. 1989.
- Cawson R. Cirugía y Patología Odontológica. Editorial El Manual Moderno. pp. 40-46. México, D.F. 2003
- Mc. Donald R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 6ta Edición. Editorial Médica Panamericana. pp. 350-356. Buenos Aires – Argentina. 2004.
- Magnusson B.O. Odontopediatría. Enfoque Sistemático. 1ra Edición. Salvat Editores. pp. 60-65. España. 1997.
- Shafer W.G. Tratado de Patología Bucal. 4ta Edición. Nueva Editorial Interamericana. pp. 40-42. México, D.F. 2003.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). “*Vigilancia y evaluación de la salud bucodental – Informe de un comité de expertos*”. pp. 80-85. Ginebra. 1989.
- Ops (1993). Odontología Preventiva – Diagnóstico y Educación para la salud. 2da Edición. Editorial Panamericana para la salud. pp. 60-70. 1993.
- Ops (1993). Odontología Preventiva – Diagnóstico y Educación para la salud. 2da Edición. Editorial Panamericana para la salud. pp. 60-70. 1993.
- Cawson R.A. Cirugía y Patología Odontológica. Editorial El Manual Moderno. pp. 40-48. México, D.F. 2003.
- Shafer W.G. (2003). Tratado de Patología Bucal. 4ta Edición. Nueva Editorial Interamericana. pp. 40. México, D.F. 2003.

- Grande, M. y Abascal, I. (2011). *Metodología de la investigación social*. Madrid: ESIC.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico D.F.: McGraw-Hill.
- Malhotra, N. (2004). *Investigación de mercados: un enfoque aplicado*. Mexico D.F.: Pearson educación.
- Diccionario médico – Salvat. (1998). 8.a Edición. Salvat Editores. Barcelona. pp. 152, 165 y 528
- Cárdenas J.M. y col. (1996). *La profesión odontológica frente al estado actual y futuro de la salud oral en la población pediátrica y adolescente en Colombia*. Revista CES Odontología. Vol. 9 N° 2.
- Celis, Flores y Santa Cruz (2015). *Efectividad de un programa educativo sobre la condición de higiene bucal en niños de 4 y 5 años de una institución educativa en la provincia de Chiclayo - Lambayeque, 2014*. Chiclayo: tesis de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
- Fernández (2015). *Programa educativo dirigido a elevar el nivel de conocimientos sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas en alumnos del primer grado de la I.E.P. Seminario de San Carlos y San Marcelo del distrito de Trujillo*. Trujillo: Tesis de la Universidad Privada Antenor Orrego
- Gonzalez (2015). *Evaluación de la intervención educativa en salud bucal realizada por alumnos de la UNAB en párvulos de Maipú*. Santiago de Chile: Tesis de la Universidad Andrés.
- Gonzalez, Cano y García (2013). *Intervención educativa individualizada en salud bucal para la prevención de caries en niños pre-escolares de la Boquilla*. Cartagena: Tesis de la Universidad de Cartagena.
- Holguin y Oyola (2016). *Nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque, 2014*. Chiclayo: Tesis de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
- Naranjo (2016). *Nivel de conocimiento de medidas preventivas en salud bucal aplicadas en adolescentes gestantes entre 15 - 19 años de edad en el*

- Centro de Salud La Magdalena de la ciudad de Quito*. Quito: Tesis de la Universidad Central del Ecuador.
- Pejerrey (2015). *Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial La Victoria - 2015*. Pimentel: Tesis de la Universidad Señor de Sipán
- Quezada (2016). *Eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora - La Libertad, 2015*. Trujillo: Tesis de la Universidad Privada Antenor Orrego
- Ramón (2015). *Conceptos y prácticas en higiene oral de los alumnos de la Escuela José María Velasco Ibarra antes y después de una intervención educativa. Cuenca 2014-2015*. Cuenca: Tesis de la Universidad de Cuenca.
- Rangel (2015). *Programa preventivo-educativo de salud bucodental dirigido a los padres y/o representantes del niño/a de educación inicial*. Bárbula: Tesis de la Universidad de Carabobo.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Silva (2016). *Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la I.E. N°66 César Vallejo Mendoza de la provincia de Chepén, región La Libertad, durante el año 2015*. Chimbote: Tesis de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote
- Silva, L. (2006). *Auxiliares de clínica (Grupo D) personal laboral de la Generalitat Valenciana*. Sevilla: Editorial MAD
- Zamora (2013). *Valoración de una modalidad de intervención odontológica en el ámbito escolar de niños y adolescentes con discapacidad motora*. Córdoba: Tesis de la Universidad Nacional de Córdoba
- Bosch Robaina, R., Rubio Alonso, M., & García Hoyos, F.. (2012). *Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años*. *Avances en Odontoestomatología*, 28(1), 17-23. Recuperado en 12 de diciembre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852012000100003&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable 1: Estrategia educativa				
¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017?	Determinar el efecto de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.	Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.	ACTIVIDADES	SEMANA			
				25/08 a 29/08	02/09 a 06/09	09/09 a 13/09	16/09 a 20/09
			Evaluación inicial del nivel de conocimiento (50 pacientes) 1er. grupo	X			
			Intervención educativa sobre salud (50 pacientes) 1er. grupo		X		
			Evaluación inicial del nivel de conocimiento (50 pacientes) 2do. grupo		X		
			Evaluación final del nivel de conocimiento (50 pacientes) 1er. grupo		X		
			Intervención educativa sobre salud (50 pacientes) 2do. grupo			X	
			Evaluación inicial del nivel de conocimiento (50 pacientes) 3er. grupo			X	
			Evaluación final del nivel de conocimiento (50 pacientes) 2do. grupo			X	
			Intervención educativa sobre salud (50 pacientes) 2do. grupo				X
			Evaluación final del nivel de conocimiento (50 pacientes) 2do. grupo				X
			Variable 2: Nivel de conocimiento sobre salud oral				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles o rangos
¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017?	Determinar el efecto de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.	Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.	Patologías de la cavidad oral	Caries	1, 2, 3, 4	Dicotomica	(1) Bajo (0 - 7)
				Placa bacteriana	5		
Enfermedad periodontal	6						
Gingivitis	7, 8						
			Tratamientos preventivos	Sellantes	9, 10	(0) No	(2) Regular (8 - 14)
				Flúor	11		
			Hábitos de higiene oral	Frecuencia de visita dentista	12	(1) Si	(3) Alto (15 - 22)
				Tiempo de cepillado	13, 14		
¿Cuál es el efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017?	Determinar el efecto de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.	Existe efecto positivo de la estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre hábitos que influyen en el estado de salud oral en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017.	Hábitos que influyen en el estado de salud oral	Edad de primera visita	15		
				Edad de salida del diente	16		
				Lavado de boca	17		
				Utiles de aseo dental	18		
				Cepillo dental	19, 20		

