



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA



**INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE
HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
TAPARACHI, JULIACA 2021**

**TESIS PRESENTADA POR:
CYNTHIA BAYLON CRUZ**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

JULIACA – PERÚ
2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE
HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD
TAPARACHI, JULIACA 2021


TESIS PRESENTADA POR:
CYNTHIA BAYLON CRUZ

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN SALUD PÚBLICA
APROBADA POR:

PRESIDENTE DE JURADO : 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

MIEMBRO DEL JURADO : 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

MIEMBRO DEL JURADO : 
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

ASESOR DE TESIS : 
Dra. SÓNIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA – P65



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 173-2024-D-EPG-UANCV/J

Juliaca, 08 de abril del 2024

VISTOS:

El expediente N° 2024-05147 presentado por el (a) Mgtr. **BAYLON CRUZ CYNTHIA**, con número de DNI. **40570813** y con número de matrícula **29169003**, del **DOCTORADO** en **SALUD PÚBLICA**, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Mgtr. **BAYLON CRUZ CYNTHIA**, con número de DNI. **40570813**, asignado (a) con número de matrícula **29169003**, del **DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado, ha solicitado fecha, hora y modalidad de sustentación, de la Tesis titulada: **INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021** La misma que pertenece a la Línea de Investigación: **SALUD PÚBLICA - P65** y;

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el 27 de junio del 2023. Establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento para la Obtención del Grado Académico de Magíster/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo de investigación original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR EXPEDITO para la Sustentación de la Tesis titulado: **INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021** Elaborado por el (la) Mgtr. **BAYLON CRUZ CYNTHIA**. Integrado por los siguientes docentes:

Presidente del Jurado : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Miembro del Jurado : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
Miembro del Jurado : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
Asesor de Tesis : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ARTÍCULO SEGUNDO. - El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

Fecha : Martes 16 de julio del 2024
Hora : 09:00 a.m.
Lugar : Aula N° 310 EPG – UANCV–JULIACA

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Doctorado con el grado de **DOCTOR** aprobado en la ley Universitaria N° **30220**.

ARTÍCULO TERCERO. - Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
 ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari
 DIRECTOR (e)

Cc/Archiv:EPG (01)
 Interesado (01)
 Cargo (01)
 Jurados (03)
 Asesor (01)
 Expediente (01)
 LWCC/Insv



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°0577-2024-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 31 de Mayo del 2024

VISTOS:

El expediente N°. **06491**, Presentado por el (a) **Mgtr. CYNTHIA BAYLON CRUZ**, con número de DNI **40570813** y con Código de matrícula N.º**29169003**, quien solicita cambio del primer miembro, segundo miembro del jurado y asesor de Tesis titulado: **INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL INDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021** Líneas de Investigación: **SALUD PÚBLICA – P65**, Para optar el Grado Académico de **DOCTOR** en **SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) **Mgtr. CYNTHIA BAYLON CRUZ**, quien solicita cambio del primer miembro, segundo miembro y asesor, aprobado con Resolución Directoral N° **961-2021-USA-EPG/UANCV**, de fecha **07 de Agosto del 2021**, en el que se le asignó como primer miembro a la Dra. Edith Cari Checa, segundo miembro a la Dra. Gladys Maruja Torres Condori, asesor a la Dra. Elsa Pizarro Merma, las mismas que se cambia por indisponibilidad de tiempo.

Que, el referido Dictamen de Tesis fue aprobado por los jurados el 28 de Junio del 2021, registrado en el Folio N° 594 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Maestría, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- ACEPTAR EL CAMBIO DEL PRIMER MIEMBRO, SEGUNDO MIEMBRO DEL JURADO Y ASESOR, para su revisión de la Tesis titulada: **INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL INDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021** presentado por el (a) **Mgtr. CYNTHIA BAYLON CRUZ**, conformado por los siguientes docentes:

Presidente	: Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Primer Miembro	: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
Segundo Miembro	: Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA
Asesor	: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ-TAPIA

SEGUNDO- AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de **DOCTOR** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez.

TERCERO.- ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
Dra. Leopolda Wenceslao Condori Cari
DIRECTOR (e)

Cc: CARGO (01)
ARCHIVO EPG - 2024 - (01)
INTERESADO (01)
LWCD@VRCH



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 961 - 2021-USA-EPG/UANCV

Juliaca, 2021 Agosto 07.

VISTOS:

El Registro N° 594 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Tesis del DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA del Jurado revisor del Proyecto de Tesis: INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL INDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021. Línea de Investigación: SALUD PÚBLICA - P65. Presentado por el (a) Mgtr. BAYLON CRUZ CYNTHIA, con número de DNI. 40570813 y con Código N° 29169003, para optar el Grado Académico de DOCTOR EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Sede Central de JULIACA.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Mgtr. BAYLON CRUZ CYNTHIA, para optar el Grado Académico de DOCTOR EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado ha presentado el Dictamen de Proyecto de Investigación de Tesis de Doctorado: INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL INDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021. Línea de Investigación: SALUD PÚBLICA - P65. Presentado por el (a) Mgtr. BAYLON CRUZ CYNTHIA, para ser registrada en el Libro de Actas de Proyectos de Tesis.

Que, el referido Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el 28 de Junio del 2021, se ha registrado en el Folio N° 594 del Libro de Registro de Proyectos de Investigación de Doctorados, establece que se encuentra apto para ser desarrollado a lo establecido en el reglamento de Grado de Investigación conducente al Grado Académico de Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Reglamento General de la escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad y de alto valor científico.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO. - APROBAR el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS DE DOCTORADO, Titulado INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL INDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021. Línea de Investigación: SALUD PÚBLICA - P65. Presentado por el (a) Mgtr. BAYLON CRUZ CYNTHIA, con número de DNI. 40570813 y con Código N° 29169003, para optar el Grado Académico de DOCTOR EN SALUD PÚBLICA, y Siendo Asesorado por el (a) Dra. ELSA PIZARRO MERMA, y según Acta de Sorteo, la terna de Jurados son los siguientes docentes:

- Presidente : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- Primer Miembro : Dra. EDITH CARI CHECA
- Segundo Miembro : Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

SEGUNDO. - AUTORIZAR el desarrollo de Tesis, de acuerdo al Reglamento de Investigación conducente al Grado Académico de DOCTOR de la Escuela de Posgrado.

TERCERO. - ELEVAR al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento, así como a la Oficina de Economía, para cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

Cc:/CARGO (01)
 ARCHIVO EPG - 2021 (01)
 INTERESADO (01)
 FCOPEJ/gcc

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
 ESCUELA DE POSGRADO

 Dr. Felix C. Oshatoma Peravicino
 DIRECTOR (*)

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
 ESCUELA DE POSGRADO

 Mgtr. LUIS CHAYNA AGUILAR
 SECRETARIO ACADÉMICO



INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	mail.polodelconocimiento.com Fuente de Internet	11%
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	2%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	tesis.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	polodelconocimiento.com Fuente de Internet	1%
8	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1%



Título de la Tesis	
INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	CYNTHIA BAYLON CRUZ
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40570813
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-5702-2277
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592
Datos de investigación	
Línea de investigación	Salud Pública – P61
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p align="center">ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA</p> <p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Coordenadas: Latitud: -15.516692785623775 Longitud: -70.12540054456821</p> <p>https://maps.app.goo.gl/2Zfovbp5ZuaVcUPi7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio del 2021 – Julio del 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Salud pública, Salud ambiental https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p> <p>Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14</p> <p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>



 UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO
 VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
 Dr. Segundo Ortiz Cansoya
 DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN - IRO

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo CYNTHIA BAYLON CRUZ, identificado con DNI
Nro. 40570813 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico
denominada:

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE
HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021.

Asesorado por: Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 04 de OCTUBRE del 2024

Fernandez.T

FIRMA DEL ASESOR (obligatoria)

Baylon Cruz

FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios.

*A mi familia, quienes son lo más valioso de mi
vida.*



AGRADECIMIENTO

*A los pacientes por su colaboración y demás
personas que participaron en la investigación.*



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ABREVIATURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
RESUMO	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1.Problema general.....	4
1.2.2.Problemas específicos.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN (TEÓRICA, PRACTICA Y METODOLOGÍA)	5
1.4. OBJETIVOS	9
1.4.1.Objetivo general.....	9
1.4.2.Objetivos específicos	9
1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.....	10
1.7. HIPÓTESIS	11
1.7.1.Hipótesis general	11
1.7.2.Hipótesis específicas	11
1.8. VARIABLES E INDICADORES.....	12
1.8.1.Conceptualización de variables.....	12
1.8.2.Operacionalización de las variables	13



**CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO 14
 2.1.1. A nivel internacional 14
 2.1.2. A nivel nacional 22
2.2. BASES TEÓRICAS 28
 2.2.1. Intervención educativa 28
 2.2.2 Índice de higiene oral simplificado 33
 2.2.3 Edad 45
2.3. MARCO CONCEPTUAL 46

**CAPÍTULO III
MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

3.1. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN 47
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 48
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN..... 48
3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 48
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA 48
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN... 52
 3.6.1. Técnicas de la investigación 52
 3.6.2. Instrumentos de la investigación 52
3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN..... 54
 3.7.1. Validación de los instrumentos 54
 3.7.2. Confiabilidad de los instrumentos 54
3.8. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS 55

**CAPÍTULO IV
RESULTADOS**

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS . 58
4.2. PROCESO DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS..... 77



4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	88
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÉNDICES	
ANEXOS	



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	PROCESO DE UNA SESIÓN EDUCATIVA.....	32
Tabla 2.	COMPONENTES DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO.....	43
Tabla 3.	CRITERIOS.....	44
Tabla 4.	EFICACIA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO.....	59
Tabla 5.	NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.....	61
Tabla 6.	EDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL PRE TEST GRUPO EXPERIMENTAL	64
Tabla 7.	EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL POST TEST GRUPO EXPERIMENTAL	66
Tabla 8.	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.	68
Tabla 9.	EDAD Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO PRE TEST GRUPO EXPERIMENTAL.....	71
Tabla 10.	EDAD Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO POST TEST GRUPO EXPERIMENTAL.	73
Tabla 11.	DIFERENCIA ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA SALUD BUCAL Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO.	75



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	EDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL PRE TEST GRUPO EXPERIMENTAL	64
Figura 2.	EDAD Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL POST TEST GRUPO EXPERIMENTAL	66
Figura 3.	EDAD Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL PRE TEST GRUPO EXPERIMENTAL	71
Figura 4.	EDAD Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL POST TEST GRUPO EXPERIMENTAL	73



ABREVIATURAS

IHOS: Índice de higiene oral simplificado.

OMS: Organización Mundial De La Salud.

MINSA: Ministerio de salud.



RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar la eficacia de una intervención educativa sobre el índice de higiene oral simplificado en pacientes de entre 18 y 45 años en el establecimiento de salud Taparachi; se evaluó la eficacia de la intervención, el nivel de conocimiento en salud bucal y el índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillion. Materiales y método: Se aplicó un diseño experimental cuantitativo, existiendo un grupo control y otro experimental, cuestionarios pre test y post test, la muestra fue de 44 participantes 22 para cada grupo, se realizó una evaluación inicial y otra después de 30 días. Resultados en el grupo experimental la eficacia de la intervención fue de 4.5% a 63.6% adecuado, de 50% a 31.8% aceptable y de 45.5% a 4.5% deficiente. En el nivel de conocimiento, en el grupo experimental tuvo una media de 11.36 en el pretest y alcanzó 18 en el post test. Este aumento correspondió a una mejora promedio del 33.3% en el grupo experimental. Conclusión la Intervención educativa demostró ser significativamente eficaz en mejorar el índice de higiene oral y también en el nivel de conocimiento, este resultado se validó mediante análisis estadístico, con una significancia de 0.002, respaldando la hipótesis inicial. Por lo tanto, se confirma la efectividad de la intervención educativa implementada en pacientes de 18 a 45 años en el centro de salud Taparachi.

Palabras clave: Caries dental, gingivitis, técnicas higiene, índice de higiene oral simplificado.



ABSTRACT

The objective of the research was to evaluate the effectiveness of an educational intervention on the simplified oral hygiene index in patients between 18 and 45 years old at the Taparachi health facility. The effectiveness of the intervention, the level of oral health knowledge and the Greene and Vermillion simplified oral hygiene index were examined. Materials and method: A quantitative experimental design was used, with a control group and an experimental group, pre-test and post-test questionnaires, the sample was 44 participants, 22 for each group, an initial evaluation was carried out and another after 30 days. Results in the experimental group, the effectiveness of the intervention was from 4.5% to 63.6% adequate, from 50% to 31.8% acceptable and from 45.5% to 4.5% deficient. At the level of knowledge, the experimental group had an average of 11.36 in the pretest and reached 18 in the posttest. This increase corresponded to an average improvement of 33.3% in the experimental group. Conclusion The educational intervention proved to be significantly effective in improving the oral hygiene index and also in the level of knowledge. This result was validated through statistical analysis, with a significance of 0.002, supporting the initial hypothesis. Therefore, the effectiveness of the educational intervention implemented in patients aged 18 to 45 years at the Taparachi health center is confirmed.

Keywords: Dental caries, gingivitis, hygiene techniques, simplified oral hygiene index.



RESUMO

O objetivo da pesquisa foi avaliar a eficácia de uma intervenção educativa sobre o índice simplificado de higiene bucal em pacientes entre 18 e 45 anos do serviço de saúde Taparachi. Foram examinados a eficácia da intervenção, o nível de conhecimento sobre saúde bucal e o índice simplificado de higiene bucal de Greene e Vermillion. Materiais e método: Foi utilizado um desenho experimental quantitativo, com grupo controle e grupo experimental, questionários pré-teste e pós-teste, a amostra foi de 44 participantes, 22 para cada grupo, foi realizada uma avaliação inicial e outra após 30 dias. Resultados no grupo experimental, a efetividade da intervenção foi de 4,5% a 63,6% adequada, de 50% a 31,8% aceitável e de 45,5% a 4,5% deficiente. Ao nível do conhecimento, o grupo experimental teve média de 11,36 no pré-teste e atingiu 18 no pós-teste. Este aumento correspondeu a uma melhoria média de 33,3% no grupo experimental. Conclusão A intervenção educativa mostrou-se significativamente eficaz na melhoria do índice de higiene oral e também no nível de conhecimento. Este resultado foi validado através de análise estatística, com significância de 0,002, apoiando a hipótese inicial. Portanto, confirma-se a eficácia da intervenção educativa implementada em pacientes de 18 a 45 anos no centro de saúde Taparachi.

Palavras-chave: Cárie dentária, gengivite, técnicas de higiene, índice simplificado de higiene oral.



INTRODUCCIÓN

La existencia de patologías en la cavidad bucal ha sido frecuente durante muchos años. Entre ellas, se destaca la presencia de placa bacteriana, que con el tiempo puede llevar al desarrollo de periodontopatías. Como es de conocimiento de la población estas condiciones son evitables y prevenibles mediante una cultura adecuada de la salud bucal, junto con las medidas preventivas establecidas para evitar su aparición. Ello también implica la implementación de estrategias e intervenciones educativas en los diferentes sectores públicos y privados que brindan la atención odontológica a la población.

Los comportamientos en los que se involucran las personas que tienen un impacto en su salud bucal se refieren al conocimiento que poseen como a la práctica en su higiene bucal, por lo que incluyen comportamientos que contribuyen a la mejora de la higiene bucal, una dieta sana y ser físicamente activo, así como evitar comportamientos que aumentan el riesgo de gingivitis en un individuo, como fumar, el consumo excesivo de alcohol, bebidas colorantes, principalmente la poca higiene después de consumir alimentos cariogénicos, etc.(Carrión, 2022).

En muchos países, sus políticas públicas están en beneficio de la población, orientadas a cuidar la salud estomatológica, mencionar que en la cavidad bucal se realiza la formación del bolo alimenticio, para que pueda ser absorbida por el organismo, y este pueda desarrollar defensas adecuadas contra cualquier enfermedad (Lazo, 2015). Según estudios de la OMS, la enfermedad periodontal es una de las aflicciones más habituales a nivel mundial. Sin embargo, su prevención es posible mediante prácticas adecuadas de higiene bucal, que muchas personas no siguen debido a la falta de conocimiento.



Además, el consumo excesivo de tabaco y alcohol agrava significativamente la situación (Ruíz et al., 2019).

Es fundamental tener en cuenta que no todas las personas poseen los recursos ni las oportunidades necesarias para tomar acciones y determinación que sean en beneficio de su salud (Palomino et al., 2022). Algunos grupos demográficos y comunidades han sido marginados como resultado de políticas y programas que se han implementado y, como resultado, no tienen acceso a los apoyos y recursos esenciales (Cantarutti et al., 2019). Para abordar los comportamientos de salud bucal, es necesario implementar estrategias que animen a las personas a participar en comportamientos saludables. Además, es necesario garantizar que las personas tengan acceso a alimentos nutritivos, espacios seguros en los que realizar actividad física y apoyos que les ayuden a tomar decisiones saludables (Rodríguez et al., 2021).