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
Tipo: Aplicada, descriptivo	Población: 550 pacientes entre 18 a 60 años de la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas	<p>Variable 1: Estrategias educativa</p> <p>Técnicas: Charlas Instrumentro: Materiales educativos</p> <p>Autora: Jenny Janet Hurtado Centeno Año: 2017 Monitoreo: Asesor Ámbito de Aplicación: Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas Forma de Administración: Face to face</p>	<p>Descriptiva: Tabla y graficos de frecuencias por preguntas Tabla y graficos de categorias según variables y dimensiones</p>
Diseño: Pre experimental: preprueba / posprueba con un solo grupo	Tipo de muestreo: Probabilísticos y aleatorio	<p>Variable 2: Nivel de conocimiento sobre salud oral</p> <p>Técnicas: Encuesta Instrumentro: Cuestionario</p> <p>Autora: Jenny Janet Hurtado Centeno Año: 2017 Monitoreo: Asesor Ámbito de Aplicación: Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas Forma de Administración: Face to face</p>	<p>Inferencial: Prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independiente</p>
Método: Hipotetico - deductivo Enfoque: Cuantitativo	Tamaño de muestra: 150 pacientes entre 18 a 60 años de la Posta Santiago Apóstol del distrito de Comas		

Cuestionario Variable: Nivel de conocimiento sobre salud oral**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO**

EVALUACIÓN EN ESTRATEGIA EDUCATIVA Y EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL.

Nombre:.....Dirección:.....

.....

Teléfono:.....

- ❖ De la manera más distinguida me dirijo a usted para pedir su colaboración en esta encuesta, esperando sea respondida de manera oportuna y sincera. Marque con una X la respuesta correcta. (Una sola respuesta)

Patologías de la cavidad oral relacionadas a la mala higiene bucal

- 1) ¿Qué es la caries?
 - a) Es una enfermedad formada solo por azúcares
 - b) Es una mancha negra sin importancia.
 - c) Es un hueco en el diente.
 - d) Es una enfermedad no contagiosa

- 2) ¿Cuáles son las consecuencias de la caries?
 - a) Dolor, irritabilidad, inflamación, pérdida de piezas dentarias.
 - b) Dolor, absceso
 - c) Pérdida de piezas dentarias
 - d) Manchas en los dientes con placa bacteriana

- 3) ¿Cuáles son las causas de las caries?
 - a) Mala higiene bucal, alimentos azucarados
 - b) Trasmisión de madre a hijo
 - c) Por herencia
 - d) Malos hábitos alimenticios

- 4) ¿Cuál es la forma correcta de prevenir las caries?
- a) Sellantes, suplementos de flúor, pasta dental con flúor
 - b) Pasta con flúor, enjuague bucal, hilo dental
 - c) Sellante, pasta dental, cepillo dental
 - d) Pasta dental, cepillo dental, suplemento de flúor
- 5) ¿Qué es placa bacteriana?
- a) Alimentos que se adhieren al diente
 - b) Lamina incolora compuesta de bacterias y azúcares
 - c) Dulces que se pegan al diente
 - d) Manchas de color marrón
- 6) ¿Qué es enfermedad periodontal?
- a) Dolor de la boca
 - b) Enfermedad de encías y tejidos que rodean al diente
 - c) Enfermedad de la lengua y labios
 - d) Sangrado de encías
- 7) ¿Qué es la gingivitis ?
- a) El dolor del diente
 - b) Enfermedad de las encías
 - c) Inflamación de los labios
 - d) Carrillos inflamados
- 8) ¿Cuáles son las consecuencias de la gingivitis?
- a) Encías rojas, inflamadas, sensibles y sangrantes
 - b) Encías rosadas, sin dolor
 - c) Encías rojas con fistulas
 - d) Encías rosadas

Tratamientos preventivos en salud oral

- 9). ¿Qué son los sellantes dentales ?
- a). Son cubiertas plásticas (resinas) que son colocadas en la superficie de los molares y premolares permanentes.
 - b) Se colocan solo en las molares deciduas.
 - c). Se coloca cuando el diente tiene caries.
 - d). Los sellantes son de material de metal.
- 10). ¿Por qué es necesario los sellantes dentales?
- a). Es importante para prevenir la caries.
 - b). Es para que el diente luzca bonito.
 - c). Sirve para tapar la caries
 - d). Sirve para reconstrucción del diente.
- 11) ¿Cuáles son los beneficios del flúor ?
- a) Previene la caries, aumenta la resistencia del esmalte es antibacteriano y remineraliza al diente.
 - b) Es un líquido de color blanco.
 - c) Sirve para blanquear los dientes
 - d) Solo es para uso en los niños.
- ❖ **hábitos de higiene oral.**
12. ¿Cada que tiempo debe llevar al odontólogo a su niño?
- a) Cada año.
 - b) Cada vez que le duela un diente.
 - c) Cada seis meses.
 - d) Cada tres meses
13. ¿En qué momento del día debe cepillar los dientes a su niño?
- a) Solo cuando como dulces.
 - b) Después de cada comida y antes de acostarse.
 - c) Solo al levantarse.
 - d) Antes de cada comida.
14. ¿Cuántas veces al día debe cepillar sus dientes?
- a) Dos veces.
 - b) Cuatro veces.
 - c) Una vez.

d) Tres veces.

❖ **hábitos que influyen en el estado de salud oral.**

15. ¿Cuál de los siguientes alimentos crees que es perjudicial para los dientes?
- a) Carne, pescado
 - b) Chocolate, caramelo
 - c) Frutas frescas
 - d) Verduras y ensaladas.
- 16). ¿Cuáles son los problemas que causa el tabaco en boca?
- a) Manchas en los dientes, caries, halitosis, enfermedad periodontal, cáncer oral, lengua manchadas.
 - b) Dolor, diente blancos
 - c) Aliento fresco y encías rosadas
 - d) Pérdida de dientes y lengua rosada.
- 17). ¿Qué pasa si usa palillos para limpiar sus dientes ?
- a) Abrasión en cuello del diente, inflamación de la encía, infección y dolor.
 - b) Quita restos alimenticios y no inflama la encía.
 - c) Son mejores que el hilo dental.
 - d) son mejores que el cepillo dental
- 18). ¿Cuáles son los elementos correctos de higiene oral?
- a) Hilo dental, pasta dental, flúor, enjuague bucal.
 - b) Cepillo dental, pasta dental, hilo dental, enjuague bucal.
 - c) Hilo dental, fluor , bicarbonato de sodio , cepillo dental
 - d) Cepillo dental , hilo dental, enjuagatorio bicarbonato de sodio.
- 19). ¿Cuáles cree son las características indicadas de un buen cepillo?
- a) Tener cerdas duras y de varios colores.
 - b) Tener un solo color y las cerdas rectas.
 - c) Tener un mango recto y cerdas duras.
 - d) Tener cerdas suaves con puntas redondeadas.
- 20) ¿Cuál es el orden del uso de los elementos de higiene dental?
- a) Enjuague bucal, cepillado, hilo dental.
 - b) Hilo dental, enjuague bucal.
 - c) Cepillado, hilo dental, enjuague bucal.
 - d) Enjuague bucal, cepillado.

**DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIO
DE EXPERTOS**

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor : Jacinto Joaquin Vértiz Osores

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Maestría en gestión de Servicios de Salud de la UCV, en la sede Lima Norte, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Firma

Jenny Janet Hurtado Centeno

D.N.I: 09976190

Firma

Jacinto Joaquin Vértiz Osores

D.N.I: 16735482

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable: 2

Nivel de Conocimiento en salud oral

Actualmente, la aplicación de los conocimientos en la esfera de la psicología han permitido lograr mejores resultados en el aprendizaje-asimilación-motivación-acción-cambios favorables, más sistemáticos que con la educación tradicional, pues las personas aprenden mejor cuando participan en la construcción del conocimiento, es por ello que las nuevas concepciones deben ser incorporadas en la práctica odontológica de nuestros días, por lo que los profesionales de la odontología tienen que estar preparados para las demandas crecientes de orientaciones de salud por parte de personas, familias y comunidades motivadas y comprometidas por su salud bucal. El objetivo de este estudio es analizar los conocimientos sobre salud oral y nivel de higiene oral antes y después de una intervención educativa. (Dominguez,2011).

Dimensiones de la variable

Dimensión 1

Patología de la cavidad oral

Es una rama de la odontología que se encarga de la naturaleza, identificación y tratamientos de las alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandibular y órganos dentarios (comprendiendo todas las estructuras que lo conforman), así como las relaciones que estas guardan con problemas sistémicos.(Llena, 2006)

Dimension 2

Tratamientos preventivos en salud oral

Conjunto de medidas farmacológicas, higiénicas, quirúrgicas o de cualquier otro tipo, dirigidas a prevenir la aparición de una enfermedad buco dental. Dentro de los tratamientos preventivos tenemos, limpieza y pulidos de las superficies del diente, topicación con flúor, selladores de fosas y fisuras, técnicas de higiene oral. La prevención en odontología debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas odontológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo ello encaminado a la disminución del nivel de riesgos. (Domínguez, 2011).

Dimension 3

Hábitos de higiene oral

La higiene oral es un hábito muy importante para la salud los dientes de la boca y del organismo en general. La higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas. Pero, sobre todo, la higiene oral representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. (Rodríguez, 2011).

Dimensión 4

Hábitos que influyen en el estado de salud oral

Hábitos alimenticios inadecuados tenemos chupetes o tetinas endulzados , biberón endulzado para dormir, ingestión frecuente de azúcares y bebidas azucaradas, usos de pallillos, no llevar al odontólogo a su niño y en los adultos el consumo de tabaco.(Miñana 2011).

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Nivel de conocimiento sobre salud oral

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	RANGOS DE MEDICION A LA VARIABLE
Patologías de la cavidad oral	Caries	1, 2, 3, 4	Dicotomica (1) No (2) Si	(1) Bajo (0 - 7) (2) Regular (8 - 14) (3) Alto (15 - 22)
	Placa bacteriana	5		
	Enfermedad periodontal	6		
	Gingivitis	7, 8		
Tratamientos preventivos en salud oral	Sellantes	9, 10		
	Flúor	11		
Hábitos de higiene oral	Frecuencia de visita dentista	12		
	Tiempo de cepillado	13, 14		
Hábitos que influyen en el estado de salud oral	Alimentos perjudiciales	15		
	Problemas que causa el tabaco	16		
	Usos de palillos	17		
	Utilies de aseo dental	18		
	Cepillo dental	19, 20		

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Nivel de conocimiento sobre salud oral

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Patología de la cavidad oral relacionada a la mala higiene oral.							
1	¿Qué es la caries?	✓		✓		✓		
2	¿Cuáles son las consecuencias de la caries?	✓		✓		✓		
3	¿Cuáles son las causas de las caries?	✓		✓		✓		
4	¿Cuál es la forma correcta de prevenir la caries?	✓		✓		✓		
5	¿Qué es la placa bacteriana?	✓		✓		✓		
6	¿Qué es enfermedad periodontal?	✓		✓		✓		
7	¿Qué es la gingivitis?	✓		✓		✓		
8	¿Cuáles son las consecuencias de la gingivitis?	✓		✓		✓		
	Tratamientos preventivos en salud oral							
9	¿Qué son los sellantes dentales?	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿Porque es necesario los sellantes dentales?	✓		✓		✓		
11	¿Cuáles son los beneficios del flúor?	✓		✓		✓		
	Hábitos de higiene oral							
12	¿Cada que tiempo debe de llevar al odontólogo a su niño?	✓		✓		✓		
13	¿En qué momento del día debe cepillar los dientes de su niño?	✓		✓		✓		
14	¿Cuántas veces al día debe cepillar sus dientes?	✓		✓		✓		
	Hábitos que influyen en el estado de salud oral							
15	¿Cuál de los siguientes alimentos crees que es perjudicial para los dientes?	✓		✓		✓		

16	¿ Cuáles son los problemas que causa el tabaco en boca?	/	/	/	
17	¿ Qué pasa si usa palillos para limpiar sus dientes?	/	/	/	
18	¿ Cuáles son los elementos correctos de higiene oral?	/	/	/	
19	¿ Cuál cree que son las características de un buen cepillo dental?	/	/	/	
20	¿ Cuál es el orden del uso de los elementos de higiene dental?	/	/	/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Jacinto Joaquín Vértiz Osores DNI: 16735482

Especialidad del validador:..... *Metodólogo - Dr. Vidanes*

- ¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 2017.

 Firma del Experto Informante.

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor : Cesar Garay Gleibardi

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Maestría en gestión de Servicios de Salud de la UCV, en la sede Lima Norte, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magister.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa. El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Firma

Jenny Janet Hurtado Centeno

D.N.I: 09976190

Firma

Cesar Garay Gleibardi

D.N.I: 06408163

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable: 2

Nivel de Conocimiento en salud oral

Actualmente, la aplicación de los conocimientos en la esfera de la psicología han permitido lograr mejores resultados en el aprendizaje-asimilación-motivación-acción-cambios favorables, más sistemáticos que con la educación tradicional, pues las personas aprenden mejor cuando participan en la construcción del conocimiento, es por ello que las nuevas concepciones deben ser incorporadas en la práctica odontológica de nuestros días, por lo que los profesionales de la odontología tienen que estar preparados para las demandas crecientes de orientaciones de salud por parte de personas, familias y comunidades motivadas y comprometidas por su salud bucal. El objetivo de este estudio es analizar los conocimientos sobre salud oral y nivel de higiene oral antes y después de una intervención educativa. (Dominguez,2011).