Adoptar y practicar una adecuada higiene oral y dental puede contribuir a preservar los dientes a medida que envejecemos (García, 2021). Se ha comprobado que fomentar prácticas saludables de higiene dental y promover hábitos alimenticios adecuados desde la primera infancia son fundamentales para lograr y mantener un bienestar físico y emocional integral a lo largo de toda nuestra vida (Pacheco & Cartes, 2020).

Su salud bucal puede tener repercusión en su salud física, así como en su salud mental y emocional debido a que puede influir en su apariencia, relaciones interpersonales, alimentación, nutrición y habla (Ysla et al., 2020). Además, una enfermedad que se manifiesta en la boca tiene la posibilidad de extenderse a diferentes zonas del cuerpo (Santamaria, 2017).



Una boca saludable es primordial y es necesario que la población en general sea más consciente de la necesidad de promover y mantener una buena salud dental. Visitando a su dentista regularmente puede decirle mucho sobre su salud general, incluso si puede o no estar en riesgo de desarrollar una afección crónica(López et al., 2022). Esto se suma al beneficio obvio de mantener la apariencia de su sonrisa(Rosendi de la Cruz et al., 2018).

Los hallazgos de estudios recientes revelan que el estado de su boca refleja la salud de su cuerpo como un todo. Por ejemplo, si tu boca está sana, esto es una señal de que tu cuerpo en general está en buenas condiciones. Por otro lado, si su salud bucal es mala, también puede tener otros problemas de salud(Martínez et al., 2021).

Puede mantener un alto nivel de limpieza bucal realizando las siguientes tareas cuando esté en casa(Espino, 2020): Cepílese los dientes al menos dos veces al día durante un total de dos minutos cada vez, la placa puede acumularse en áreas a las que su cepillo de dientes no puede llegar, por lo que es importante usar hilo dental todos los días. Consumiendo dietas saludables ricas en nutrientes, vitaminas y así evitar desarrollar enfermedades(García et al., 2019).

Descuidar el cuidado de las encías y los dientes puede ocasionar diversos problemas de salud y molestias en la boca y la cara. Esta incomodidad puede deberse, al menos en parte, a una infección de las encías y ligamento periodontal, las cuales brindan soporte a los dientes y representan una posible causa de pérdida dental(Benites & Fonseca, 2019). Con frecuencia, las personas experimentan gingivitis(Herrera & López, 2018).



Problemas que afectan al corazón, así como a los otros órganos principales, las infecciones que se originan en la boca pueden extenderse a otros órganos (Pineda et al., 2022). Por ejemplo, aquellos que tienen una enfermedad cardíaca o cualquier otra persona con tejido cardíaco dañado tienen más probabilidades de desarrollar endocarditis bacteriana, una afección que puede causar inflamación del corazón y las válvulas cardíacas (San Andres et al., 2018).

Los diferentes mecanismos existentes físicos, también los químicos los cuales se dan lugar en la boca al comienzo de la digestión pueden provocar problemas más adelante en el tracto digestivo, incluido el síndrome del intestino irritable y otras enfermedades digestivas (Agreda, 2017).

Para un mejor entendimiento y encontrar soluciones factibles de aplicar es que se realizó la presente investigación y se hizo la intervención educativa en los pacientes que acudieron en el II semestre del 2021 al consultorio de Odontología del establecimiento de salud Taparachi durante el segundo semestre de 2021. Este enfoque tenía como objetivo facilitar una comprensión más clara y descubrir soluciones prácticas. Como resultado de estas acciones, se logró una notable mejora en el IHOS, lo que llevó a una disminución en la acumulación de placa y a una mejoría en el estado general de la cavidad bucal de los pacientes.

La investigación se dividió en capítulos donde el capítulo uno explica claramente la situación problemática en la que se encontró acerca de la higiene oral, su justificación para la relevancia de la investigación, sus respectivos objetivos, operacionalización de variables y sus hipótesis que fueron comprobadas. También encontraremos el capítulo dos que fortalece teóricamente la investigación a través de los antecedentes y bases teóricas



referentes a la línea de investigación. Seguidamente encontraremos el capítulo tres, que evidencia los métodos, técnicas e instrumentos que fueron validados y aceptables. Finalmente, el capítulo cuatro que evidencia los diferentes resultados que se obtuvieron en la actual investigación, con su discusión respectiva. Y finalmente las conclusiones acordes a lo investigado y las recomendaciones que permitan mejorar las deficiencias.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A pesar de estar en el siglo XXI, la caries dental sigue siendo una de las condiciones más comunes en todo el mundo, afectando especialmente a poblaciones menos favorecidas y pobres. Además, es pertinente mencionar la situación actual a nivel global que impacta a la humanidad, como es el COVID-19 (Sotomayor et al., 2021). En los diferentes establecimientos de salud las atenciones se restringieron a atenciones de urgencia y emergencia por la elevada probabilidades de contagio del COVID-19; señalar también que el grupo de profesionales como son los cirujanos dentistas es el grupo de mayor riesgo de contagio (Renda et al., 2020).

Todo esto ha hecho que se pueda dar un incremento en el índice de caries de nuestra población en los diferentes grupos etarios (Espinosa, 2022). Según la última frecuencia de enfermedades en la región Puno la caries dental sigue ocupando el segundo lugar de las enfermedades más prevalentes realidad que sigue siendo una preocupación pese a la existencia de programas preventivos



dentro del plan de políticas de salud bucal establecido a nivel nacional(Ponce et al., 2017).

El objetivo de practicar la prevención y también promocionar la salud, consiste en proveer a la comunidad en su conjunto con los recursos necesarios para mejorar su propia salud y asumir un rol más activo en su manejo(Santos et al., 2019). El autocuidado abarca una serie de hechos y particularidades que un individuo adopta con el fin de preservar y mejorar su salud general, al tiempo que se previenen, diagnostican y reducen los efectos negativos de las enfermedades (Salas, 2022). El autocuidado es un aspecto importante que debe enfatizarse cuando se trata de la prevención y promoción de enfermedades(Verástegui et al., 2020).

Los problemas relacionados con los procesos cariosos afectan la salud bucal sin hacer distinciones basadas en factores como edad, género, el estrato socioeconómico y /o cultural. Como resultado, cualquier persona de cualquier edad y cultura puede verse afectada por la caries dental(Espinoza et al., 2021). Considerando que la caries dental puede manifestarse desde edades muy tempranas y está en aumento debido a una serie de factores diversos, que incluyen aspectos biológicos, estilo de vida, sociales y ambientales, y que el grado de deterioro puede mejorar con el tiempo de exposición a estos factores, se puede afirmar que existe un aumento en los riesgos asociados a la caries dental(Guizar et al., 2019).

Es esencial comprender las causas fundamentales(factor de riesgo), tales como los hábitos alimenticios y las prácticas saludables de higiene, que conlleva un impacto en la formación del proceso carioso con el fin de reducir el índice de caries en la población(Espinoza et al., 2021). Algunos de estos factores



de riesgo incluyen el uso de biberón, la lactancia materna, el cepillado y las visitas periódicas al cirujano dentista. Concientizar a la población sobre la alimentación y el cuidado de la cavidad oral de sus niños es una forma en la cual se logra que el índice de caries se reduzca en la población(Alcalá, 2019).

En el contexto de la historia clínica, se toman en consideración los resultados del índice de higiene bucal para llegar a una conclusión sobre el nivel de aseo que posee el paciente(Rivera, 2022). La realización de este estudio permitió poner en práctica los hábitos de higiene para una buena salud bucal, se pudo educar al público en general y así minimizar la prevalencia de caries(Marcela et al., 2020).

1.2. FORMULACIÓN DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adopción de medidas preventivas es lo que finalmente determina si un individuo tendrá o no una salud bucodental aceptable(Jardines et al., 2019). Dadas la naturaleza (condiciones) de la población en relación con este comportamiento, es imperativo implementar un programa educativo preventiva, de carácter promocional y orientado a la adopción de conductas que promuevan la higiene bucal(Rezzónico et al., 2020).

Los distintos programas de salud bucodental se enfocan en ofrecer servicios de APS y hacen hincapié en las medidas preventivas(Hidalgo, 2021). Conforme a la OMS, se ha destacado la importancia de brindar atención especial a la población adulta mayor(Pantigozo, 2020).

Dado que la salud bucal es una prioridad en nuestro país y contamos con una ESNSB basada en un MAIS para la persona, su familia y la comunidad, es crucial promover la salud oral como una prioridad. Esto debe hacerse de manera coordinada e intersectorial para asegurar su éxito (Hidalgo,2021). A pesar de los



progresos económicos logrados en el país, los índices de salud, particularmente en relación al sistema estomatognático, siguen mostrando una alta frecuencia. Además, se observa una creciente demanda de atención sanitaria en las poblaciones desfavorecidas y en los grupos de mayor riesgo (Pantigozo, 2020).

La salud oral es básico para la salud general, y no se puede considerar que una persona se encuentra en óptimas condiciones físicas si padece algún tipo de enfermedad bucal en el momento actual(Linares, 2019).

Por lo tanto, es crucial llevar a cabo programas con continuidad, ampliar la comprensión y aprecio de la población para conocer la importancia de la salud oral y su conexión con el bienestar general del cuerpo. Asimismo, es crucial promover una cultura de autocuidado a través de la adopción de hábitos de higiene saludables (Cuevas, 2020). Todas estas cosas son necesarias. Como resultado, es esencial tomar medidas para reducir su riesgo, como participar en actividades preventivas y hacer cambios en la costumbres que van a repercutir en el estilo de vida(Yovera et al., 2022).

1.2.1. Problema general

- ¿Cuál es el efecto de la intervención educativa en el índice de higiene oral simplificado en pacientes de 18 a 45 años, del establecimiento de Salud Taparachi?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa?



- ¿Cuál es el índice de higiene oral simplificado en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa?
- ¿Cuál es la diferencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal y del índice de higiene oral simplificado en ambos grupos antes y después de la intervención educativa?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN (TEÓRICA, PRACTICA Y METODOLOGÍA)

La justificación de la intervención educativa en el IHOS se fundamentó en la necesidad de abordar la elevada incidencia de nuevos casos de caries dental y promover una mejor salud bucal. Es crucial resaltar que la educación en salud bucal juega un papel esencial en la prevención de caries dentales y sus posibles complicaciones, a través de esta intervención educativa, se buscó enseñar a los pacientes la técnica adecuada de cepillado y hacer conocer la importancia de conservar una higiene oral adecuada a lo largo del tiempo. Se esperaba que esta intervención educativa contribuyera a mejorar el IHOS en los usuarios externos, reduciendo así la incidencia de caries y enfermedades bucales. Esto, a su vez, se traduciría en una mejor calidad de vida y en una disminución significativa de los costos asociados a tratamientos dentales. En resumen, la intervención educativa enfocada en el IHOS se justificó como una estrategia para prevenir la aparición de caries dentales y promover una salud bucal óptima.

La justificación teórica para la intervención educativa sobre el IHOS se fundamenta en la evidencia científica que destaca la importancia crucial de mantener una buena salud bucal para prevenir enfermedades dentales. Varios



estudios han confirmado la relación entre una higiene oral deficiente y la aparición de nuevos casos de caries y patologías del ligamento periodontal. Asimismo, la investigación ha demostrado que la educación en salud bucal puede mejorar los conocimientos teóricos y prácticos, así como promover la adopción de hábitos saludables relacionados con la higiene oral.

Desde una perspectiva práctica, la intervención educativa centrada en el índice de higiene oral simplificado se justifica por su capacidad para optimizar significativamente la salud oral, salud general y estilo de vida saludable de los pacientes. Al fomentar una higiene oral mejorada, se puede prevenir la ocurrencia de caries dental, disminuir la demanda de tratamientos dentales invasivos y optimizar la salud general de los pobladores.

Justificación metodológica, la intervención educativa proporciona una estrategia estructurada y sistemática para impartir conocimientos y promover cambios en el comportamiento de los pacientes. La metodología empleada en este estudio posibilitó la evaluación de los avances mediante la administración de un pretest y un post test, lo cual simplifica la medición del impacto de la intervención educativa en el IHOS aplicado a los pacientes.

La caries dental se cita constantemente como la segunda causa principal de morbilidad por enfermedad año tras año en la población general (Herrera, 2018). El ministerio ha implementado iniciativas para reducir esta frecuencia a través del funcionamiento de estrategias preventivas, y a su vez programas de promoción en salud bucal, incluido el uso de fluoruro en aplicaciones tópicas y cuidado dental preventivo. Desafortunadamente, esta ocurrencia no ha disminuido (Zambrano, 2021).



Dado que creemos que la instrucción en salud dental es un hecho fundamental en disminuir la incidencia de caries en la población, nuestra investigación estuvo orientada principalmente a la educación de la población a través de una estrategia educativa, siendo los pacientes de 18 a 45 años la población a tratar e intervenir(Saravia et al., 2020).

Con este fin, se llevó a cabo la intervención educativa, cuyo objetivo principal del programa consistió en instruir a los participantes acerca de la técnica correcta de limpieza e higiene, la comprensión de los utensilios de cepillado, el conocimiento del IHOS y la relevancia de conservar una salud bucal excelente(Valencia, 2021).

La salud bucal es igual de valiosa como la salud o el estado general, y creemos que es crucial informar a los pacientes de este hecho(Lorente et al., 2020). Sin embargo, cuando se trata de los padres, esta información a menudo se pasa por alto, ya que se observa de forma rutinaria que buscan consultas dentales solo después de que la enfermedad ha progresado a una etapa tardía, momento en el cual solo es posible la mutilación y la rehabilitación(Abril et al., 2019).

Poblaciones con escasos recursos económicos y, mayormente casos con falta de instrucción. o la educación media o superior fueron objeto de las intervenciones del presente estudio, ya que frecuentan los establecimientos de salud del MINSA(Turpo, 2021).

Respaldar los programas que conllevan una intervención educativa en salud bucal que evalúan los factores de riesgo y promueven desde el principio prácticas saludables, buenas de higiene oral constituye una manera de abordar esta problemática(Álvarez, 2019).



Además, este estudio ayudó a evaluar qué tan bien los padres conozcan los factores que incrementan el riesgo de que sus hijos desarrollen caries en la infancia y la niñez, un problema que a menudo se ve exacerbado por la idea errónea de que los padres solo deben llevar a sus hijos al dentista cuando están experimentando dolor en sus piezas dentarias(Soraya et al., 2020).

La OMS recomienda mantener una concentración adecuada de flúor en la cavidad oral para evitar la placa bacteriana y la caries. Debido a la efectividad de la exposición a través del tiempo a concentraciones apropiadas de fluoruro para reducir los procesos cariosos tanto en niños y adultos, se pueden evitar muchos procedimientos dentales con estas medidas preventivas(Yucra, 2019).

Este programa es útil ya que enfatiza la prevención y la educación, combinando específicamente varios accesorios de higiene oral los cuales están enfocados en disminuir la probabilidad de caries y enfermedad periodontal(Reyes, 2021). Aunque se han realizado investigaciones previas en esta área, el estudio actual se destaca al adoptar una estrategia novedosa para implementar un programa de intervención comunitaria para disminuir las bacterias patógenas orales(Hernández et al., 2019).

Los resultados del estudio facilitaron el desarrollo de un programa educativo preventivo alternativo dirigido a pacientes en centros de atención médica, el propósito de este programa es aumentar la conciencia de los pacientes en la importancia de la higiene oral y proporcionarles las herramientas necesarias para aprender a tomar medidas que reduzcan la acumulación de bacterias perjudiciales en la boca, evitando así la aparición de enfermedades comunes.



1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

- Determinar la eficacia de la intervención educativa en el índice de higiene oral simplificado en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi.

1.4.2. Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.
- Evaluar el índice de higiene oral simplificado en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.
- Comparar la diferencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en ambos grupos antes y después de la intervención educativa.

1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Entender el índice de higiene oral es fundamental para evitar la aparición de diversas patologías orales, es por ello por lo que la investigación marca una significancia elevada ya que con la intervención educativa personalizada se pudo educar los comportamientos y hábitos en este grupo poblacional y contribuir de esta manera a reducir los elevados índices de caries y placa bacteriana.

La aportación cognitiva, reflejada en el grado de conciencia de los pacientes sobre sus hábitos de higiene oral, proporciona una base científica significativa a este aspecto.



Significatividad en las áreas de ciencia y también educación superior; también, crucialmente en el ámbito de la sociedad.

Fue una investigación factible, con parámetros que permiten hacer hallazgos y recomendaciones posibles de lograr, por lo que fue una buena propuesta. Debido a su énfasis único en la aplicación de una intervención educativa en usuarios externos que asisten al EESS cuyas edades van de 18 a 45 años, que no ha sido complementado en otras investigaciones, el estudio mencionado tuvo cierto grado de singularidad, aunque reconociendo los ejemplos establecidos por investigaciones anteriores y experiencias.

La salud bucal es el ente que se ve con menor frecuencia por parte del Ministerio de Salud, sin embargo la población que habita en el Perú padece de caries aproximadamente un 90% del total, es por ello que es muy importante habilitar en el sector salud un marco del proceso de mejoramiento lo que quiere es mejorar la atención odontológica, lo cual requiere de una especial atención y evaluación periódica de parte de los profesionales cirujanos dentistas para laborar también en el ente educativo y así fortalecer la educación en la salud del sistema estomatognático y así prevenir ante cualquier patología odontológica que se presente.

1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Las limitaciones encontradas en esta investigación fueron aquellas asociadas con el contexto de la pandemia de COVID-19.

Podemos mencionar algunas de las innumerables situaciones que obligaron a adoptar un nuevo estilo de vida, hábitos, etc. por las restricciones dispuestas por el gobierno para controlar la propagación del virus y disminuir la carga en los establecimientos, sistemas de salud precarios y vulnerables que



hay en nuestra localidad y país; y con todo ello el poco interés en dar atención a los enfermedades de la cavidad bucal; así mismo se tuvo inconvenientes para poder llegar al número mínimo de pacientes para la ejecución de la actual investigación, en vista que en el contexto del COVID-19 precisamente enmarcaba la vía principal de contagio a la cavidad bucal, razón por la cual existió miedo por parte de los pacientes en el momento de recibir la atención odontológica; se tomaron estrategias de brindarle las barreras necesarias de bioseguridad y tener el menor tiempo de exposición posible, para poder hacer una recolección precisa de datos. Pese a todo ello se logró la finalización de la ejecución y la recolección de todos datos de la actual investigación.

Delimitaciones, investigación aplicada en pacientes de 18 a 45 años del EESS Taparachi, Juliaca 2021; además de las consideraciones a tener en cuenta en los criterios de inclusión.

1.7. HIPÓTESIS

1.7.1. Hipótesis general

- La aplicación de la intervención educativa es eficaz en el nivel de conocimientos y en el índice de higiene oral simplificado en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi.

1.7.2. Hipótesis específicas

- Antes de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado son deficientes en el grupo control.
- Después de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado es bueno en el grupo experimental.



- La aplicación del programa de intervención educativa logra mejores niveles de conocimiento en salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en el grupo experimental respecto al grupo control.

1.8. VARIABLES E INDICADORES

1.8.1. Conceptualización de variables

La intervención educativa como variable independiente.

El propósito de un programa de intervención educativa de salud oral es facilitar que los niños tomen conciencia y se sientan cómodos con su propia salud bucal, permitiéndoles luego desempeñar un papel activo en la identificación y solución de cualquier problema que pueda surgir. Estos esfuerzos preventivos resultan en la implementación de rutinas de higiene bucal que disminuyen la formación de placa dental y previenen la aparición de problemas bucales (Carrión, 2022)(Armas & Puyen, 2019).

Índice de higiene oral simplificado como variable dependiente.

Las bacterias de la placa son la causa raíz de los trastornos orales más comunes, pueden eliminarse y mantenerse bajo control con el uso de instrumentos físicos y químicos, como se describe en el IHOS.

Edad, variable interviniente.

Cantidad total de tiempo que un ser vivo ha existido desde su concepción (Agreda, 2017).

1.8.2. Operacionalización de las variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Escala de valoración	Instrumento	Tipo de variable
Variable Independiente 1.-Intervención Educativa.	1.1 Un programa específico o una serie de pasos destinados a asistir a un niño en el mejoramiento de un área de necesidad.	1.1.1 Mantenimiento y cuidado bucal (Sesión educativa).	Pre test. Post test.	Resultado de la Intervención Educativa.	Cuantitativa
		1.1.2 Control de higiene bucal (Asesoría).	Pre test. Post test.	Cuestionario	
Variable Dependiente 2.- Índice de higiene oral simplificado.	2.1 Nivel de conocimiento.	2.1.1 Nivel de conocimiento en Salud bucal.	Muy satisfactorio (18-20). Satisfactorio (14-17). Requiere mejora (11-13). En inicio (0-10).	Cuestionario de salud bucal.	Cuantitativa
	2.2 Placa bacteriana.	2.2.2 IHOS	Antes y después-grupo control y experimental a) Adecuado 0.0-0.6 b) Aceptable 0.7-1.8 c) Deficiente 1.9-3.0	Instrumento para recolección de datos del índice de placa bacteriana de Grenne y Vermillón.	
Variable Interviniente 3.- Edad	3.1 La cantidad de tiempo que una persona o cualquier otro ser vivo ha existido, medido desde su nacimiento.	3.1.1 Grupos etarios.	3.1 De 18 a 29 años.	Cuestionario.	Cuantitativa
			3.2 De 30 a 45 años.		



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A nivel internacional

Carra et al. (2020), En su investigación, se destacó el impacto de intervenciones dirigidas específicamente a promover cambios en el comportamiento para optimizar la higiene de la cavidad oral en pacientes con patologías periodontales. Métodos: Realizó una exploración exhaustiva en diversos bancos de datos hasta marzo de 2019. Se consideraron ensayos controlados aleatorios y no aleatorios que evaluaron los efectos de intervenciones conductuales en las puntuaciones de placa y sangrado en pacientes con gingivitis o periodontitis. El análisis de datos agrupados se realizó mediante la estimación de medias estandarizada de las categorías. Resultados: De los 288 artículos revisados, se seleccionaron 14 estudios, distribuidos de la siguiente manera: 4 investigaciones evaluaron el efecto de la entrevista motivacional combinada con instrucciones sobre higiene oral, 7 examinaron el impacto de programas educativos de salud oral fundamentados en terapias cognitivo-conductuales, mientras que 3 analizaron la validez de las autoinspecciones o videocintas. Los estudios presentaron una notable heterogeneidad y mostraron resultados variados. Los metaanálisis de las



intervenciones psicológicas no revelaron diferencias en cuanto a las puntuaciones de placa y sangrado. No se observó ningún efecto en los estudios que aplicaron autoinspección/videocintas. Conclusiones: Dentro de las limitaciones de la evidencia actual, la HO puede fortalecerse en pacientes con enfermedades periodontales mediante intervenciones psicológicas basadas en construcciones cognitivas y principios de la EM proporcionados por profesionales de la salud bucal. No obstante, no se puede llegar a ninguna conclusión sobre su eficacia clínica específica medida por la reducción de la placa y las puntuaciones de sangrado a lo largo del tiempo.

Menegaz et al. (2018), realizó un estudio en los servicios de salud respecto a la mejora en la conducta clínica y los cambios encontrados en salud bucal. Métodos: una vez hecha la revisión sistemática de antecedentes en páginas PubMed, Lilacs y SciELO se incluyó estudios respecto a intervenciones hechas por personal de salud quienes trabajan en entidades que prestan servicios de salud y que han utilizado acciones educativas como enfoque principal. Resultados: De 832 investigaciones analizadas, la mayoría realizó ensayos controlados aleatorios, mientras que otros llevaron a cabo evaluaciones comparativas antes y después de las intervenciones. Conclusiones: En la gran mayoría de estudios realizados presentan mejoras significativas, muestran reducción de la aparición de nuevas lesiones cariosas, enfermedad periodontal en grupos en quienes se aplicó la intervención; concluye que los estudios realizados por personal de salud tienen un impacto positivo.

Scheerman et al. (2020), En este ensayo controlado aleatorio paralelo, se analizó la eficacia de la utilización móvil WhiteTeeth, un programa de salud móvil basado en la teoría (mHealth), para optimizar la higiene oral en adolescentes con



ortodoncia. Métodos: Se recopilaron datos de 132 adolescentes en tres momentos: al inicio (T0), a las 6 semanas (T1) y a las 12 semanas de seguimiento (T2). El grupo de intervención (n = 67) tuvo acceso a la aplicación WhiteTeeth además de recibir la atención habitual, grupo control (n = 65) recibió la atención estandar. Los resultados de higiene bucal se evaluaron mediante el índice de placa de Al-Anezi y Harradine, así como el número total de sitios con sangrado gingival, medido con el índice de sangrado al sondaje marginal. Además, se evaluaron el comportamiento de salud bucal y sus factores psicosociales mediante un cuestionario digital. Se llevaron a cabo análisis de modelos mixtos lineales para determinar los efectos de la intervención. Resultados: A las 6 semanas de seguimiento, la intervención produjo una disminución significativa del sangrado gingival (B = -3,74; IC del 95 %: -6,84 a -0,65) y un aumento en el uso de enjuagues bucales con flúor (B = 1,93; IC del 95%: 0,36 a 3,50). A las 12 semanas de seguimiento, la acumulación de placa dental (B = -11,32; IC del 95 %: -20,57 a -2,07) y el número de sitios cubiertos con placa (B = -6,77; IC del 95 %: -11,67 a -1,87) se redujo significativamente más en el grupo experimental. Conclusiones: Los resultados sugieren que los adolescentes con aparatos de ortodoncia fija pueden mejorar su higiene bucal al combinar la atención habitual con el uso de una aplicación móvil que ofrece educación en salud bucal y entrenamiento automatizado.

Luzzi et al. (2021), vincularon la pandemia y la salud bucal infantil presenta problemas específicos relacionados con la propagación infecciosa de la enfermedad. Estos problemas deben afrontarse, por un lado, actuando sobre los métodos de prevención de la salud bucodental, y por otro, implantando protocolos específicos relacionados tanto con las condiciones de patologías



bucodentales que deben guardara relación con las condiciones de patologías bucodentales los cuales no son emergencia como otras condiciones clínicas que sí se consideran emergencias sobre todo pediátricas. En esta perspectiva además de definir protocolos orientados a prevenir y controlar infecciones estrictos, rigurosos y efectivos, en los entornos odontológicos, es de fundamental importancia trabajar la comunicación, educación a distancia encaminada a promover la salud oral sobre todo en población niño. Este artículo, luego de un estudio en torno a los factores de riesgo del COVID-19 asociados al tratamiento odontopediátrico, presenta una serie de consideraciones sobre posibles planes de prevención bucal y sobre el control de procedimientos odontológicos de emergencia y no emergencia en un contexto de control en la transmisión de enfermedad. proponiendo nuevos enfoques y modelos de tratamiento basados también en técnicas de interacción remota que luego mantendrán su utilidad incluso al final del actual período de emergencia.

Wong et al. (2019), mencionaron las causas informadas en relación a la mala salud oral (es decir, edad, género, nivel educativo, condiciones sistémicas adquiridas o demencia/deterioro cognitivo). Resultados: Se incluyeron veinticinco encuestas (o series de estudios) de 19 países. El nivel de evidencia informado por estos estudios fue generalmente de moderado a fuerte. Higiene oral y salud informadas de los adultos mayores institucionalizados encuestados fueron deficientes (> 50% de los residentes tenían cálculos; índice de higiene de la dentadura postiza > 80%). Los problemas de las encías (aproximadamente el 30 % de los residentes dentados tenían periodontitis de moderada a grave), los dientes (más de 20 dientes cariados, faltantes u obturados), la mucosa (>10 % tenían lesiones en la mucosa) y las dentaduras postizas (hasta el 40 %) eran



frecuentes y estaban asociados con una OHRQoL deficiente, especialmente en mujeres, residentes socialmente desfavorecidos o aquellos con deterioro cognitivo leve o superior. Aquellos con una OHRQoL deficiente pueden mostrar signos de mala nutrición. Conclusiones: Se necesita más investigación para confirmar estas observaciones. Para optimizar la salud oral, una mejor OHRQoL y mejorar la condición general de los residentes mayores, se necesitan ensayos clínicos que se centren en factores modificables, como la desigualdad social, el acceso a la atención en salud oral, la calidad del servicio en residencias para adultos mayores. La relación entre la salud oral, la OHRQoL y la nutrición en esta población en riesgo también merece exploración.

Croonquist et al. (2020), observaron mejoras tanto en el Grupo I como en el Grupo C con respecto a MPS, MSB y caries radicular activa. El personal de enfermería que trabaja con los participantes del Grupo I mostró mejoras significativas con respecto a la Escala de Creencias de Afrontamiento Dental de Enfermería (DCBS) en dos de cuatro dimensiones, creencias a cerca del cuidado de la salud oral ($p=0,0331$) y locus de control externo ($p=0,0017$) en comparación con el Grupo C. El cuestionario basado en el conocimiento reveló una mejora significativa ($p = 0,05$) en el Grupo I comparándolo con el Grupo C. Conclusión: La prestación mensual de atención dental e instrucciones personalizadas sobre cuidado de la salud bucal, parece tener un efecto positivo. Este enfoque también puede contribuir a fomentar una actitud más positiva hacia las medidas de higiene bucal entre el personal del hogar de ancianos en comparación con el cuidado bucal diario convencional.

Yero et al. (2020), estudió el impacto de un programa enfocado en la educación y prevención en estudiantes de séptimo grado sobre los riesgos



asociados con la caries dental. De septiembre de 2018 a febrero de 2019, realizamos un estudio cuasi experimental con un diseño previo y posterior; la población totalizaba 196 personas, y no necesitábamos utilizar una técnica de muestreo debido a la dispersión y ubicación central de la población, lo que nos permitió realizar extensas entrevistas con cada uno de ellos. Los métodos incluyeron estadística teórica, empírica (encuesta) y descriptiva, y las variables incluyeron educación, percepción de riesgo y prácticas de higiene bucal relacionadas con el tema de prevención de caries. En los hallazgos muestran lo siguiente: Previo a la intervención, el 40,8% tenía información inadecuada, el 78,2% no tenía conocimiento de riesgo y el otro 40,8% tenía mala higiene bucal. Posterior a la intervención, incrementó el conocimiento (74%), la percepción del riesgo (89,8%) y la higiene oral (79,1%). El conocimiento y la percepción del peligro por parte de los estudiantes aumentaron después de la intervención, lo que sugiere su éxito.

Leal et al. (2020) se realizó una investigación preexperimental de tipo antes-después para evaluar la efectividad de un proyecto de intervención en higiene oral en un centro educativo. Métodos: El estudio incluyó a 60 estudiantes de 8 a 11 años del Colegio Bolivariano "Francisco de Miranda" en Caron, estado Bolívar. Se llevó a cabo un estudio previo mediante una encuesta que evaluó el conocimiento antes y después de la intervención. Tanto al inicio como al final del estudio, se empleó el índice de higiene bucal para medir los resultados. Los datos iniciales se usaron para construir un programa de instrucción. Siguiendo la ética. Los niños de diez años (36,67%) y los hombres (66,67%) fueron los más representativos. Ocho de ellos (13,33%) tenían un fuerte conocimiento de higiene bucal antes de enseñar, y aumentó (86,67%). De igual forma, se



analizaron parcialmente tres temas. Antes de la intervención el control de la placa dento-bacteriana fue del 90% y posterior fue de 93,33%. Todos fueron estadísticamente diferentes. Los alumnos de la escuela primaria se beneficiaron del programa que conllevó aprendizaje de la técnica de la higiene bucal.

Castillo et al. (2020), se implementó una educación técnica diversificada para trabajar con adolescentes, abordando especialmente las patologías de salud, incluyendo la salud bucal. Métodos: Se realizó una intervención educativa con estudiantes de secundaria en La Lisa desde octubre de 2014 hasta febrero de 2016. Mediante un cuestionario evaluó el conocimiento sobre salud oral de los estudiantes previo y posterior a la implementación del programa educativo. Resultados: Antes del estudio, el 46,6% de los estudiantes tenía un conocimiento moderado en el cepillado de dientes, y el 60% mostraba un conocimiento bajo sobre enfermedades bucales. Después de la intervención, el porcentaje de estudiantes con desconocimiento se redujo al 17,7%. Conclusiones: En todos los casos se observó un incremento en el conocimiento de los estudiantes sobre el tema. El programa educativo fue implementado con éxito, y la mayoría de los alumnos adquirió nuevos conocimientos.

Vaculik et al. (2010), propusieron la evaluación del estado de salud oral en adolescentes que buscaron atención dental en la Cátedra de Preventiva II durante el período escolar 2007. Además, descubrieron que modificar las percepciones de los adolescentes sobre la importancia crucial de una buena higiene oral también era necesario tuvo un impacto significativo en el porcentaje de placa bacteriana, es decir se logró una reducción significativa.

Sánchez et al. (2021), se ofreció capacitación a los estudiantes de sexto grado de una institución educativa en Guantánamo sobre la prevención de



caries. Se evaluó la efectividad de la intervención educativa, en la que participaron 23 alumnos de sexto grado. Se consideraron variables como la edad, el sexo, factores de riesgo (higiene bucal, alimentación cariogénica, apiñamiento dental) y conocimientos sobre cepillado dental regular, medidas preventivas y prevención de la caries dental. Se recopilaban datos mediante encuestas. Se observó una predominancia del sexo femenino, con una edad promedio de 11 años, y se identificaron factores de riesgo como una higiene bucal deficiente y una dieta cariogénica. Además, se detectó una falta de información preventiva sobre el diagnóstico inicial de caries. La intervención educativa resultó ser beneficiosa en la prevención de aparición de caries.

Canales & Cooper (2019), mencionan en su investigación transversal observacional encuestó a 177 estudiantes sobre el conocimiento del DP. La comprensión de los estudiantes sobre el TP fue pobre o intermedia en su primer año, pero mejoró en el segundo y tercero. Los estudiantes de fisioterapia demostraron un conocimiento más limitado en comparación con otros grupos. Estudiantes de tercer año de medicina evidenciaron un conocimiento superior a cerca de la enfermedad periodontal (EP) comparados con los de odontología. En términos generales, tanto los estudiantes de medicina como los de odontología demostraron tener un conocimiento básico de la EP, el cual mejoró con el tiempo.