Dimensiones de la variable

Dimensión 1

Patología de la cavidad oral

Es una rama de la odontología que se encarga de la naturaleza, identificación y tratamientos de las alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandibular y órganos dentarios (comprendiendo todas las estructuras que lo conforman), así como las relaciones que estas guardan con problemas sistémicos.(Llena, 2006)

Dimension 2

Tratamientos preventivos en salud oral

Conjunto de medidas farmacológicas, higiénicas, quirúrgicas o de cualquier otro tipo, dirigidas a prevenir la aparición de una enfermedad buco dental. Dentro de los tratamientos preventivos tenemos, limpieza y pulidos de las superficies del diente, topicación con flúor, selladores de fosas y fisuras, técnicas de higiene oral. La prevención en odontología debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas odontológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo ello encaminado a la disminución del nivel de riesgos. (Domínguez, 2011).

Dimension 3

Hábitos de higiene oral

La higiene oral es un hábito muy importante para la salud los dientes de la boca y del organismo en general. La higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas. Pero, sobre todo, la higiene oral representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. (Rodríguez, 2011).

Dimensión 4

Hábitos que influyen en el estado de salud oral

Hábitos alimenticios inadecuados tenemos chupetes o tetinas endulzados , biberón endulzado para dormir, ingestión frecuente de azúcares y bebidas azucaradas, usos de pallillos, no llevar al odontólogo a su niño y en los adultos el consumo de tabaco.(Miñana 2011).

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Nivel de conocimiento sobre salud oral

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	RANGOS DE MEDICION A LA VARIABLE
Patologías de la cavidad oral	Caries	1, 2, 3, 4	Dicotomica (1) No (2) Si	(1) Bajo (0 - 7) (2) Regular (8 - 14) (3) Alto (15 - 22)
	Placa bacteriana	5		
	Enfermedad periodontal	6		
	Gingivitis	7, 8		
Tratamientos preventivos en salud oral	Sellantes	9, 10		
	Flúor	11		
Hábitos de higiene oral	Frecuencia de visita dentista	12		
	Tiempo de cepillado	13, 14		
Hábitos que influyen en el estado de salud oral	Alimentos perjudiciales	15		
	Problemas que causa el tabaco	16		
	Usos de palillos	17		
	Utilies de aseo dental	18		
	Cepillo dental	19, 20		

Fuente: Elaboración propia.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Nivel de conocimiento sobre salud oral

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Patología de la cavidad oral relacionada a la mala higiene oral.							
1	¿Qué es la caries?	/		/		/		
2	¿Cuáles son las consecuencias de la caries?	/		/		/		
3	¿Cuáles son las causas de las caries?	/		/		/		
4	¿Cuál es la forma correcta de prevenir la caries?	/		/		/		
5	¿Qué es la placa bacteriana?	/		/		/		
6	¿Qué es enfermedad periodontal?	/		/		/		
7	¿Qué es la gingivitis?	/		/		/		
8	¿Cuáles son las consecuencias de la gingivitis?	/		/		/		
	Tratamientos preventivos en salud oral							
9	¿Qué son los sellantes dentales?	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿Porque es necesario los sellantes dentales?	/		/		/		
11	¿Cuáles son los beneficios del flúor?	/		/		/		
	Hábitos de higiene oral							
12	¿Cada que tiempo debe de llevar al odontólogo a su niño?	/		/		/		
13	¿En qué momento del día debe cepillar los dientes de su niño?	/		/		/		
14	¿Cuántas veces al día debe cepillar sus dientes?	/		/		/		
	Hábitos que influyen en elestado de salud oral							
15	¿Cuál de los siguientes alimentos crees que es perjudicial para los dientes?	/		/		/		

16	¿ Cuáles son los problemas que causa el tabaco en boca?	✓	✓	✓		
17	¿ Qué pasa si usa palillos para limpiar sus dientes?	✓	✓	✓		
18	¿ Cuáles son los elementos correctos de higiene oral?	✓	✓	✓		
19	¿ Cuál cree que son las características de un buen cepillo dental?	✓	✓	✓		
20	¿ Cuál es el orden del uso de los elementos de higiene dental?	✓	✓	✓		
		✓				

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. (Mg) Carray Gleibardi Cesar DNI: 06408163

Especialidad del validador: Magister de Administración

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 2017.

[Firma]
 Firma del Experto Informante.

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor : Carlos Letelier Donayre Moron

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Maestría en gestión de Servicios de Salud de la UCV, en la sede Lima Norte, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Magíster.

El título nombre de nuestro proyecto de investigación es: Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Firma

Jenny Janet Hurtado Centeno

D.N.I: 09976190

Firma

Carlos Letelier Donayre Moron

D.N.I: 71959919

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable: 2

Nivel de Conocimiento en salud oral

Actualmente, la aplicación de los conocimientos en la esfera de la psicología han permitido lograr mejores resultados en el aprendizaje-asimilación-motivación-acción-cambios favorables, más sistemáticos que con la educación tradicional, pues las personas aprenden mejor cuando participan en la construcción del conocimiento, es por ello que las nuevas concepciones deben ser incorporadas en la práctica odontológica de nuestros días, por lo que los profesionales de la odontología tienen que estar preparados para las demandas crecientes de orientaciones de salud por parte de personas, familias y comunidades motivadas y comprometidas por su salud bucal. El objetivo de este estudio es analizar los conocimientos sobre salud oral y nivel de higiene oral antes y después de una intervención educativa. (Dominguez,2011).

Dimensiones de la variable

Dimensión 1

Patología de la cavidad oral

Es una rama de la odontología que se encarga de la naturaleza, identificación y tratamientos de las alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandibular y órganos dentarios (comprendiendo todas las estructuras que lo conforman), así como las relaciones que estas guardan con problemas sistémicos.(Llena, 2006)

Dimension 2

Tratamientos preventivos en salud oral

Conjunto de medidas farmacológicas, higiénicas, quirúrgicas o de cualquier otro tipo, dirigidas a prevenir la aparición de una enfermedad buco dental. Dentro de los tratamientos preventivos tenemos, limpieza y pulidos de las superficies del diente, topicación con flúor, selladores de fosas y fisuras, técnicas de higiene oral. La prevención en odontología debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas odontológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado con la edad, el estado general y los recursos existentes, todo ello encaminado a la disminución del nivel de riesgos. (Domínguez, 2011).

Dimension 3

Hábitos de higiene oral

La higiene oral es un hábito muy importante para la salud los dientes de la boca y del organismo en general. La higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas. Pero, sobre todo, la higiene oral representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. (Rodríguez, 2011).