Acosta et al. (2019), evaluaron la eficacia de un Programa de Educación en Salud Bucal implementado en el C. Atención Joven en Sancti Spíritus de enero a julio de 2017. Métodos: 42 reclusos varones, de 18 a 25 años, fueron seleccionados para una investigación cuasi-experimental con un método de intervención-comunitaria utilizando un esquema anterior y posterior en un entorno no evaluado. El control de la placa dentobacteriana, una medida de qué



tan bien se cepillaron los dientes, se utilizó como indicador del conocimiento general de higiene bucal. Se obtuvo, porcentaje de personas con nivel de conocimiento el cual aumentó del 9,5 % al 71,4 %, y el porcentaje de personas con hábitos de cepillado eficiente aumentó del 31,0 % al 83,3 %. Es importante destacar el conocimiento y actitudes en salud oral de los internos experimentaron cambios significativos como consecuencia del Programa Educativo, comprobándose su eficacia.

2.1.2. A nivel nacional

Puyén et al. (2020), se investigó efectividad de una intervención enfocada en la educación realizada a través de WhatsApp sobre la higiene dental en pacientes con ortodoncia. Un total de 46 individuos comenzaron el tratamiento de ortodoncia fija, con una edad promedio de $18,65 \pm 3,21$ años. Se empleó el índice de placa de O'Leary y un cuestionario de concientización sobre higiene oral para la investigación. Las unidades de estudio fueron distribuidos aleatoriamente a un grupo experimental y control. El grupo experimental recibió el esquema de la intervención a través de WhatsApp Messenger Versión 2.19.153, y el grupo de control pautas estándar sobre higiene bucal. Después de 42 días, se evaluaron tanto el índice de placa como el cuestionario. Para el análisis de datos, se emplearon, la prueba de Shapiro-Wilk y la prueba t de Student. El grupo experimental mostró una mejor gestión de la placa ($p = 0,001$) y un mayor conocimiento posterior a la aplicación de la intervención ($p = 0,016$) a diferencia del grupo de control. En resumen, la educación a través de WhatsApp mejoró la higiene dental de los pacientes, así como su manejo de la placa y el conocimiento en el contexto de la ortodoncia.



Armas & Puyen (2019), Investigaron la efectividad de una intervención didáctica realizada a través de WhatsApp en higiene bucal de pacientes con aparatos de ortodoncia fija en Chiclayo, Perú. Los diseños de investigación son experimentales, longitudinales, analíticos y prospectivos. Se incluyeron 26 pacientes que iniciaron terapia de ortodoncia y cumplieron con los criterios de selección. Se utilizó, ficha de recolección de datos junto con un cuestionario para aplicar el índice de O'Leary. Las unidades de estudio fueron asignados aleatoriamente a grupos de control y experimentales utilizando el método ciego simple. El grupo experimental recibió siete breves películas a través de Whatsapp. Después de un mes, se rehicieron el índice de higiene bucal y el cuestionario de O'Leary. Después de la intervención educativa, los conocimientos y la higiene bucal del grupo experimental fueron estadísticamente diferentes a los del grupo control.

Rodríguez et al. (2018), diseñaron una intervención educativa para mejorar la concienciación sobre la salud bucodental de los diabéticos. Métodos: estudio observacional, longitudinal y prospectivo con 27 pacientes diabéticos de un consultorio médico de Pinar del Ro en 2016. Los métodos incluyeron teoría, experimentación y estadística. Resultados: Se ideó y desplegó un enfoque de intervención educativa en salud, involucrando cuatro operaciones estratégicas verificadas por el Método Delphi. Antes del establecimiento del enfoque, la mayoría de conocimientos referente a salud bucodental de los participantes que padecen de diabetes se consideraban deficientes; después de la estrategia, se calificó como excelente.

Torrecilla et al. (2020), evaluaron una intervención educativa centrada en la salud dental de personas mayores. Metodología: Entre marzo y octubre de



2019, 79 personas participaron en un estudio el cual fué no observacional, cuasiexperimental, previo y posterior ausente de grupo control. Se investigaron los conocimientos sobre salud bucal, el uso de prótesis y el cuidado, las actitudes, la higiene bucal y el autoexamen. Antes de la intervención, el 53,2% de los participantes tenía una conciencia inadecuada sobre la salud bucal; después, el 82,3% lo hizo. Inicialmente, el 63,3% fueron desfavorables; después de la intervención, el 92,4% lo fueron. El 67,1% presentaba mala higiene bucal y el 91,1% excelente higiene bucal después de la intervención; El 86,1% no se ejercitó el autoexamen oral, mientras que el 77,2% lo hizo después de la intervención. El 60,8% tenía conocimiento insuficiente sobre el uso y mantenimiento de la prótesis, pero el 87,3% podía ajustarla. La intervención educativa mejoró significativamente.

Crespo et al. (2019), implementaron un programa educativo para aumentar la conciencia sobre salud bucal entre los estudiantes, utilizando un enfoque de intervención comunitaria en una investigación no observacional. El universo tiene 158 estudiantes de 9no grado y la muestra fue de 50. También se utilizó encuesta y control de placa. Se implementó "Nuestro objetivo es una boca sana". Antes de participar en el programa, el 50% de los adolescentes tenían información frecuente sobre la salud bucal; después, el 86% lo hizo. Antes de la capacitación, la mayoría de las personas tenían una higiene bucal deficiente; después, lo hicieron bien. Después de la intervención del programa, mejoró la conciencia sobre las caries dentales, las enfermedades periodontales, los traumatismos dentales y el cáncer bucal. Conclusiones: El Programa resultó beneficioso al aumentar el conocimiento sobre salud bucal.



Leal et al. (2021), evaluaron en estudiantes de primaria los resultados de un programa en salud oral. Entre septiembre de 2017 y mayo de 2018, 40 alumnos de la institución educativa en Mayarí, participaron en un proyecto de intervención educativa cuasiexperimental. Se valoraron el estado de salud bucal, la higiene y técnica de cepillado, utilizando el índice de higiene bucal Love para los diagnósticos. La investigación siguió lineamientos bioéticos. Antes de la intervención, el 90% de los niños tenían información de salud oral incorrecta; a partir de entonces, el 87,5% lo hizo. Antes de la docencia, el 70% de los jóvenes presentaba mala higiene bucal; a partir de entonces, el 85% lo hizo. El 82,5 % de las personas no sabía cómo cepillarse correctamente, pero el 90 % sí.

(Rodríguez et al., 2018), diseñaron una intervención educativa para mejorar la concienciación sobre la salud bucodental de los diabéticos. Métodos: estudio observacional, longitudinal y prospectivo con 27 pacientes diabéticos de un consultorio médico de Pinar del Ro en 2016. Los métodos incluyeron teoría, experimentación y estadística. Resultados: Se ideó y desplegó un enfoque de intervención educativa en salud, involucrando cuatro operaciones estratégicas verificadas por el Método Delphi. Antes del establecimiento del enfoque, la mayoría de los conocimientos referente a salud bucodental de los participantes con diabetes se consideraban deficientes; después de la estrategia, se calificó como excelente.

Taboada & Vega (2019), evaluaron los conocimientos de los padres antes y después de que los niños participaran en actividades educativas. A la luz de los hallazgos, en contraste con el nivel de conocimiento, que sí mostró una diferencia en la frecuencia entre las dos intervenciones, no se obtuvo una diferencia significativa al comparar una intervención motivacional con una

tradicional para el IHO-S ($p = 0,136$ y $p = 0,409$), a pesar de un aumento en la frecuencia de IHO-S después de ambas intervenciones ($p < 0,001$ y $p < 0,001$, respectivamente). En términos generales, tanto los tratamientos motivacionales como los convencionales son igualmente efectivos para reducir el IHOS en niños de 3 a 5 años. No obstante, la intervención motivacional resulta superior al optimizar significativamente en general el conocimiento de los padres.

Chillce & Flores (2018), se llevó a cabo una intervención educativa enfocada en mejorar la higiene dental de niños y adolescentes con síndrome de Down, utilizando una ficha de recolección de datos. Se evaluó el Índice de Higiene Bucal antes y después de la intervención, analizando los datos con IBM SPSS Statistics versión 24. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia bidimensionales y se utilizó una prueba de homogeneidad con un nivel de significancia de 0,05. Los hallazgos mostraron mejoras notables: el 58,1% de los participantes con higiene bucal regular y el 100% de aquellos con higiene bucal deficiente lograron avances. Este efecto resultó estadísticamente significativo, con un valor $p = 0,000$, que es menor a 0,05. En conclusión, la intervención educativa tuvo un impacto positivo y significativo en el índice de higiene bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down.

A nivel regional o local

Cervantes et al. (2020), el programa "Bocas Sanas, Caras Felices" en Puno, Perú, tuvo como objetivo aumentar la conciencia sobre la salud bucal en niños menores de 5 años. Se realizó un estudio experimental, longitudinal y prospectivo que utilizó métodos educativos y de comunicación. La evaluación de la higiene bucal infantil se llevó a cabo mediante el índice simplificado de Greene-Vermillion y la herramienta "Salud Bucal para Padres". Los resultados indican



que este programa debería integrarse en las estrategias de prevención y promoción de la salud dental. Además, se observó una mejora significativa en la salud dental de los niños al finalizar la intervención, gracias a un enfoque educativo que fortaleció la conciencia de los padres sobre la higiene dental de sus hijos, lo que resultó en una reducción de la placa bacteriana y una mejora en la higiene bucal.

Acero (2019), antes de la implementación del programa educativo preventivo, la acumulación de placa bacteriana, medida con el índice de O'Leary, era del 69,28%. Posteriormente, se observó una reducción progresiva en la acumulación de placa: al cabo de 15 días, descendió al 50,78%; a los 30 días, al 38,03%; a los 45 días, al 32,39%; y finalmente, al 25,06% a los 60 días, lo que representa una disminución total del 44,22%. Al comparar los datos obtenidos en el post test, se descubrió que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en pacientes de 12 a 17 años con aparatos de ortodoncia fija estaba significativamente relacionado con el grado de acumulación de placa bacteriana registrado a los 60 días del tratamiento.

Ramírez et al. (2022), realizan una encuesta de 18 preguntas a los educadores para medir su familiaridad con la salud dental, sus principales enfermedades y las diferentes etapas que conlleva el crecimiento y también desarrollo de las piezas dentarias. Luego se implementó la intervención educativa, que incluyó capacitación didáctica basada en fotos y videos para educadores. Por último, se utilizó la misma encuesta de 18 preguntas para evaluar a los instructores.

El conocimiento fue evaluado utilizando una escala tipo Likert de tres puntos: excelente, satisfactorio y pobre. Se formuló una hipótesis que luego se



probó con la prueba estadística no paramétrica de rangos de Wilcoxon. Previo a la intervención educativa, los datos mostraron en relación al conocimiento sobre salud bucal se distribuía en tres categorías: bueno (28,12%), regular (65,6%) y deficiente (6,26%). Los resultados evidenciaron una mejora en el conocimiento, pasando de malo (0%) a bueno (87,5%), regular (12,5%) y muy malo (0%). Los maestros en el área de Huayrapata - Puno, Perú, se beneficiaron de una intervención educativa para mejorar su conciencia sobre la salud bucal, y esos beneficios se extenderán a sus hijos y sus familias.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Intervención educativa

Programa o secuencia de pasos diseñados para contribuir en el aprendizaje y ayudar a una persona con necesidades específicas en un área particular, con el objetivo de establecer hábitos y estilos de vida saludables.

La condición de salud de una persona debe tener una gran importancia, es por lo que una intervención educativa en salud es primordial, si estas intervenciones se realizan adecuadamente pueden tener efectos inmediatos a corto y largo plazo. Es práctica común suponer que la relación entre las intervenciones de educación para la salud y el estado de salud se da a nivel conceptual o teórico. Para que se realice una adecuada intervención deben intervenir todos los actores con sus conocimientos acerca del tema. A partir de estrategias, a través de técnicas de intervención particulares o sobre programas de educación para la salud más amplios que integran muchas estrategias de intervención, centrándose en tratamientos que se pueden implementar a nivel individual, comunitario y de políticas. Además, se da consideración a las comunicaciones masivas, y los autores ofrecen comentarios sobre temas de planificación de

programas que son aplicables a una variedad de intervenciones particulares a nivel individual, comunitario y de políticas (Ruiz, 2019).

2.2.1.1 Sesiones educativas de la salud bucal

a) Programas educativos

Herramientas sistemáticas, útiles debidamente planificados, programados, factibles de realizar y posteriormente evaluados.

Una mejor salud oral fue el resultado de una confluencia de elementos, incluidos aquellos que eran óptimos a nivel personal, social, biológico, conductual y ambiental. Como resultado, la promoción de la salud oral es un esfuerzo deliberado para diseñar políticas gubernamentales, crear entornos de apoyo, impulsar la acción comunitaria, mejorar las habilidades personales o reposicionar los servicios de salud en relación con los elementos mencionados anteriormente (Chillce & Flores, 2018).

Para fomentar un programa o intervención de salud pública, es imperativo que se tengan en cuenta tres conceptos rectores. Estos principios se conocen como colaboración, participación y protección, pero siempre con estrategias efectivas que brindarles las herramientas que necesitan para hacerlo ellos mismos, por lo que a través de la promoción de la salud general y se debe llevar a cabo en todo lado, de manera que todas las personas tengan conciencia de cuidar su higiene bucal gracias a la promoción de la salud oral (Ruiz, 2019).

b) Componentes del programa

Los programas diseñados para mejorar y optimizar la salud de los habitantes pueden tener éxito cuando toman medidas para alterar los factores sociales, físicos, económicos y políticos. Indiscutiblemente deben contemplar todos los componentes necesarios para un programa poniendo énfasis en la reducción del



riesgo a través de la implementación de políticas y actividades receptivas. En un mundo ideal, es cuidar a los demás a través de las personas que tengan un mayor conocimiento acerca de un tema de salud y esto compartirlo con las personas que lo necesiten, viviendo, trabajando, aprendiendo y jugando juntas, sería una estrategia creíble, exitosa y rentable para mejorar la higiene bucal. Es imperativo que los esfuerzos que abordan los determinantes de la salud no se lleven a cabo de forma aislada si se quiere avanzar (Vaculik et al., 2010).

c) Sesión educativa

Capacitación brindada a un individuo a través de un proceso consiente frente a nuevas situaciones. Es necesario siempre planear primero cuantas sesiones se contemplarán, a partir de temas seleccionados acordes al grupo de estudio, con sus previas selecciones de rangos de edad, nivel de conocimiento acerca de un tema, la comprensión, animaciones a través de videos, ya que una mayor interacción durante una sesión, el propósito de enseñar llega a ser mucho más efectivo. La carta recomienda centrar el desarrollo del programa en las cinco áreas de acción que son las siguientes: Desarrollo de políticas sólidas para el sector público, desarrollar un entorno que sea alentador para los demás, esfuerzos para mejorar la participación de la comunidad, desarrollando talentos personales, cambiar el enfoque de los servicios de salud (San Andres et al., 2018).

d) Sesión educativa de salud

La base científica sólida en la prevención y evitar la aparición de enfermedades de la cavidad bucal radica en la implementación de sesiones educativas en salud, en la práctica clínica y en los hogares tienen en gran parte responsable de los notables avances para lograr una salud bucal. Sin embargo, a pesar de



toda la información que se comparte a millones de personas aún sigue incrementados los problemas en la salud. Es muy probable que las enfermedades bucodentales puedan curarse y mantenerse bajo control si se mejora la disponibilidad, acceso y la viabilidad de los servicios de salud bucodental existentes (Herrera & López, 2018).

Por otro lado, hay datos convincentes que sugieren que la forma más eficaz de reducir los riesgos de enfermedad a través de compartir la información y mostrar los riesgos y como se pueden prevenir. En el ámbito clínico, la salud oral se evalúa considerando variables causales como el consumo de cigarrillos, el azúcar y la microflora, todas las cuales afectan negativamente la calidad de vida. Además, es crucial, y a menudo incongruente con los determinantes sociales y culturales, enfocar esfuerzos en modificar comportamientos de riesgo, que obstaculizan una buena salud, la reducción del consumo de azúcar en términos de la cantidad consumida, la frecuencia con la que se consumió, y el tipo de azúcar consumido, y mantener buenas prácticas de higiene oral (Rodríguez et al., 2018).

Tabla 1.*Procesos de una sesión educativa de salud.*

COMIENZO	E
<ul style="list-style-type: none">• Activar, e iniciar la atención.• Disponer el propósito, acrecentar el interés y la motivación.• Recapitular conocimientos previos relevantes.	V
<hr/>	
EVOLUCIÓN	L
<ul style="list-style-type: none">• Encausar la reciente información y sus diversos ejemplos.• Centrar la atención.• Utilizar planeamiento de aprendizaje.• Practica activa.	U
<hr/>	
TÉRMINO	I
<ul style="list-style-type: none">• Reconocer y resumir el tema.• Transmitir el aprendizaje.• Re motivar y finalizar.• Plantear enlaces.	O
<hr/>	
	N

Nota: Estrategias Instruccionales Alfonso (2003).

2.2.1.2 Asesoría en el control de higiene bucal

Científicamente está demostrado una asesoría minuciosa a cerca de la aplicación de una buena higiene oral. Sin embargo, a pesar de que hay una infinita información que circula por internet, las personas dejan del lado toda información relevante acerca de la higiene bucal a un segundo plano, por lo que se incrementa los problemas a nivel bucal. Sin embargo, puede cambiar todo cuando no solo se le brinda información si no, se le muestra cómo debe realizar su proceso de limpieza a través de sesiones en las cuales se muestre como se debe hacer y como no hacerlo (Martins et al., 2014).

a) Instrucciones de higiene oral

Enseñanza personalizada efectuada por el profesional cirujano dentista, a cerca de la técnica en higiene bucal esto de acuerdo a habilidades y desarrollo

de los diferentes pacientes; para ello se utiliza el cepillo, pasta dental e hilo, además de realizar la detección de placa dental registrando en la ficha del IHOS.

Se debe instruir al paciente con una demostración práctica sobre las mejores maneras de realizar la remoción efectiva de la placa dental, también se pide al paciente que practique la técnica de cepillado de sus dientes delante del profesional cirujano dentista; también se aprovecha para enseñar las áreas donde hay en mayor cantidad el acúmulo de placa dental, para emplear una técnica de cepillado más efectiva, además de informar de la importancia del uso del hilo dental (MINSA, 2019).

2.2.2 Índice de higiene oral simplificado

2.2.2.1 Nivel de conocimiento

Nivel de conocimiento en salud bucal.

Principalmente es tener claro a cerca del riesgo relativo de enfermedades y afecciones bucodentales se ha incrementado, principalmente la falta de educación y tradiciones, prácticas y creencias que no apoyan la salud bucodental. Para dar solo un ejemplo, los problemas ambientales que amenazan tanto la salud oral como la general incluyen la escasez de fuentes de agua potable e instalaciones higiénicas. A pesar de ello, la prevalencia de malos hábitos alimentarios y el fácil acceso a alimentos ricos en azúcar pueden contribuir a un mayor riesgo de caries dental en algunas zonas(Carrión, 2022).

Es muy posible que las enfermedades bucodentales se curen y se mantengan bajo control si aumenta la disponibilidad, a los servicios de salud bucodental. Hay datos convincentes que sugieren que la forma más eficaz de

reducir los riesgos de enfermedad son atención primaria y prevención. En el ámbito clínico, el estado de la salud oral se evalúa por la presencia de variables causales como, el huésped, tiempo, el azúcar y microflora, todas las cuales tienen un efecto negativo en el estilo y calidad de vida (Carrión, 2022).

Es igualmente importante, los determinantes sociales y culturales, poner énfasis en la modificación de las diferentes conductas que implican riesgo, la reducción del consumo de azúcar en términos de la cantidad consumida, la frecuencia con la que se consumido, y el tipo de azúcar consumido, y mantener buenas prácticas de higiene oral (Martínez et al., 2021).

a) Salud bucal

Todo dependerá de uno mismo, pero el ser humano a demostrado que siempre necesita un acompañamiento para cuidar su higiene bucal, conociendo que es la mejor defensa contra las caries y la acumulación de placa el cepillado dental. Cuando te cepillas los dientes, te deshaces de la placa que se ha acumulado en ellos, utilizando las cerdas adecuadas para cada boca, de modo que pueda alcanzar fácilmente todas las superficies. Evite las caries cepillándose las piezas dentarias regularmente teniendo un dentífrico antimicrobiano con contenido de flúor. Siempre el cuidado dependerá de cómo se realiza, con qué frecuencia, qué conocimiento tiene acerca de los riesgos, qué marca, si contiene alcohol el enjuague o no, el dentífrico contiene la cantidad necesaria, todos estos aspectos son primordiales que complementan el cuidado que se debe realizar para llegar a una salud bucal óptima (Torres et al., 2021).

b) Caries

Enfermedad multifactorial que produce disolución química del esmalte, conocida como proceso carioso, se origina a partir de circunstancias metabólicas que ocurren en la placa blanda dental. Disbiosis, desequilibrio en la proporción de agentes microbianos en la flora oral, el cual se manifiesta mediante el aumento de azúcares fermentables, lo que contribuye a esta interacción.

Comunidades bacterianas del tamaño de un pequeño pueblo viven en tu boca, reciclando constantemente los alimentos y bebidas que consumes, que posterior a eso causando problemas que en un corto tiempo no nos damos cuenta, que simplemente dejamos pasar y no intervenimos adecuadamente al consumir los alimentos y luego dejan una biopelícula llamada placa dental como desecho. Debido a la naturaleza pegajosa de la placa, las bacterias que se alimentan de la basura pueden permanecer en los dientes por más tiempo, donde pueden producir una erosión a través de los ácidos producidos que provocan deterioro del esmalte y finalmente la caries (Croonquist et al., 2020).

La acidez de la boca es en gran medida el resultado de las bacterias que viven allí y de muchos de los alimentos que se consume. Obviamente, los alimentos azucarados son malos para los dientes, pero hay otras fuentes de placa de las que quizás no estés al tanto. Además de los azúcares, los almidones como los que se encuentran en el pan, las galletas saladas y los cereales también son ácido génicos. La placa bacteriana en los dientes produce sustancias que irritan las encías, haciéndolas rojas, sensibles y

propensas al sangrado y si empeora en un futuro puede deteriorarse, lo que lleva a la pérdida o extracción del diente(Leal et al., 2020).

c) Gingivitis

Proceso patológico que se da cuando se inflama la encía, sin embargo, no todos los casos de gingivitis progresan a periodontitis. Sin embargo, si no se trata, puede progresar a problemas de salud bucal más graves. La buena noticia es que, mediante el cepillado regular, práctica en el uso de hilo y los chequeos dentales periódicos, se puede prevenir o incluso revertir la situación(Torrecilla et al., 2020).

Las encías inflamadas son propensas al sangrado característico de la gingivitis temprana son resultado directo de la acumulación de microorganismos en la placa, lo que hace que el cepillado de dientes sea doloroso. Los dientes todavía están firmemente anclados en sus alveolos a pesar de que las encías están inflamadas. En este punto, no ha habido daños irreparables en el hueso u otros tejidos (Castillo et al., 2020).

Cuando los restos de comida se acumulan, se origina placa bacteriana debido a la proliferación de bacterias. Esta placa se acumula alrededor de los dientes cuando no se realiza el cepillado, no se usa hilo dental y se omite el uso de enjuagatorio. La acumulación libera ácidos que erosionan el esmalte, la capa protectora de las piezas dentarias, lo que provoca caries. Si se deja reposar la placa durante más de 72 horas, se endurecerá y se formará sarro a lo largo de la línea de las encías, lo que dificultará la limpieza minuciosa de piezas dentarias y encías. Sus encías se inflamarán e irritarán debido a esta acumulación con el tiempo, lo que provocará gingivitis(Cervantes et al., 2020).

Los espacios estrechos entre los dientes y las encías proporcionan un ambiente propicio para el crecimiento de diversos microorganismos. Conforme la placa se forma y se extiende debajo de la línea de las encías, el sistema inmunológico interviene para combatir estas bacterias (Renda et al., 2020).

Las bacterias en la placa y las enzimas buenas en el cuerpo que combaten las infecciones producen toxinas o venenos para la encía. Incrementándose los problemas y puede perder más tejido de las encías y hueso a medida que avanza la enfermedad. Cuando esto ocurre, los dientes pierden su estabilidad, se aflojan y eventualmente se caen. Lo que ocasiona la caída de dientes adultos generalmente se atribuye a la enfermedad de las encías (Carra et al., 2020).

d) Enfermedad periodontal (periodontitis)

Las infecciones e inflamaciones de las encías, que sostienen los dientes, son las principales causas de las enfermedades periodontales. Los síntomas de la periodontitis incluyen la retracción de las encías, ausencia progresiva de hueso y, eventualmente, la ausencia de dientes, que es la etapa avanzada de la enfermedad del tejido periodontal. La enfermedad periodontal tiende a afectar principalmente a adultos. Las dos principales amenazas para mantener una buena salud oral son las caries y las enfermedades periodontales (Luzzi et al., 2021).

Las bacterias bucales infectan a la estructura de las encías y al mismo tiempo al hueso que aloja los dientes, lo que provoca enfermedad periodontal e inflamación de las encías. La placa es una biopelícula adherente que se forma en la parte externa de las piezas dentarias cuando las bacterias



permanecen allí durante períodos prolongados. El sarro es la placa que, al endurecerse, se convierte en cálculo. Tanto la placa como el sarro pueden infiltrarse en las encías y dificultar la limpieza entre los dientes. Después de eso, solo un profesional dental puede eliminar el sarro y detener la progresión de la enfermedad periodontal (Wong et al., 2019).

e) Cepillado

Cepillar las piezas dentarias con un dentífrico con contenido de flúor es una de las principales medidas no profesionales para prevenir las caries. Este procedimiento permite controlar y eliminar mecánicamente la placa dental. Para realizarlo correctamente, incline el cepillo de dientes a unos 45 grados contra las encías y utilice movimientos cortos y suaves, del ancho de un diente, moviendo el cepillo hacia adelante y hacia atrás. Es importante limpiar a fondo todas las superficies de los dientes, incluidas las caras oclusales, mesial, distal, vestibular, lingual y/o palatino. Debe emplear un movimiento suave y repetitivo: de arriba hacia abajo en los dientes de la arcada superior y de abajo hacia arriba en la arcada inferior, también emplear movimientos circulares en las caras oclusales, permitiendo lograr la reducción de la acumulación de la placa bacteriana, así mismo como estimular los tejidos gingivales.

Tener un aliento fresco puede ser tan simple como deshacerse de las bacterias que crecen en la lengua con un simple cepillado (San Andres et al., 2018).

f) Implementos para el aseo oral

El estado de tu boca dice mucho sobre tu bienestar general. Programe visitas periódicas a su higienista dental y utilice las siguientes herramientas de cuidado bucal para mantener sanos los dientes, las encías y todo el cuerpo (Agreda, 2017).

➤ Elementos físicos – cepillo e hilo dental

Cepillo dental, elemento físico que contribuye a la eliminación de biofilm o placa bacteriana de la cavidad bucal, constituido por cabeza, mango y cerdas, en la cabeza se fijan los filamentos hechos de nylon de 10 a 12 mm con las puntas redondeadas de diferentes tamaños.

Hilo dental, su utilización abarca zonas donde el cepillo no puede llegar; para su utilización recorte un tramo de hilo dental el cual sea aproximadamente de 18 pulgadas de extensión, y enróllelo alrededor de los dos dedos medios de cada mano. Tome el hilo dental entre los dedos pulgar e índice, mueva el hilo dental en forma de C debajo de las encías y entre las piezas dentarias, tener en cuenta que el hilo dental debe curvarse en forma de C contra un diente cuando llegue a la línea de las encías. Insértelo suavemente donde la encía se encuentra con el diente.

Con el hilo dental de espaldas a usted, muévelo hacia arriba o hacia abajo al otro lado del espacio hasta que encaje perfectamente contra el diente. Sujete el diente con el hilo dental. Use movimientos suaves hacia arriba y hacia abajo para frotar suavemente el hilo dental contra el costado del diente, manteniendo el hilo dental alejado de la encía (San Andres et al., 2018).

➤ **Elementos químicos dentífrico y enjuague bucal**

Dentífrico, crema o pasta para dientes con contenido de flúor para niños y adultos el cual es utilizado para la limpieza bucal (Ramos, 2018).

El uso de enjuague bucal antiséptico desinfecta, previene y controla la biopelícula. Utilizar enjuague bucal después del cepillado dental y emplear hilo dental diariamente pueden mejorar aún más la higiene bucal. La gingivitis, enfermedad de las encías son resultado de bacterias y placa, pero los enjuagues bucales antimicrobianos tienen la capacidad de eliminar estos gérmenes. Los enjuagues que contienen flúor también se pueden usar para disminuir y prevenir las caries (Agreda, 2017).

g) Técnicas de cepillado

Cuando se trata de mantener una buena higiene bucal, hay muchos pasos y procesos que puede utilizar para hacerlo; hilo dental, enjuague bucal, dieta especializada, etc. Sin embargo, uno de los métodos más efectivos y ampliamente utilizados para garantizar una higiene bucal de calidad es el cepillado (Vaculik et al., 2010).

Existen una variedad de métodos que puede usar para asegurarse de que su cepillado sea más efectivo para limpiar sus dientes y eliminar la acumulación de sarro y placa.

➤ **Técnica de Bass**

Método: Sujete y coloque el cepillo dental en un ángulo de 45 grados, similar a cómo sostendrías un lápiz. Coloca las cerdas hacia arriba en el maxilar, de manera que formen un ángulo de aproximadamente 45 grados en relación al eje longitudinal de las piezas dentarias, se realiza una ligera presión y movimientos vibratorios los cuales asegurarán que las cerdas pasen

ligeramente por debajo de la línea de las encías, lo que maximiza la extracción y eliminación de bacterias, para las caras internas se realiza movimientos verticales y caras oclusales movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás (MAFRE, 2021).

Una vez más, solo se pueden hacer pequeños grupos de dientes a la vez. Los métodos de Stillman y Bass se pueden modificar quitando suavemente las cerdas de las encías (Ruiz, 2019).

➤ **Técnica de Bass modificada**

Cuya técnica se basa en colocar el cepillo con una inclinación de 45 grados respecto al eje axial de los dientes, aplicando una ligera presión contra el surco gingival. Se deben efectuar movimientos vibratorios hacia adelante y hacia atrás, evitando mover el cepillo fuera de su posición inicial (MAFRE, 2021).

2.2.2.2 Placa bacteriana-biopelícula

Las bacterias de la placa, también conocidas como biopelículas, tienen una sustancia gelatinosa única. Las proteínas, los carbohidratos, las células y el agua son solo algunos de los componentes de la matriz orgánica que albergan las colonias bacterianas (Marcela et al., 2020).

Si bien la mucosa bucal elimina naturalmente los microorganismos debido a la modificación constante del epitelio, donde las bacterias rechazadas fluyen hacia la saliva, es esencial tener en cuenta que el índice de higiene se registra en los dientes. Por lo tanto, la biopelícula se adhiere a las piezas dentarias y no se elimina de manera espontánea (Alcalá, 2019).

a) Biopelícula y su creación

Debido a que las glicoproteínas salivales se almacenan en los dientes, estas comienzan a fusionarse en las estructuras anatómicas duras del cuerpo, que son los dientes.

Después de eso, los microorganismos se adhieren a la superficie y producen una combinación en la que los polisacáridos se unen y luego son condensados por las bacterias(Carrión, 2022).

b) Biopelícula blanda

Formación inicial que se adhiere, las bacterias colonizan predominantemente a sus huéspedes como estructuras multicelulares denominadas biopelícula(Alcalá, 2019).

c) Biopelícula calcificada

Este proceso lleva al endurecimiento de la placa bacteriana que se adhiere a la superficie de la corona y/o la raíz del diente.

2.2.2.3 Índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillion

Greene y Vermillion (1964) desarrollaron el índice de higiene oral simplificado, que evalúa tanto la cantidad de restos de alimentos como la presencia de cálculo supragingival en la corona dental. Estos índices se denominan índice de placa dental e índice de cálculo dental, respectivamente(Mercado, 2023).

Greene y Vermillion, al registrar su índice, evalúan la presencia de placa o cálculo en las superficies vestibulares de los dientes 1.6, 1.1, 2.6 y 3.1, así como en las superficies linguales de los dientes 3.6 y 4.6. Estos seis dientes erupcionados se encuentran en la boca. De esta forma, es posible llegar a

una conclusión en forma de índice de la existencia de placa o biofilm (Flores & Roque, 2019).

a) Componentes del índice de higiene oral simplificado

Tabla 2.

Índices de clasificación

Puntuación	BIOPELÍCULA O PLACA BACTERIANA
0	<ul style="list-style-type: none">• No se observa placa bacteriana ni biopelícula en la superficie de la corona dental.
1	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de placa bacteriana o biopelícula que cubre menos de un tercio o hasta un tercio de la superficie de la corona dental.
2	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de placa bacteriana o biopelícula que cubre más de un tercio de la superficie de la corona dental.
3	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de placa bacteriana o biopelícula que cubre más de dos tercios de la superficie de la corona dental.

Puntuación	DEPÓSITO DURO O CÁLCULO
0	<ul style="list-style-type: none">• Ausencia de cálculo dental a nivel de la corona dental.
1	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de cálculo que cubre hasta un tercio o menos de la superficie de la corona dental.
2	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de depósitos duros que abarcan más de un tercio pero menos de dos tercios de la superficie de la corona dental.
3	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de cálculo que cubre más de dos tercios de la superficie de la corona dental.