Dimensión 4

Hábitos que influyen en el estado de salud oral

Hábitos alimenticios inadecuados tenemos chupetes o tetinas endulzados , biberón endulzado para dormir, ingestión frecuente de azúcares y bebidas azucaradas, usos de palillos, no llevar al odontólogo a su niño y en los adultos el consumo de tabaco.(Miñana 2011).

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Nivel de conocimiento sobre salud oral

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	RANGOS DE MEDICION A LA VARIABLE
	Caries	1, 2, 3, 4		
Patologías de la cavidad oral	Placa bacteriana	5		
	Enfermedad periodontal	6		
	Gingivitis	7, 8		
Tratamientos preventivos en salud oral	Sellantes	9, 10		
	Flúor	11		
Hábitos de higiene oral	Frecuencia de visita dentista	12	Dicotomica (1) No (2) Si	(1) Bajo (0 - 7) (3) Regular (8 - 14) (3) Alto (15 - 22)
	Tiempo de cepillado	13, 14		
Hábitos que influyen en el estado de salud oral	Alimentos perjudiciales	15		
	Problemas que causa el tabaco	16		
	Usos de palillos	17		
	Utiles de aseo dental	18		
	Cepillo dental	19, 20		

Fuente: Elaboración propia.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: Nivel de conocimiento sobre salud oral

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Patología de la cavidad oral relacionada a la mala higiene oral.							
1	¿Qué es la caries?	/		/		/		
2	¿Cuáles son las consecuencias de la caries?	/		/		/		
3	¿Cuáles son las causas de las caries?	/		/		/		
4	¿Cuál es la forma correcta de prevenir la caries?	/		/		/		
5	¿Qué es la placa bacteriana?	/		/		/		
6	¿Qué es enfermedad periodontal?	/		/		/		
7	¿Qué es la gingivitis?	/		/		/		
8	¿Cuáles son las consecuencias de la gingivitis?	/		/		/		
	Tratamientos preventivos en salud oral							
9	¿Qué son los sellantes dentales?	Si	No	Si	No	Si	No	
10	¿Porque es necesario los sellantes dentales?	/		/		/		
11	¿Cuáles son los beneficios del flúor?	/		/		/		
	Hábitos de higiene oral							
12	¿Cada que tiempo debe de llevar al odontólogo a su niño?	/		/		/		
13	¿En qué momento del día debe cepillar los dientes de su niño?	/		/		/		
14	¿Cuántas veces al día debe cepillar sus dientes?	/		/		/		
	Hábitos que influyen en elestado de salud oral							
15	¿Cuál de los siguientes alimentos crees que es perjudicial para los dientes?	/		/		/		

17	¿Qué pasa si usa palillos para limpiar sus dientes?	✓	✓	✓		
18	¿Cuáles son los elementos correctos de higiene oral?	✓	✓	✓		
19	¿Cuál cree que son las características de un buen cepillo dental?	✓	✓	✓		
20	¿Cuál es el orden del uso de los elementos de higiene dental?	✓	✓	✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Carlos Letelier Donayre Moron DNI:71959919

Especialidad del validador: Mg. Gestión de servicios de Salud

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

.....de.....del 20....

Firma del Experto Informante.

Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años

Oral health knowledge and tooth brushing quality before and after an educational intervention in children aged 9 and 10

Bosch Robaina R*, Rubio Alonso M**, García Hoyos F***

RESUMEN

Introducción: La salud bucodental infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud pública. El objetivo de este estudio es analizar los conocimientos sobre salud bucodental y nivel de higiene oral antes y después de una intervención educativa.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 50 niños de 9-10 años de edad. Los escolares realizaron una encuesta sobre conocimientos acerca de la salud bucodental antes y después de la intervención educativa que consistió en tres charlas participativas en grupos de 25 niños. Se evaluó el índice de placa de O'Leary antes y después de la intervención educativa.

Resultados: En la encuesta realizada antes de la intervención el 78% contestaron que sabían en qué consiste la caries y cómo prevenirla. En cambio el 60% contestó que sólo había que acudir al dentista cuando hubiera algún problema bucal. Antes de la intervención educativa, el 80% de los niños tenían un índice de O'Leary superior al 20%. Se obtuvieron cambios significativos en cuanto a conocimientos de salud bucal así como en la calidad del cepillado después de la intervención educativa.

Conclusiones: Los conocimientos de los niños sobre salud bucodental así como la calidad del cepillado dental mejoraron significativamente después de la intervención educativa.

Palabras clave: Salud bucodental, niños, intervención educativa.

SUMMARY

Introduction: Children's oral health is an essential target for public health policies. The aim of this study is to analyze the oral health knowledge and the quality of oral hygiene before and after an educational intervention. *Material and Methods:* Primary school fifty children aged 9 and 10 were included in the study. They conducted a survey on oral health before and after an intervention including three educational workshops. Oral hygiene O'Leary index was evaluated before and after the intervention.

Results: In the survey conducted before the intervention, 78% said they knew what tooth decay was and how they could prevent it. In contrast, 60% answered that they only had to go to the dentist just when an oral problem appeared. Before the educational intervention, 80% of children had an O'Leary index above 20%.

* Estudiante de Licenciatura de Odontología. Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Europea de Madrid.

Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños

** Departamento de Especialidades Médicas. Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Europea de Madrid.

*** Departamento de Odontología. Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Europea de Madrid

After the educational intervention, significant changes were obtained for knowledge about oral health and the quality of brushing.

Conclusions: The children knowledge about oral health and the quality of tooth brushing improved significantly after the educational intervention.

Key words: Oral health, children, educational intervention..

Fecha de recepción: 28 de junio de 2010.

Aceptado para publicación: 26 de julio de 2010.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucodentales constituyen un importante problema de salud pública por su alta prevalencia y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional (1).

Muchos de los factores de riesgo que se asocian a estas enfermedades se relacionan con un inadecuado estilo de vida y unos hábitos insanos adquiridos a lo largo del tiempo (2). La Educación para la Salud fue definida por la OMS como un campo especial de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo y de la sociedad. La educación es el mecanismo más eficaz del que disponemos para generar un cambio de actitud hacia modos de vida más saludables (3, 4).

La salud bucodental infantil es un objetivo de primer orden en el contexto de las políticas de salud modernas en cualquiera de los países de nuestro entorno. El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud (5,6,7). En los países desarrollados la caries dental infantil ha disminuido en las últimas décadas. Este descenso se debe a la mejora del nivel de vida, a la implantación de programas preventivos comunitarios y a los avances en la atención odontológica (1). Aún así, en España según los datos de la Encuesta de Salud Oral

en España de 2005 a los 12 años sólo el 53 % de los niños están libres de caries (8).

La promoción de hábitos saludables, la prevención de las principales patologías bucodentales y su detección precoz mediante revisiones periódicas, constituyen un conjunto de acciones de reconocida utilidad en la salud general de los niños ya que estas patologías tienen una alta prevalencia y provocan gran morbilidad (4-8).