Nota: Rizzo et al. (2016)

b) Criterios para la clasificación**Tabla 3.***Criterios.*

Depósitos blandos		Depósitos duros	
0	No se evidencian depósitos ni pigmentaciones.	0	No hay tártaro.
1	Se hallan depósitos en no más de 1/3, o hay pigmentación.	1	Tártaro supragingival que abarca hasta un tercio de la superficie del diente.
2	Se evidencian depósitos que cubren más de 1/3, pero menor a 2/3.	2	Tártaro supragingival que se evidencia en más de 1/3 pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien se puede ver segmentos aislados de tártaro supragingival.
3	Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.	3	Tártaro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie del diente examinado, o que forma una banda gruesa y continua en la región cervical del diente.

Nota: Rizzo et al. (2016)

La cara bucal de los dientes 5.1, 5.5, 6.5 y 7.1, así como lingual de los segundos molares en la dentición temporal, se registraría si estuviera presente biopelícula utilizando la técnica descrita por Greene y Vermillion. En esta situación, se utilizan números entre 0 y 3 para determinar la higiene dental del niño según la figura.



CLASIFICACIÓN DEL IHOS Fermín Carranza estableció los valores clínicos que indican una limpieza bucal adecuada (Carranza et al., 2010).

En relación al Índice de Higiene Oral Simplificado plantea los siguientes valores.

- Bueno (Adecuado) 0.0 – 0.6
- Regular (Aceptable) 0.7 – 1.8
- Malo (Deficiente) 1.9 – 3.0

2.2.3 Edad

Período transcurrido en un ser vivo desde su nacimiento, usada como una forma de medir el tiempo vivido y es una variable importante para determinar muchos aspectos de la vida, como el desarrollo físico y mental (Linares, 2019).



2.3. MARCO CONCEPTUAL

Salud bucal: Referencia al estado del proceso salud-enfermedad que ocurre dentro del sistema estomatognático (Carrión, 2022).

Conocimiento: Una estimación a escala de la cantidad de conocimiento recibido (Ruíz et al., 2019).

Conocimientos sobre la salud del sistema estomatognático: Adquisición o comprensión de información fundamental sobre la anatomía, fisiología, prevención y enfermedades de la boca (Ruiz, 2019).

Higiene oral: Eliminación mecánica de la placa (Torrecilla et al., 2020).

Índice de higiene oral: El IHOS calibra las áreas cubiertas por placa bacteriana y cálculo. Medición (Taboada & Vega, 2019).

Dieta cariogénica: Factor que contribuye al desarrollo de caries (Armas & Puyen, 2019).

Prevención: Intervenciones para prevenir la aparición de enfermedad, abarca fases preliminares de diagnóstico, etapas iniciales de terapia (San Andres et al., 2018).

Programa de intervención: Actividades en conjunto educativas que están orientadas a la obtención de aprendizajes en prevención (San Andres et al., 2018).



CAPÍTULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Hernández et al. (2018), el método utilizado fue la encuesta, la cual se aplicó para evaluar el aprendizaje para realizar correctamente la higiene bucal, realizando el experimento en un ambiente (servicio de Odontología) por lo que fue crucial, esto proporcionó una experiencia real para motivar a los pacientes que asisten al establecimiento de salud, donde al grupo experimental se le permitió incorporar el proceso de aprendizaje directamente, se pudo probar y demostrar lo aprendido mediante el uso de instrumentos previamente seleccionados, el método experimental implicó que los pacientes participen del experimento a cerca de la higiene bucal, para observarlos determinar los resultados y poder interpretarse los hallazgos, posterior a eso se evaluó los conocimientos obtenidos. Por lo que afirmamos que los pacientes experimentaron con la intervención educativa un aprendizaje adecuado a cerca de la higiene bucal, para que puedan aprender sobre los factores de riesgo asociados con las diferentes patologías del sistema estomatognático debido a la falta de higiene bucal y conocer las alternativas de prevención.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Hernández et al. (2018), de carácter aplicado y longitudinal, se sometió a mediciones antes y después de la intervención. Dado el tipo de medida utilizada, se considera de naturaleza cuantitativa.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Hernández et al. (2018), investigación de nivel explicativo, ya que se manipuló las variables de estudio que posteriormente fueron observadas y recolectadas por los instrumentos previamente validados y siendo confiables para su aplicación, para comparar las mediciones y dar a conocer las modificaciones encontradas.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Hernández et al. (2018), se consideró un diseño experimental, ya que busca comprender las relaciones de causa y efecto, permitió manipular variables y observar los efectos, lo cual es crucial para comprender cómo los diferentes factores influyen en el resultado de un estudio.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. Población

El grupo consistió en pacientes de entre 18 y 45 años que recurrieron al consultorio de odontología del establecimiento de salud Taparachi, ubicado en la ciudad de Juliaca, durante el segundo semestre de 2021. Se observó que, en promedio, 272 pacientes mostraban deficiencias en sus hábitos de higiene, lo que resultaba en la presencia de caries debido a una higiene bucal inadecuada.



Muestra

La muestra del estudio incluyó a 44 pacientes, con edades entre 18 y 45 años, que asistieron al consultorio de odontología del establecimiento de salud Taparachi. La selección de los pacientes se realizó tomando en cuenta los criterios de inclusión y los de exclusión predefinidos. Sin embargo, los detalles específicos sobre las características de los participantes no fueron mencionados en la información brindada.

Para la designación de los grupos control y experimental, se utilizó un diseño experimental. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente. El grupo control continuó con el cuidado bucal rutinario proporcionado por el establecimiento de salud, sin recibir intervención adicional. Por otro lado, el grupo experimental fue partícipe en una intervención educativa enfocada en el índice de higiene oral.

Se implementó la intervención educativa a través de un programa que instruyó a los participantes en técnicas idóneas de cepillado, el uso correcto de los instrumentos de higiene dental, así como información detallada sobre IHOS y la importancia crucial de sostener una óptima salud bucal. EL programa se llevó a cabo mediante sesiones de educación grupal, donde se brindó información teórica y se realizaron demostraciones prácticas.

De esta manera, se estableció un grupo control el cual no recibió la intervención educativa y un grupo experimental quienes, si recibieron, permitiendo comparar los resultados obtenidos en ambos grupos para evaluar la intervención sobre el IHOS.

Al ser una investigación experimental, según Bernal en el 2014 menciona que la investigadora toma la decisión a criterio y disponibilidad de los

participantes, que fue considerado la aceptación y accesibilidad para la recolección de información, por lo que se consideró a 22 pacientes por grupo.

“También Hernández et al. (2018) menciona ya sea que se emplee un tipo de muestreo u otro, es crucial seleccionar casos apropiados en consonancia con la formulación del problema y lograr su acceso”.

Según Hernández et al. (2018) “La mayoría de las ocasiones, las investigaciones experimentales emplean muestras específicas, ya que, como se mencionó, es complicado manejar grandes grupos o múltiples casos (por esta razón, se ha destacado que, en los experimentos, la validez externa se fortalece mediante la repetición o reproducción del estudio)”.

Según Hernández (2021) “Muestreo por conveniencia: En este método, el investigador selecciona la muestra basándose en la facilidad de acceso y disponibilidad, lo que le permite elegir de manera arbitraria la cantidad de participantes que integrarán el estudio”.

Por lo tanto, la muestra consistió en 44 pacientes participantes, distribuidos equitativamente con 22 pacientes en cada grupo, y abarcando edades comprendidas entre los 18 y 45 años.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años y menores de 45 que accedieron a participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado sin objeciones.
- Pacientes que acuden regularmente al establecimiento de salud.

- Pacientes que viven en la jurisdicción del establecimiento a intervenir.
- Pacientes que no tengan signos ni síntomas de infecciones respiratorias agudas (IRAS) y/o del COVID-19.

Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan alguna discapacidad sensorial y motora.
- Pacientes con enfermedades sistémicas y/o patología que no permita la aplicación del índice.
- Pacientes que no están asignadas a la jurisdicción.

Para la distribución de los grupos se utilizó la asignación aleatoria (uso de una tómbola).

1° Todos los participantes son pacientes asegurados al SIS subsidiados, MINSA.

2° Todos los participantes radican en urbanizaciones, barrios y/o sectores pertenecientes a la jurisdicción del establecimiento de salud Taparachi.

3° Los pacientes que participaron tienen edades entre 18 y 45 años.

4° Todos los participantes son de sexo femenino y son madres de familia.

5° Todos los participantes tienen como mínimo grado de instrucción secundaria completa.

6° Todos los participantes realizaron como mínimo 2 visitas al servicio de odontología.

7° Al interrogatorio todos los participantes manifiestan no utilizar todos los implementos de higiene bucal, no conocer el tiempo mínimo de cepillado, lo que nos permite deducir el conocimiento deficiente referente a salud oral.

8° Ambos grupos experimental y control tienen la misma cantidad de participantes (22).

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

3.6.1. Técnicas de la investigación

La técnica principal utilizada fue la entrevista, aplicada a ambos grupos de control y experimental. Se coordinó con los pacientes que acuden para recibir atención odontológica, explicándoles detalladamente el procedimiento de la investigación y obteniendo la autorización correspondiente.

3.6.2. Instrumentos de la investigación

Para llegar a obtener los resultados esperados, se utilizó el instrumento denominado cuestionario, que permitió ver como es el conocimiento o nivel a cerca de la higiene bucal, lo que permitió identificar de qué manera se debe intervenir en cada sesión para que los pacientes puedan comprender y también aplicar la ficha de placa bacteriana de Grenne y Verminllón. El cuestionario estuvo conformado por preguntas cerradas.

PROCEDIMIENTO

Coordinación

- Coordinación con el jefe para el acceso al establecimiento de salud (Anexo 1).
- Coordinación con los pacientes que accedieron ser partícipes del estudio.

Consentimiento informado

- Se alcanzó un documento (consentimiento informado) a cada uno de los participantes de la investigación (Anexo 2).



Procedimiento del experimento

- Una vez obtenido el consentimiento informado, se pasó a explicar en qué consistía el procedimiento de la investigación, el cual consta en la “hoja informativa para el participante” (Anexo 3).
- Se aplicó el cuestionario inicial (pretest) a los 2 grupos para saber los conocimientos previos, cuestionario constituido de 10 interrogantes cerradas con múltiples alternativas (Anexo 4).
- En el grupo experimental, se entregó el instructivo para el paciente, en el cual se menciona los pasos mínimos que debe cumplir durante el tiempo de la investigación (Anexo 5).
- Se realizó la evaluación oral y la detección de placa bacteriana con la pastilla reveladora para determinar el valor del IHOS (Anexo 6).
- La intervención educativa en el grupo experimental consistió en instrucciones personalizadas y sesiones formativas que incluyeron charlas, videos y demostraciones. Estas actividades abarcaron temas generales en salud bucal, la placa bacteriana, técnicas idóneas de cepillado y hábitos de higiene oral (Anexo 7).
- A todos los participantes del estudio se les entregó un kit de higiene oral, que contenía dentífrico, cepillo dental, hilo dental y enjuague bucal, tanto al grupo control como al grupo experimental.
- Transcurridos 30 días desde la aplicación de la intervención, se volvió a evaluar con el cuestionario a los grupos control y experimental, para evaluar el conocimiento adquirido.
- Después de 30 días, se repitió la detección de placa bacteriana utilizando pastillas reveladoras para evaluar el IHOS en ambos grupos.



- Se solicitó a la jefatura del establecimiento de salud la constancia respectiva de la ejecución de la investigación (Anexo 8).

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

3.7.1. Validación de los instrumentos

La validez fue establecida mediante el "juicio de expertos", consistiendo en la evaluación de tres profesionales con más de 10 años de experiencia en el campo de la higiene bucal e innumerables investigaciones que les permitieron brindar su aporte a través de la experiencia y validación del instrumento propuesto, quienes evaluaron claridad, coherencia, inducción, lenguaje, lógica.

EXPERTO 1: 98%

EXPERTO 2: 94%

EXPERTO 3: 94%

3.7.2. Confiabilidad de los instrumentos

La confiabilidad se evaluó utilizando la prueba estadística de Alfa de Cronbach, aplicada a un subgrupo de 11 participantes que completaron el cuestionario piloto. Los resultados de esta prueba indicaron un valor de 0.72 para los 10 ítems del cuestionario, indicando así la confiabilidad del instrumento, por lo que el instrumento tuvo una confiabilidad aceptable. Donde los rangos que se consideran van desde 0 que no es aceptable el instrumento hasta 1 siendo muy aceptable, según la regla para la toma de decisión el instrumento fue aceptable y pudo aplicarse a la muestra de estudio.

3.8. DISEÑO DE LA ESTRATEGIA PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

Descripción detallada por objetivos específicos.

- **Objetivo específico 1:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.

Pruebas estadísticas utilizadas

Por lo que se utilizó la estadística descriptiva:

Media:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n}$$

El error estándar:

$$SE_{\bar{x}} = \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Lo que se considera que s es desviación estándar.

El número de individuos es n.

Límite inferior de una confiabilidad del

$$\text{Extremo inferior} = \bar{x} - 1.96 \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Homogeneidad de varianzas

$$S_i^2 = \frac{1}{n_i - 1} \left[\sum_{j=1}^{n_i} (Y_{ij} - \bar{Y}_i)^2 \right] = \frac{1}{n_i - 1} \left[\sum Y_{ij}^2 - n_i \bar{Y}_i^2 \right]$$

- **Objetivo específico 2:** Evaluar el índice de higiene oral simplificado en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.

Pruebas estadísticas utilizadas

Por lo que se utilizó la estadística descriptiva:

Media:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n}$$

El error estándar:

$$SE_{\bar{x}} = \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Lo que se considera que s es desviación estándar.

El número de individuos es n.

Límite inferior de una confiabilidad del

$$\text{Extremo inferior} = \bar{x} - 1.96 \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

El valor estadístico de prueba.

$$Z_{prueba} = \frac{\bar{x} - \mu}{\frac{\sigma}{\sqrt{n}}}$$

La siguiente formula permite ver la homogeneidad de varianzas.

$$S_i^2 = \frac{1}{n_i - 1} \left[\sum_{j=1}^{n_i} (Y_{ij} - \bar{Y}_i)^2 \right] = \frac{1}{n_i - 1} \left[\sum Y_{ij}^2 - n_i \bar{Y}_i^2 \right]$$

- **Objetivo específico 3:** Comparar la diferencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en ambos grupos antes y después de la intervención educativa.

Pruebas estadísticas utilizadas

Por lo que se utilizó la estadística descriptiva:

Media:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n}$$

El error estándar:

$$SE_{\bar{x}} = \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Lo que se considera que s es desviación estándar.

El número de individuos es n.

Límite inferior de una confiabilidad del

$$\text{Extremo inferior} = \bar{x} - 1.96 \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

La siguiente formula permite ver la homogeneidad de varianzas.

$$S_i^2 = \frac{1}{n_i - 1} \left[\sum_{j=1}^{n_i} (Y_{ij} - \bar{Y}_i)^2 \right] = \frac{1}{n_i - 1} \left[\sum Y_{ij}^2 - n_i \bar{Y}_i^2 \right]$$



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

El objetivo general fue: Determinar la eficacia de la intervención educativa en el índice de higiene oral simplificado en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi.

Se analizó toda la información recogida a través de instrumentos validados y confiables, lo cual garantizó la calidad de los datos. Estos datos fueron procesados adecuadamente y se cruzaron los indicadores para determinar el objetivo general.

La intervención educativa se implementó en los pacientes del grupo experimental para evaluar su eficacia después de 30 días. Se realizó una comparación entre el pre test y el post test para medir resultados, analizando tanto el conocimiento en salud oral y el IHOS.

Objetivo general: Determinar la eficacia de la intervención educativa en el índice de higiene oral simplificado en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi.

Tabla 4.

Eficacia de la intervención educativa en el índice de higiene oral simplificado

		CLASIFICACIÓN DEL IHOS						TOTAL	
		ADECUADO		ACEPTABLE		DEFICIENTE		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
CONTROL	PRE TEST	0	0	8	36.4	14	63.6	22	100.00
	POST TEST	1	4.5	12	54.5	9	40.9	22	100.00
EXPERIMENTAL	PRE TEST	1	4.5	11	50.0	10	45.5	22	100.00
	POST TEST	14	63.6	7	31.8	1	4.5	22	100.00

Nota: Ficha de recolección de datos IHOS.



En la tabla 4, se muestra que, el grupo de control, en el pre test, el 0% de los participantes tuvo una clasificación adecuada, el 36.4% fue calificado como aceptable, y el 63.6% se consideró deficiente. En el post test, el 4.5% alcanzó una clasificación adecuada, el 54.5% fue evaluado como aceptable, y el 40.9% se mantuvo en la categoría deficiente.

En el grupo experimental, en el pre test, el 4.5% fue considerado adecuado, el 50% fue calificado como aceptable y el 45.5% se clasificó como deficiente. En el post test, el 63.6% fue considerado adecuado, el 31.8% se calificó como aceptable y el 4.5% se clasificó como deficiente.



El primer objetivo específico: Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.

Tabla 5.