Los objetivos del estudio son conocer y comparar la situación sobre conocimientos en salud bucodental y el nivel de higiene oral en niños de 9-10 años, antes y después de realizar una intervención educativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio cuasiexperimental de tipo serie temporal usando el mismo grupo de escolares de cuarto de primaria, como control (antes de la intervención) y como experimental (después de la intervención).

Se obtuvo el permiso de la dirección del colegio y el consentimiento informado de la Asociación de Padres de Alumnos (A.P.A.) del colegio para la realización del estudio.

La muestra estuvo integrada por 50 niños del colegio público Los Almendros, del Ayuntamiento de

Rivas Vaciamadrid (Madrid). Se incluyeron en el estudio todos los niños de 9-10 años que cursaban 4º de primaria en dicho centro. El único criterio de exclusión fue la presencia de tratamiento con ortodoncia fija.

Primera fase

Se distribuyó una encuesta sobre conocimientos de salud bucodental. Para la elaboración de la encuesta consultamos distintos modelos de encuestas sobre salud realizadas en España (6,9,10). Se incluyeron las siguientes variables:

- Sexo.
- Frecuencia de visitas al dentista.
- Número de cepillados al día.
- Aprendizaje de cepillado.
- Conocimiento sobre caries dental y prevención.
- Uso de enjuague bucal e importancia.
- Uso de seda dental e importancia.
- Cuidado de las encías.
- Relación entre consumo de dulces y salud bucal.
- Importancia de higiene bucal
- Necesidad de conocimientos sobre higiene bucal.

Posterior a la recogida de datos, se procedió a la evaluación cuantitativa de la higiene bucal tras cepillado dental de los escolares. Esta evaluación se realizó aplicando el índice de O'Leary (11,12). En la determinación de este índice se utilizaron pastillas reveladoras de placa (Plac Dent®).

Se siguió el siguiente procedimiento:

- Se indicó a los escolares que realizasen el cepillado dental tal y como lo realizaban habitualmente. Para ello se les proporcionó a todos el mismo modelo de cepillo dental infantil y dentífrico con flúor.
- Se les administró una pastilla reveladora y se les indicó que la masticaran y distribuyeran de forma homogénea por todas las superficies dentales.
- Con ayuda del depresor lingual y luz natural se comprobaron las superficies de los dientes que se habían coloreado con la sustancia reveladora y se registró en el diagrama del formulario.
- Se calculó el porcentaje de superficies teñidas respecto al total de superficies examinadas.

Los resultados del índice fueron clasificados de la siguiente forma:

- De 0 a 20%: bien.
- Del 21% al 30 %: regular.
- Más del 30 %: mal.

Se recogieron los datos del total de los niños que participaron en el estudio así como el valor del índice de O'Leary de cada escolar. Se analizaron los resultados obtenidos.

Segunda fase

Dos semanas después de la primera recogida de datos se procedió a realizar la intervención educativa sobre salud bucodental. Se realizaron tres charlas educativas de unos 25 minutos de duración cada una, en las que se utilizó material audiovisual adaptado a la edad de los niños.

Las charlas educativas impartidas a los escolares se realizaron en dos grupos de 25 niños cada uno. En las mismas se tocaron temas generales sobre la boca, sus estructuras y funciones. Posteriormente se mostraron algunas de las enfermedades que pueden afectar la boca (caries y gingivitis) y se explicaron conceptos básicos sobre su patogenia y evolución. Asimismo se explicó a los escolares como prevenir esas enfermedades y los medios para hacerlo (cepillado dental, seda dental y colutorios). Se realizaron actividades prácticas (demostración de técnica de cepillado con tipodonto y juegos de preguntas y respuestas) en cada actividad.

Tercera fase

Una semana después de la intervención educativa se procedió a la aplicación de una segunda encuesta. Se recogieron las mismas variables que en la encuesta de la primera fase.

Posteriormente se volvió a medir el índice de O'Leary tras el cepillado dental. Se les indicó a los escolares que tuvieran en cuenta lo aprendido durante la intervención.

Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños
en las respuestas a la primera encuesta se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson. Para comparar los resultados obtenidos en la 1ª y 2ª encuesta se utilizó la prueba de McNemar y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Se consideraron estadísticamente significativos valores de p menores de 0,05.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 escolares de los cuales 31 (62%) eran varones. En la encuesta realizada en la primera fase encontramos los siguientes resultados: 39 escolares (78%) contestaron que conocían qué consiste la caries y también 39 (78%) pensaban que se podía prevenir. El 76% de los niños contestaron que habían sido sus padres los que les habían enseñado a cepillarse los dientes, mientras que el 24% restante contestaron que les había enseñado el odontólogo. En cuanto a la frecuencia de visitas al odontólogo el 60% (30 escolares) contestaron que había que acudir cuando se presentara algún problema en la boca y el resto (20 escolares) que había que acudir al menos una vez al año.

El 82% (41 niños) contestó que comer dulces se relacionaba con problemas en los dientes, 7 (14%) contestaron que no había ninguna relación, uno contestó que eran buenos para los dientes y uno de los encuestados no contestó a la pregunta. En cuanto al sangrado de encías el 64% (32 niños) contestaron que indicaba que las encías estaban enfermas mientras que el 36% restante contestó que era algo normal. El 50% de los niños contestaron que convenía cepillarse los dientes 2 veces al día, el 28% (14 niños) contestaron 3 o más veces y el 22% (11 niños) una sola vez al día. En cuanto al uso de seda dental y colutorio contestaron que sí convenía usarlos el 30% (15 niños) y el 76% de los niños respectivamente.

El 84% de los encuestados contestaron que consideran la higiene oral algo muy importante y el 16%, importante. A la pregunta *¿Te gustaría aprender a cuidar mejor tus dientes?*, el 94% (47 niños) contestaron que sí.

Los resultados de la evaluación de la higiene oral mediante pastillas reveladoras fueron los siguientes:

Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños la mediana de puntuación (índice de O'Leary) fue 32% con un rango entre 6% y 48%. Diez niños obtuvieron una puntuación entre 0 y 20%, (bien) 10 niños una puntuación entre 21 y 30% (regular) y 30 niños una puntuación mayor de 30% (mal).

Realizamos una comparación de los resultados obtenidos en niños y niñas y encontramos diferencias estadísticamente significativas en dos de las variables recogidas en la encuesta: el 63,2% de las niñas contestaron que convenía ir al dentista al menos una vez al año, frente a un 25,8% de niños ($p=0,009$). De las niñas el 52,6% contestaron que debían cepillarse los dientes 3 veces al día y el 47,4% dos veces. De los niños el 12,9% contestó tres veces al día, el 51,6% dos veces y el 22% contestó una sola vez al día ($p=0,001$).

El análisis comparativo de los datos obtenidos en las encuestas antes y después de la intervención educativa se muestra en las tablas 1 y 2.

Las diferencias en los resultados del índice de O'Leary clasificados en "bien" (puntuación entre 0 y 20%), "regular" (entre 21 y 30%) y "mal" (más de 30%) se muestran en la tabla 3. Observamos una diferencia estadísticamente significativa en los resultados obtenidos antes y después de la intervención educativa.

DISCUSIÓN

Existen varios estudios publicados con objetivos similares al realizado por nosotros (13-17). En 2005 se publicó un estudio muy similar realizado en Madrid (14). En este estudio, al igual que en los antes mencionados, obtuvieron resultados que confirman la utilidad de una intervención educativa en escolares.

En el presente estudio se observó que la mayoría de los escolares tenían conocimientos básicos sobre educación bucodental. Antes de la intervención educativa, el 78% afirmaban saber en qué consiste la caries dental y también el 78% pensaba que se podía prevenir. Asimismo el 82% asociaba la ingesta de dulces con caries. Estos resultados

difieren de otros estudios en los que se observa un nivel de conoci-

TABLA 1.- CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE SALUD BUCODENTAL. RESPUESTAS DE LOS ESCOLARES ANTES (ENCUESTA 1) Y DESPUÉS (ENCUESTA 2) DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA			
	Encuesta		<i>P</i>
	1 N (%)	2 N (%)	
Conocimiento caries¹			0,02
• Sí	39 (78%)	48 (96%)	
• No	11 (22%)	2 (4%)	
Prevención caries²			0,02
• Sí	39 (78%)	48 (96%)	
• No	11 (22%)	2 (4%)	
Frecuencia asistencia odontológica³			<0,001
• Cuando haya algún problema	30 (60%)	6 (12%)	
• Al menos 1 vez/año	20 (40%)	44 (88%)	
Relación dulces-salud oral⁴			<0,001
• Producen problemas	41 (82%)	49 (98%)	
• No hay relación	7 (14%)	1 (2%)	
• Son buenos	1 (2%)	0	
Sangrado de encías⁵			<0,001
• Indica que están enfermas	32 (64%)	48 (96%)	
• Es normal	18 (36%)	2 (4%)	

TABLA 2.- CONOCIMIENTOS SOBRE HÁBITOS HIGIÉNICOS E IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCODENTAL. RESPUESTAS DE LOS ESCOLARES ANTES (ENCUESTA 1) Y DESPUÉS (ENCUESTA 2) DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA			
	Encuesta		<i>P</i>
	1 N (%)	2 N (%)	
Nº cepillados/día¹			<0,001
• 1 vez	11 (22%)	4 (8%)	
• 2 veces	25 (50%)	6 (12%)	
• 3 o más	14 (28%)	40 (80%)	
Seda dental²			
• Sí	15 (30%)	50 (100%)	
• No	35 (70%)	0	
Colutorio³			
• Sí	38 (76%)	50 (100%)	
• No	12 (24%)	0	
Importancia higiene⁴			
• Muy importante	42 (84%)	46 (92%)	
• Importante	8 (16%)	4 (8%)	
• Poco importante	0	0	
Aprender más⁵			0,62
• Sí	47 (94%)	49 (98%)	
• No	3 (6%)	1 (2%)	

⁵ Si te sangran las encías al cepillarte ¿por qué crees que puede ser?

mientos inferior antes de las intervenciones educativas (14,15,17).

En cuanto a la relación entre género de los escolares y algunas de las variables estudiadas nuestros resultados reflejan que hay un porcentaje mayor de niñas

¹ ¿Sabes qué es la caries dental?

² ¿Crees que la caries se puede evitar?

³ ¿Cuándo crees que debes ir al dentista?

⁴ ¿Qué tiene que ver comer dulces con la salud de la boca?

Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños

- ¹ ¿Cuántas veces hay que cepillarse los dientes al día?
- ² ¿Hay que utilizar la seda dental para la limpieza de los dientes?
- ³ ¿Hay que utilizar algún Colutorio?
- ⁴ ¿Qué importancia le darías a mantener una buena higiene de la boca y mantener tus dientes sanos?
- ⁵ ¿Te gustaría aprender más sobre cómo cuidar tus dientes?

TABLA 3.-RESULTADOS DEL ÍNDICE DE O'LEARY ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

	Antes N (%)	Después s N	<i>p</i>
Bien	10 (20%)	24 (48%)	0,001
Regular	10 (20%)	16 (32%)	
Mal	30 (60%)	10 (20%)	

Bien: índice de O'Leary hasta 20%

Regular: de 21% a 30%

Mal: superior a 30%

queden niños que contestan que hay que acudir al menos una vez al año al odontólogo y que hay un número significativamente mayor de niñas que contestan que hay que cepillarse los dientes 2 ó 3 veces al día. Estos resultados coinciden con los de otros estudios publicados (14,16,17).

La mayoría de los niños (76%) contestaron que habrían sido sus padres lo que les habían enseñado a cepillarse los dientes. Puesto que los resultados en la evaluación de la higiene oral mediante pastillas reveladoras de placa, no fueron muy buenos (40 niños de los 50 estudiados obtuvieron un índice mayor del 20%), esto nos hace pensar que probablemente los padres no dispongan de la información ni los medios adecuados para enseñar una técnica correcta y eficiente de cepillado a los niños. Esto invitaría a analizar en próximos estudios el conocimiento de los padres sobre salud bucal y cómo transmiten estos conocimientos a sus hijos. En nuestro caso se ofreció la posibilidad de brindar instrucción a los padres tutores pero no fue aceptada por su parte.

Un aspecto importante, y que ninguno de los estudios revisados incluyó dentro de su cuestionario, es la motivación de los niños por los conocimientos de salud bucodental. En nuestro estudio incluimos una pregunta sobre la importancia que le otorgaban a la salud bucodental (el 84% en la 1ª encuesta y el 92% en la 2ª, contestó que era muy importante) y una pregunta sobre su motivación para aprender sobre este tema (el 94% en la 1ª encuesta y el 98% en la 2ª contestaron que querían aprender más). Este resultado muestra una preocupación de los escolares por su salud bucal y una gran motivación para aprender, antes y después de la intervención educativa, por lo que sería conveniente recomendar un fomento de actividades educativas como forma de inculcar conocimientos básicos que unos niños de esta edad deberían tener adquiridos.

En cuanto a la evaluación cuantitativa de la calidad del cepillado nuestro estudio coincide con los resultados obtenidos por otros investigadores (13,15-20) que confirman la utilidad de una intervención educativa al mostrar una evolución estadísticamente significativa en cuanto a la mejora de la calidad del cepillado en los escolares.

Es importante reseñar que la actitud receptiva y la atención mostrada por los escolares fueron muy satisfactorias lo cual constituyó un aspecto determinante en los resultados obtenidos. Además, la respuesta de los profesores en todo momento sobrepasó nuestras expectativas iniciales, lo cual contribuyó sobremanera a la calidad de la intervención.