Nivel de conocimiento en salud bucal antes y después de la intervención educativa

Grupos	Medias	N°	PRE TEST	POST TEST	DIFERENCIA
Control	Media	22	10.73	12.73	2
	Desviación estándar		0.45140	2.931	3.298
	IC 95% Límite inferior		1.6821	9.43	11.27
	IC 95% Límite superior		2.0824	12.03	14.19
	Asimetría		-1.303	-1.768	-0.465
Experimental	Media	22	11.36	18	6.64
	Desviación estándar		0.48721	2.985	1.234
	IC 95% Límite inferior		1.5438	10.4	17.45
	IC 95% Límite superior		1.9758	12.69	18.55
	Asimetría		0.132	0	-0.132

Nota: Cuestionario.



Los resultados mostrados en la tabla 5 ilustran el nivel de conocimiento de ambos grupos, control y experimental, durante la aplicación del pre test y del post test. Estos resultados se evaluaron a través de análisis descriptivos.

Para el grupo control, se consiguió resultados que reflejan el nivel de conocimiento en salud oral que poseen, teniendo un promedio ponderado con una media de 10.73 en el pre test, posterior a eso se volvió a realizar la misma prueba con una media de 12.73 en el post test. Del cual observamos que el solo hecho de conversar del tema, permite que las personas se interesen un poco en su salud bucal, pero la diferencia es de 2 puntos, teniendo en cuenta que fueron 10 preguntas de calificación vigesimal, de 0 a 20, cada pregunta a 2 puntos, por lo que el grupo control mejoro un 10%, en promedio global.

En relación al grupo experimental, los resultados indican el nivel de conocimiento que poseen sobre salud oral, teniendo un promedio ponderado con una media de 11.36 en el pre test, posterior a eso se volvió a realizar la misma prueba con una media de 18 en la evaluación post test, luego de realizar la intervención educativa, con los mismos criterios de calificación vigesimal de 0 a 20, de un total de 10 preguntas, se observó una diferencia de 6.64, lo que refleja una mejora promedio global del 33.3%.

Aunque las personas con ciertos conocimientos acerca de la salud bucodental presentaban comportamientos, costumbres y hábitos deficientes en relación con la salud bucodental, la razón principal es que estas personas son las que menos importancia conceden a su propia salud bucodental.

A pesar de los avances en la concientización sobre la salud bucodental, nuestros hallazgos destacan una brecha significativa entre los conocimientos adquiridos y los hábitos, costumbres y comportamientos.



Además, se recomienda la involucración de las autoridades competentes para que implementen campañas de promoción y unos servicios óptimos de salud bucodental con la implementación y fortalecimiento con recursos humanos profesionales cirujanos dentistas en los diferentes establecimientos de salud del MINSA, ya que esto contribuirá a que los individuos comprendan mejor la importancia de la salud bucodental y les ayudará a mantener una mejor higiene dental y por ende salud bucal.

Los hallazgos de nuestro estudio pueden ayudar a llenar el vacío y proporcionar una noción adecuada para formular programas de refuerzo de la salud bucodental basados en pruebas (implementación de evaluaciones periódicas) que contribuyan a cerrar la brecha entre conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud bucodental de los individuos.

Los pacientes que se apersonan al consultorio odontológico tenían niveles satisfactorios de conocimientos sobre salud bucodental, pero presentaban niveles inadecuados de hábitos de salud bucodental. Esto evidenciado al realizar la comparación de la eficacia de futuros programas que pueden ser implementados por diferentes organismos, que están orientados en cuidar los índices de desconocimiento, la forma adecuada o inadecuada.

Tabla 6.

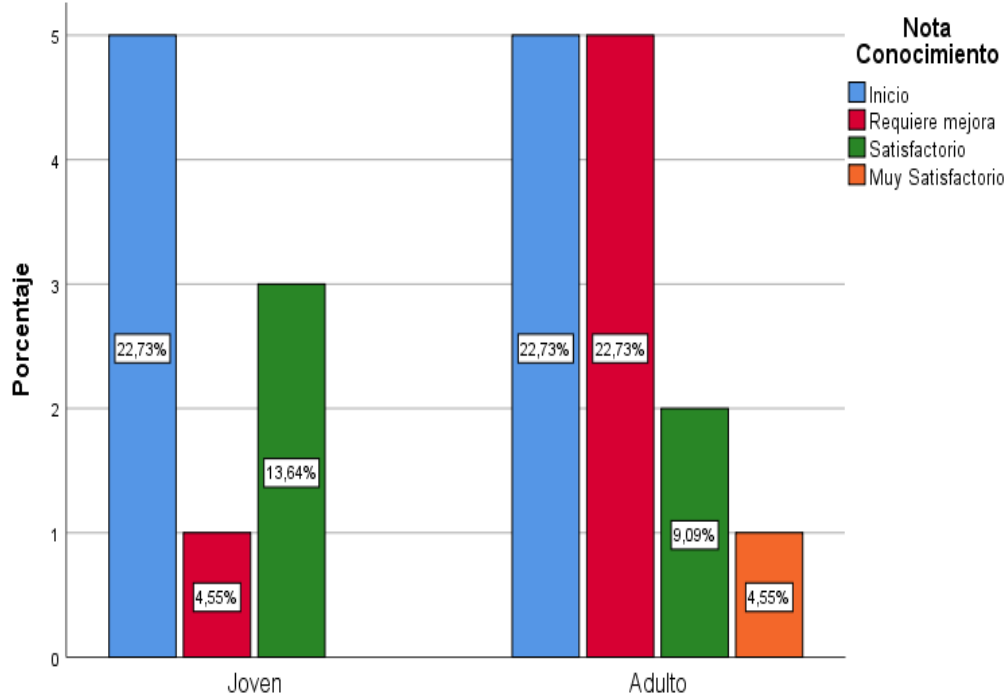
Edad y nivel de conocimiento en salud bucal pre test grupo experimental

EDAD	PRE – TEST Experimental								TOTAL	
	En inicio		Requiere mejora		Satisfactorio		Muy Satisfactorio		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Joven	5	22.7	1	4.5	3	13.6	0	0	9	40.9
Adulto	5	22.7	5	22.7	2	9.1	1	4.5	13	59.1
Total	10	45.5	6	27.3	5	22.7	1	4.5	22	100

Nota: Ficha de recolección de datos, cuestionario.

Figura 1.

Edad y nivel de conocimiento en salud bucal pre-test grupo experimental





De acuerdo con la tabla 6 y la figura 1, se observa que, en el grupo experimental, durante el pretest sobre conocimientos de salud de los pacientes del establecimiento, los resultados para los pacientes jóvenes fueron los siguientes: un 22.7% se encontraba en la categoría de "inicio", un 4.5% necesitaba mejoría, un 13.6% era satisfactorio y ningún paciente estaba en la categoría de "muy satisfactorio". Para los pacientes adultos, un 22.7% se situaba en la categoría de "inicio", un 22.7% requería mejoría, un 0.1% era satisfactorio y un 4.5% se consideraba muy satisfactorio.

Tabla 7.

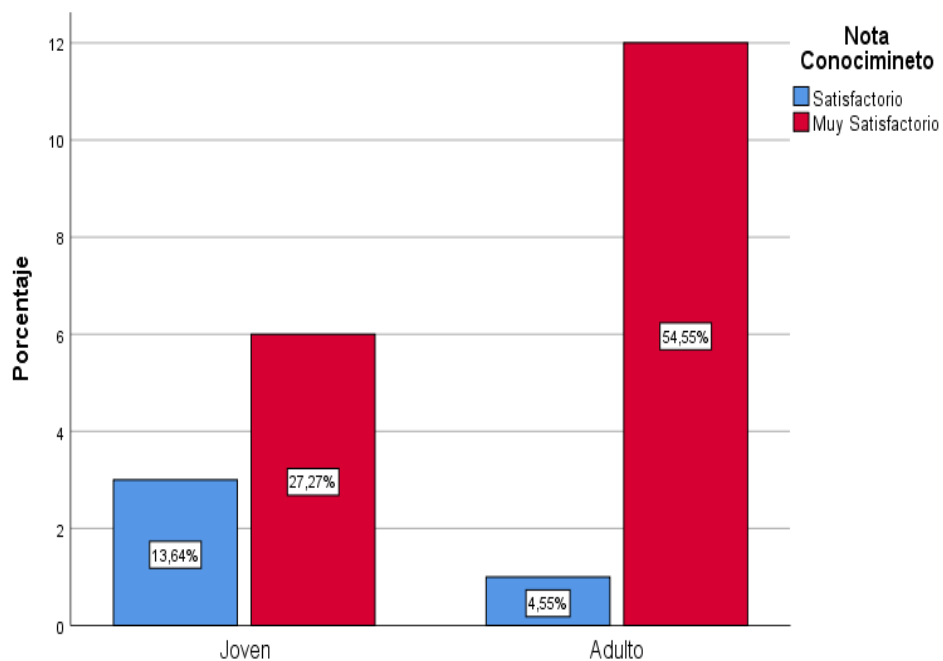
Edad y nivel de conocimiento en salud bucal post test grupo experimental.

EDAD	POST TEST Experimental								TOTAL	
	En inicio		Requiere mejora		Satisfactorio		Muy Satisfactorio		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Joven	0	0	0	0	3	13.6	6	27.3	9	40.9
Adulto	0	0	0	0	1	4.5	12	54.5	13	50.1
Total	0	0	0	0	4	18.2	18	81.8	22	100

Nota: Cuestionario.

Figura 2.

La edad y el nivel de conocimiento en salud bucal post test - grupo experimental





En la tabla 7 y figura 2, se observa que, en el grupo experimental, durante el post test sobre los conocimientos de los pacientes asistentes al establecimiento de salud, cuyos resultados fueron: Grupo de pacientes jóvenes, ningún paciente se encontraba en la categoría de "inicio" ni necesitaba mejora; un 13.6% obtuvo una calificación de "satisfactorio" y un 27.3% fue clasificado como "muy satisfactorio". En el grupo de pacientes adultos, tampoco hubo pacientes en la categoría de "inicio" ni que necesitaran mejora; un 4.5% tuvo una evaluación de "satisfactorio" y un 54.5% alcanzó la categoría de "muy satisfactorio".



El segundo objetivo específico: Evaluar el IHOS en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.

Tabla 8.

Índice de higiene oral simplificado antes y después de la intervención educativa.

Grupos	Medias	N°	PRE TEST	POST TEST	DIFERENCIA
Control	Media	22	1.8823	1.7109	0.1714
	Desviación estándar		4.714	0.4514	0.45881
	IC 95% Límite inferior		28.774	1.6821	1.5075
	IC 95% Límite superior		32.954	2.0824	1.9143
	Asimetría		-0.498	-0.66	0.162
Experimental	Media	22	1.7598	0.7686	0.9912
	Desviación estándar		3.52757	0.48721	0.3794
	IC 95% Límite inferior		32.9307	1.5438	0.6004
	IC 95% Límite superior		32.9307	1.9758	0.9369
	Asimetría		-0.406	0.709	-1.115

Nota: Ficha de recolección de datos, IHOS.



Los resultados de la tabla 8 ilustran el IHOS registrado en los grupos, control y experimental, durante la evaluación de placa bacteriana en las fases de pre test y post test. Estos datos se analizan a través de un análisis descriptivo.

Para al grupo control se obtuvo los resultados que se muestran según el índice usado IHOS, teniendo un promedio ponderado con una media de 1.8823 en el pretest, posterior a eso se volvió a realizar la evaluación del IHOS obteniendo una media de 1.7109.

Para al grupo experimental se obtuvo los resultados que se muestran según el índice usado IHOS, teniendo un promedio ponderado con una media de 1.7598 en el pretest, posterior a eso se volvió a realizar la evaluación del IHOS obteniendo una media de 0.7686.

Es fundamental reconocer que los instrumentos de higiene bucodental, como el cepillo, el dentífrico, el hilo dental y el colutorio, son efectivas herramientas y fáciles de usar para evitar la formación de biofilm o placa dentobacteriana, los implementos de cepillado son una de las líneas de defensa más eficaces en la lucha contra la gingivitis, enfermedad periodontal y demás enfermedades de la cavidad bucal. Al menos dos veces al día, debe cepillarse los dientes a fondo durante tres a cinco minutos cada vez. Esto debe formar parte de su hábito y rutina diaria de higiene bucodental. Además, el hilo dental debe formar parte de su higiene bucal, el hilo dental limpia a fondo las partes de la boca donde el cepillo no puede alcanzar, a lo largo del día las partículas de comida, los azúcares y los ácidos de las bebidas quedan atrapados en las grietas y espacios entre los dientes que son demasiado pequeños y están demasiado juntos, limpiar estos lugares de difícil acceso es más factible con el hilo dental. La caries dental, que significa la desintegración de los tejidos del diente y



formación de cavidades en las piezas dentarias debido a la desmineralización de los dientes, es una enfermedad que puede provocar la pérdida de las piezas dentarias, cepillarse las piezas dentarias contribuye a prevenir las caries, y que puedan dar lugar a cavidades dentales. El cepillado también ayuda a evitar la halitosis, que es algo que puede dificultar que amigos, compañeros de trabajo y familiares establezcan interacciones interpersonales sin problemas con usted.

Es esencial lavarse las piezas dentarias con regularidad para prevenir la acumulación de placa blanda bacteriana, gingivitis y periodontitis. Es posible contraer una enfermedad de las encías si uno se salta el cepillado de los dientes durante numerosos días seguidos. Al cepillarse los dientes, no sólo se elimina la placa, que es el factor clave del proceso carioso y las diferentes enfermedades de las encías, sino que también proporciona un aliento fresco en la cavidad bucal. Los cepillos están disponibles en gran variedad de formas y tamaños, empezando por cabezales muy pequeños diseñados para niños y llegando hasta cabezales grandes de tamaño adulto. Es imprescindible que busques un cepillo con cerdas suaves, de forma y dimensiones del mismo que elijas se amolden cómodamente a tu boca.

Señalamos también que existe la posibilidad de que se esté cepillando los dientes con demasiada fuerza si acaba de comprar un cepillo nuevo y las cerdas ya muestran signos de desgaste rápidamente, para lo cual es indispensable que conozca la técnica adecuada de cepillado, se recomienda sustituir el cepillo de dientes cada tres meses para gozar de una salud bucodental.

También es un factor importante que la pasta de dientes que utilice esté aprobada por la Asociación Dental Americana (ADA). Esto es necesario para asegurarse de que el dentífrico contiene la cantidad adecuada de flúor.

Tabla 9.

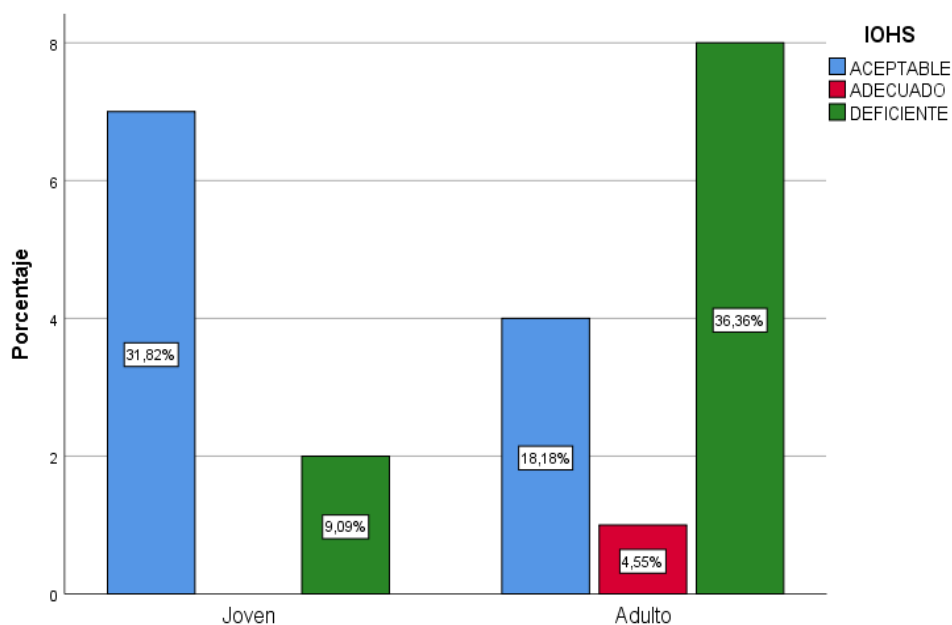
Edad y el índice de higiene oral simplificado pre test grupo experimental

		PRE TEST			Total	
		Grupo experimental				
		ACEPTABLE	ADECUADO	DEFICIENTE		
EDAD	Joven	Cantidad	7	0	2	9
		Total %	31.8%	0,0%	9,1%	40.9%
	Adulto	Cantidad	4	1	8	13
		Total %	18.2%	4,5%	36.4%	59.1%
Total	Cantidad	11	1	10	12	
	Total %	50.0%	4.5%	45.5%	54,5%	

Nota: Ficha de recolección, IHOS.

Figura 3.

Edad y el índice de higiene oral simplificado pre test grupo experimental





Los resultados presentados en la tabla 9 y la figura 3 muestran la detección de placa bacteriana en el grupo experimental durante la fase de pretest para pacientes de 18 a 45 años que visitan el servicio de odontología. En el grupo de jóvenes, se observó que el 31.8% presentó un nivel aceptable, el 0% fue clasificado como adecuado y el 9.1% se consideró deficiente. En el grupo de adultos, el 18.2% obtuvo una calificación de aceptable, el 4.5% considerado adecuado y el 36.4% se clasificó como deficiente.