Finalmente, observando los resultados obtenidos, resaltamos la importancia de este tipo de intervenciones educativas en estas edades y proponemos que se incluyan dentro de la programación escolar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gestal JJ, Smyth E, Cuenca E, Montes A. Epidemiología y prevención de las enfermedades de la cavidad oral: caries dental, periodontopatías y cáncer. En: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier Masson: Barcelona; 2008.
2. Domínguez Rojas V, Astasio Arbiza P, Ortega Molina P, Gordillo Florencio E, García Núñez JA, Bascones Martínez A. Analysis of several risks factors involved in dental caries through multiple logistic regression. International Dental Journal, 1993;43:149-56.
3. Salleras L, Fuentes M, Prat Marín A, Garrido P. Educación sanitaria. Conceptos y métodos. En: Piédrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. Elsevier Masson: Barcelona; 2008.
4. Rioboo García R. Educación para la Salud Bucodental. Avances. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. Madrid, 2002:1321-41.
5. Junta de Extremadura. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública. Programa de Salud Bucodental. Badajoz 1998.
6. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Estudio Epidemiológico de la Salud Bucodental infantil en la Comunidad Autónoma Vasca, 1990.

7. Boletín Oficial del Estado. Disposiciones Gene- rales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Num. 243. Secc. 1. Pág. 84823. 2009.
8. Bravo-Pérez M, Casals-Peidró E, Cortés- Martinicorena FJ, Llodra-Calvo JC, Álvarez-Are- nas Pardina I, Hermo-Señariz P et al. Encuesta de Salud Oral en España 2005. RCOE [revista en la Internet]. 2006[citado 2010 Jun 17];11(4):409-56. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000400002& Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000400002&Ing=es)
9. Biglino I, Coronado A, Gil E, Gil J, Prieto A, Re- gidor E (1994). Encuesta Nacional de Salud 1993. Rev San Hig Pública. 1994;68:121-78.
10. López Bermejo MA, Samara Shukeir G, Reyes Serrano, Oteo Muñoz C, Cerón Vivancos J. En- cuesta sobre Hábitos, Actitudes y Conocimien- tos sobre Higiene Oral en Niños de 6-7 Años de Edad de la CAM. Odontol Pediatr. 2002;10:9-20.
11. O' Leary T, Drake R, Naylor. The plaque control record. J Periodontol 1972;43(1):38-9.
12. BL Butler, O Morejón and SB Low. An accurate, time-efficient method to assess plaque accumulation. J Am Dent Assoc 1996;127;1763-6.
13. López Bermejo M.A, González Sanz A, Cerón Vivancos J, Moranz M. Estudio piloto de un pro- grama preventivo bucodental para la población escolar de Madrid. Rev Esp Estomatol 1988;4: 279-90.
14. Caldés Ruisánchez S, Cea Sánchez N, Crespo Aliseda P, Díez Nicolás V, Espino García A, Galán Arévalo S, Albaladejo Vicente R, Domínguez Rojas V. ¿Una intervención educativa en niños de 12 años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco dental? Av. Odontostomatol 2005;21(3):149-57.
15. z Ariza S. Promoción y prevención es salud bucal en docentes y escolares de una es- cuela de Medellín. Revista Colombiana de Inves- tigación en Odontología 2009;1(1):46-57.
16. Agreda et al. Presencia de placa dental en alum- nos de quinto grado de la Escuela Básica "Eloy paredes". MedULA 2008;17(2):95-9.
17. Crespo Mafrán, MI, Riesgo Cosme MC, Laffita Lobaina Y, Rodríguez Hung AM, Copello Torres A. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". MEDISAN 2010;14(1):232.
18. Livny A, Vered Y, Slouk L, Sgan-Cohen HD. Oral health promotion for schoolchildren – evaluation of a pragmatic approach with emphasis on improving brushing skills. BMC Oral Health 2008, 8:4doi:10.1186/1472-6831-8-4 <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/4>.
19. García Álvarez OL, Sexto Delgado NM, Moya Padilla N, López Fernández R. Intervención edu-

Conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños

cativa para el desarrollo de conocimientos sobre salud bucal en la enseñanza primaria. Medisur: Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2008;6(2):20-4.

20. Julien MG. The effect of behaviour modification techniques on oral hygiene and gingival health of 10-year-old Canadian Children. *Int J Paediatr Dent*, 1994;4(1):3-11.

CORRESPONDENCIA

Margarita Rubio Alonso

Departamento de Especialidades Médicas. Facultad de Ciencias Biomédicas.

Universidad Europea de Madrid. Tajo, s/n. Urbanización El Bosque Villaviciosa de Odón. 28670 Madrid. e-mail: margarita.rubio@uem.es

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Jacinto Joaquín Vértiz Osores, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **"Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017"** del estudiante **Jenny Janet Hurtado Centeno**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 24% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 14 de Febrero el 2018



Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores

DNI: 16735482



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la posta Santiago Apóstol, Comas 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Bri. Hurtado Centeno, Jenny Janet

ASESOR:

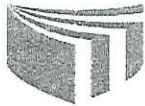
Resumen de coincidencias

24 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

- Coincidencias**
- 1 Entregado a Universida... Trabajo del estudiante 11 % >
 - 2 repository.us.edu.pe Fuente de Internet 2 % >
 - 3 www.tesis.uchile.cl Fuente de Internet 1 % >
 - 4 tesis.usat.edu.pe Fuente de Internet 1 % >
 - 5 dispace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet 1 % >
 - 6 proyectofundacionpos... Fuente de Internet 1 % >
 - 7 www.odontoturizus.co... Fuente de Internet 1 % >
 - 8 www.alberia.org Fuente de Internet 1 % >
 - 9 German Aranzábal-Alle... Publicación <1 % >



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Hurtado Centeno Jenny Janet
D.N.I. : 09976190
Domicilio : Jr. Mariscal Sucre # 248
Teléfono : Fijo : Móvil 995054057
E-mail : Jenny.Janet@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[] Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

[] Tesis de Posgrado

[] Maestría

[] Doctorado

Grado : Maestra
Mención : Gestión de los Servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Hurtado Centeno Jenny Janet

Título de la tesis:

Efecto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento sobre salud oral en odontología en los pacientes de la polí...
San Juan Apuríac como 2017.

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : Jenny Janet

Fecha : 27/9/18



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Escuela de Posgrado

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Hurtado Centeno Jenny Janet

INFORME TITULADO:

Efecto de una estrategia Educativa en el nivel

de conocimiento sobre Salud oral en odontología en los pacientes
de la posta Santiago Apóstol como 2017

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestra en Gestión de Servicios de la Salud

SUSTENTADO EN FECHA: 22-12-2017

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por mayoría



FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Willian Sebastian Flores Sotelo
Docente Investigador de Posgrado
CEL N° 09426