Tabla 10.

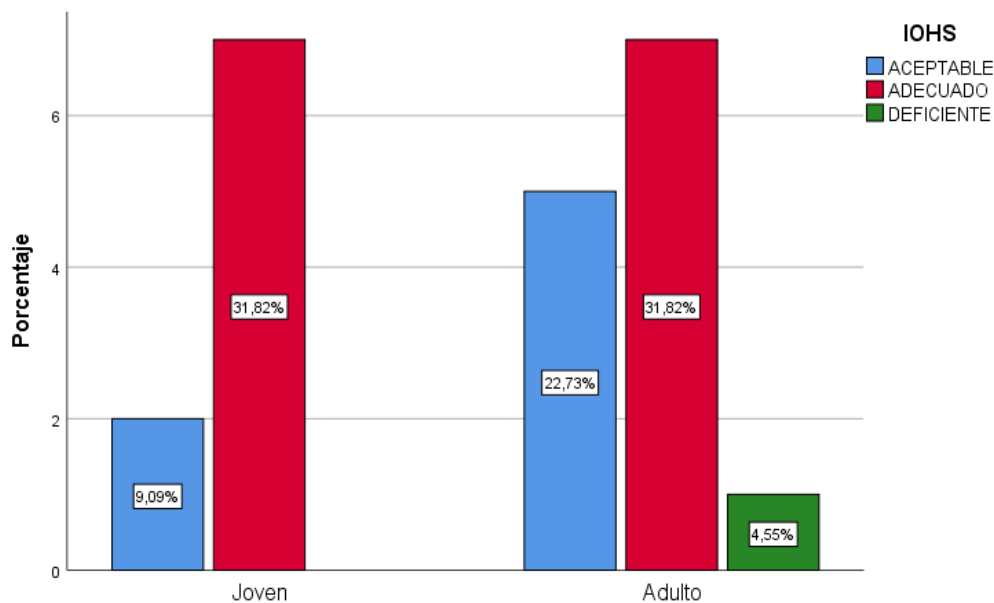
Edad y el índice de higiene oral simplificado post test grupo experimental

		POS-TEST				
		Grupo experimental			Total	
		ACEPTABLE	ADECUADO	DEFICIENTE		
EDAD	Joven	Cantidad	2	7	0	9
		Total %	9.1%	31.8%	0%	40.9%
	Adulto	Cantidad	5	1	1	13
		Total %	22.7%	31.8%	4.5%	59.1%
Total		Cantidad	7	14	1	22
		Total %	31.8%	63.6%	4,5%	100%

Nota: Ficha de recolección de datos, IHOS.

Figura 4.

Edad y el índice de higiene oral simplificado post test grupo experimental





La tabla 10 y figura 4 reflejan la detección de placa bacteriana en el grupo experimental durante la fase de post test para pacientes de 18 a 45 años que acuden al servicio de odontología. En el grupo de jóvenes, se observó que el 9.1% presentó un nivel aceptable, el 31.8% fue clasificado como adecuado y ningún paciente fue considerado deficiente. En cuanto a los adultos, el 22.7% obtuvo una calificación de aceptable, el 31.8% fue considerado adecuado y el 4.5% se clasificó como deficiente.



El tercer objetivo específico: Comparar la diferencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en ambos grupos antes y después de la intervención educativa.

Tabla 11.

Diferencia entre el nivel de conocimiento sobre la salud bucal y el índice de higiene oral simplificado.

Grupos	Medias	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE HIGIENE BUCAL		ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO	
		PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST
Control	Media	10.73	12.73	1.8823	1.7109
	Desviación estándar	0.45140	2.931	4.714	0.4514
	IC 95% Límite inferior	1.6821	9.43	28.774	1.6821
	IC 95% Límite superior	2.0824	12.03	32.954	2.0824
	Asimetría	-1.303	-1.768	-0.498	-0.66
Experimental	Media	11.36	18	1.7598	0.7686
	Desviación estándar	0.48721	2.985	3.52757	0.48721
	IC 95% Límite inferior	1.5438	10.4	32.9307	1.5438
	IC 95% Límite superior	1.9758	12.69	32.9307	1.9758
	Asimetría	0.132	0	-0.406	0.709



Los datos mostrados en la tabla 11 indican que factores como el estado de la cavidad bucal, la falta de atención dental y la asistencia irregular al dentista están relacionados con una baja alfabetización en salud bucodental. En el grupo de control, el promedio del nivel de conocimiento en el pre test fue de 10.73, aumentando a 12.73 en el post test. En cuanto al índice de higiene oral (IHOS), la media en el pre test fue de 1.8823, que disminuyó levemente a 1.7109 en el post test, lo que sugiere que este grupo experimentó una mejora en su conocimiento sobre higiene bucal y una pequeña reducción en el IHOS. En contraste, en el grupo experimental, el promedio del nivel de conocimiento en el pre test era de 11.36, incrementándose de manera significativa a 18 en el post test. En relación al IHOS, la media en el pre test fue de 1.7598, que se redujo de manera notable a 0.7686 en el post test. Estos resultados claramente demuestran que el grupo experimental evidenció una mejora significativa en su conocimiento sobre higiene bucal y una disminución relevante en el IHOS, lo que sugiere un estado de salud oral más favorable.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de desarrollar estrategias de comunicación efectivas con la población objetivo. Además, resaltan la escasez de conocimiento existente en la población de los grupos joven y adulto respecto a la salud bucodental y su vital importancia en su calidad de vida. Es fundamental realizar evaluaciones sobre conocimientos en salud bucodental como parte de los esfuerzos de alfabetización en esta área, identificando las áreas deficientes para desarrollar programas educativos efectivos que se ajusten al estilo de vida de ambas poblaciones. A pesar de que algunos pacientes poseen conocimientos sobre higiene bucal, en muchos casos no aplican adecuadamente estas



prácticas debido a la falta de enseñanza personalizada en términos de técnicas de cepillado y conocimiento de los implementos.

4.2. PROCESO DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL

Comparaciones múltiples						
(I) grupos	(J) grupos	Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Pre control	Post Control	-,636*	,236	,041	-1,25	-,02
	Pre	-,136	,236	,938	-,75	,48
	Experimental					
Post Control	Post	-2,091*	,236	,000	-2,71	-1,47
	Experimental					
	Pre control	,636*	,236	,041	,02	1,25
Pre	Pre	,500	,236	,155	-,12	1,12
	Experimental					
	Post	-1,455*	,236	,000	-2,07	-,84
Experimental	Experimental					
	Pre control	,136	,236	,938	-,48	,75
	Post Control	-,500	,236	,155	-1,12	,12
Post	Post	-1,955*	,236	,000	-2,57	-1,34
	Experimental					
	Pre control	2,091*	,236	,000	1,47	2,71
Experimental	Post Control	1,455*	,236	,000	,84	2,07
	Pre	1,955*	,236	,000	1,34	2,57
	Experimental					

*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.

La tabla muestra los resultados obtenidos en la prueba de homogeneidad de ambos grupos en relación con la variable. Se utilizaron comparaciones múltiples mediante la prueba de HSD Tukey el cual analiza la diferencia de medias para ver su homogeneidad.

En la primera columna se presentan los grupos involucrados en cada comparación. La columna Diferencia de medias (I-J) muestra la diferencia que existe entre las medias de los dos grupos. La columna "Desv. Error" indica el



error estándar de la diferencia de medias. La columna "Sig." muestra el valor de significancia, es decir, la probabilidad de obtener una diferencia de medias igual o más extrema por pura casualidad. Finalmente, los límites inferior y superior del intervalo de confianza al 95% se presentan en las columnas correspondientes. Se evidencia que hay significativas diferencias en varias comparaciones. Por ejemplo, la diferencia de medias entre el grupo control antes y después de la intervención es de -0.636, con un intervalo de confianza de -1.25 a -0.02. Esto sugiere que hubo una disminución significativa en las notas del grupo control después de la intervención.

Del mismo modo, se encuentran significativas diferencias entre los otros grupos en las comparaciones respectivas. Por ejemplo, la diferencia que existe de medias entre el grupo experimental y control post test es de -2.091, con un intervalo de confianza de -2.71 a -1.47. Esto indica una diferencia significativa en las notas entre estos dos grupos después de la intervención.

Los hallazgos de la prueba de homogeneidad indican diferencias significativas entre los grupos control y experimental, así como entre las distintas combinaciones. Esto sugiere de manera clara que la intervención ha influido en las calificaciones de los participantes y que los grupos no son homogéneos respecto a las variables analizadas.

Primera hipótesis específica

Antes de emplear la intervención educativa, el nivel de conocimiento en salud bucal y el IHOS son deficientes en el grupo control.

PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZA

		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Grupo control	Se basa en la media	,141	1	42	,710
	Se basa en la mediana	,000	1	42	1,000
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	,000	1	37,494	1,000
	Se basa en la media recortada	,064	1	42	,801

En la tabla se evidencia la prueba de homogeneidad, que nos permite ver si existe igualdad en el grupo "control" en el pre, así como en el post.

Para la toma de decisión:

H0= cuando el resultado de significancia es menor a 0.05.

H1= cuando el resultado de significancia es mayor a 0.05.

El resultado de la prueba de Levene, respecto a la significancia que se obtuvo 0.710 siendo mayor a 0.05 por lo que podemos aceptar la hipótesis alterna que, si hay varianzas iguales, por lo que en el grupo control no hubo ningún cambio significativo.

Para lo cual primero se realizó la prueba de normalidad.

PRUEBAS DE NORMALIDAD DEL PRE TEST Y POST TEST CONTROL

Control	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Pre test	,220	22	,007	,863	22	,006
Post test	,241	22	,002	,816	22	,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla, primeramente, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, cuando los datos son menores a 50. Con la finalidad de realizar la correlación de las variables y se pudo observar la distribución de estas. Para lo cual se formuló las siguientes hipótesis.

En ese sentido se formulan las hipótesis correspondientes:

Ho: $p < 0.05$

Los datos no tienen una distribución normal.

H1: $p > 0.05$

Los datos tienen una distribución normal.

Al examinar los resultados de la prueba estadística de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de los datos, se encontró un nivel de significancia asintótico bilateral. Como resultado, se acepta la hipótesis nula, lo que indica que los datos del pre test y post test del grupo control no siguen una distribución normal.

PRUEBA DE HIPÓTESIS PRE TEST Y POST TEST CONTROL

Estadísticos de prueba ^a	
	Grupo control
U de Mann-Whitney	136,000
W de Wilcoxon	389,000
Z	-2,554
Sig. asintótica(bilateral)	,011

a. Variable de agrupación: grupos

La hipótesis de investigación fue: Antes de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado son deficientes en el grupo control.

Primero, planteamos la hipótesis estadística, con dos hipótesis: una nula (H_0) y la otra alterna (H_a). La regla de decisión establece que se acepta H_a si el valor p del resultado es menor a 0.05, y se acepta H_0 si es mayor a 0.05.

Las hipótesis son las siguientes:

H_0 : Antes de la intervención educativa, el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el IHOS son eficientes en el grupo control.

H_a : Antes de la intervención educativa, el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el IHOS son deficientes en el grupo control.

Analizamos el nivel de significancia (alfa) establecido en 0.05 para un 95% de confiabilidad. Utilizamos la prueba U de Mann-Whitney para la comparación de muestras relacionadas en la prueba control.

Calculamos los resultados estadísticos después de realizar la prueba y encontramos un p -valor de 0.000, que es menor a 0.05.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0). Esto lleva a la conclusión de que, antes de la implementación de la intervención educativa, el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado eran deficientes en el grupo control.

Segunda hipótesis específica

Después de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el IHOS es bueno en el grupo experimental.

PRUEBA DE HOMOGENEIDAD

		Estadístico			
		de Levene	gl1	gl2	Sig.
Nivel de	Se basa en la media.	13,502	1	42	,001
conocimientos	Se basa en la mediana.	10,742	1	42	,002
	Se basa en la mediana y con gl ajustado.	10,742	1	30,786	,003
	Se basa en la media recortada.	13,670	1	42	,001

En la tabla se evidencia la prueba de homogeneidad, que nos permite si existe igualdad en el grupo experimental en dos momentos, el pre como en el post test.

Para la toma de decisión:

H_0 = cuando el resultado de significancia es menor a 0.05.

H_1 = cuando el resultado de significancia es mayor a 0.05.

El resultado de la prueba de Levene, respecto a la significancia que se obtuvo 0.001 siendo menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis nula que, no hay varianzas no son constantes, por lo que en el grupo experimental si hubo cambio significativo.

PRUEBA DE NORMALIDAD

Experimental	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Pre test	,143	22	,200*	,956	22	,416
Post test	,318	22	,000	,775	22	,000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Se muestra en la tabla, primeramente, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk con la finalidad de realizar la correlación de las variables y se pudo observar la distribución de estas. Para lo cual se formuló las siguientes hipótesis

En ese sentido se formulan las hipótesis correspondientes:

Ho: $p > 0.05$

Los datos no tienen una distribución normal

H1: $p < 0.05$

Los datos tienen una distribución normal

Al obtener los resultados de la prueba estadística de Shapiro-Wilk que permitió ver la normalidad de los datos, se observó un nivel de significancia asintótica bilateral: Por lo que aceptamos la hipótesis alterna estadística. Por consiguiente:

Los datos correspondientes al pre test y post test respecto al grupo experimental.

PRUEBA DE HIPÓTESIS PRE TEST Y POST TEST EXPERIMENTAL.

Estadísticos de prueba^a

	Grupo Experimental
U de Mann-Whitney	13,000
W de Wilcoxon	266,000
Z	-5,507
Sig. asintótica(bilateral)	,000

a. Variable de agrupación: grupos

La hipótesis de investigación fue: Después de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado es bueno en el grupo experimental.

Primero, planteamos la hipótesis estadística, con dos hipótesis: una nula (H_0) y una alterna (H_a). La regla de decisión establece que se acepta H_a si el valor p del resultado es menor a 0.05, y se acepta H_0 si es mayor a 0.05. Las hipótesis son las siguientes:

H_0 : Después de la intervención educativa, el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado son malos en el grupo experimental.

H_a : Después de la intervención educativa, el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado son buenos en el grupo experimental.

Analizamos el nivel de significancia (alfa) establecido en 0.05 para un 95% de confiabilidad. Utilizamos la prueba U de Mann-Whitney para la comparación de muestras relacionadas en la prueba experimental.

Tras calcular los resultados estadísticos, se obtuvo un p-valor de 0.000, que es menor a 0.05. Por consiguiente, se acepta la hipótesis alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0). Esto permite concluir que, después de la intervención educativa, el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado mejoraron significativamente en el grupo experimental.

Tercera hipótesis específica

La aplicación del programa de intervención educativa logra mejores niveles de conocimiento en salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en el grupo experimental respecto al grupo control.

PRUEBA DE NORMALIDAD

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Experimental	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Pre test	,138	44	,096	,942	44	,099
Post test	,191	44	,100	,908	44	,092

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla, primeramente, se utilizó la prueba de Kolmogorov -Smirnov con la finalidad de realizar la correlación de las variables y se pudo observar la distribución de estas. Para lo cual se formuló las siguientes hipótesis

En ese sentido se formulan las hipótesis correspondientes:

H_0 : $p > 0.05$

Los datos no tienen una distribución normal.

H_1 : $p < 0.05$

Los datos tienen una distribución normal.



Al obtener los resultados de la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, que evaluó la normalidad de los datos, se observó un nivel de significancia asintótico bilateral. En consecuencia, se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, los datos del pretest y post test correspondientes al grupo experimental no siguen una distribución normal.

HIPÓTESIS DEL GRUPO CONTROL Y EXPERIMENTAL

Diferencias emparejadas								
				95% de intervalo de confianza de la diferencia				Sig.
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	Inferior	Superior	t	gl	(bilateral)
Pre test y post test	1.52	3,10100	,46749		-29,56571	-	43	,000
				31,45129		65,26		

La hipótesis de investigación fue: La aplicación del programa de intervención educativa logra mejores niveles de conocimiento en salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en el grupo experimental respecto al grupo control.

Primero, planteamos la hipótesis estadística con dos hipótesis: una nula (H0) y la otra alterna (Ha). La regla de decisión establece que se acepta Ha si el valor p del resultado es menor a 0.05, y se acepta H0 si es mayor a 0.05. Las hipótesis son las siguientes:

H0: La aplicación del programa de intervención educativa no logra mejores niveles de conocimiento en salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en el grupo experimental respecto al grupo control.



Ha: La aplicación del programa de intervención educativa logra mejores niveles de conocimiento en salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en el grupo experimental respecto al grupo control.

Analizamos el nivel de significancia (alfa) establecido en 0.05 para un 95% de confiabilidad y utilizamos la prueba de hipótesis para comparar muestras relacionadas en el grupo control.

Tras calcular los resultados estadísticos, obtenemos un p-valor de 0.000, que es menor a 0.05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna (H_a) y se rechaza la hipótesis nula (H_0).

Esto nos lleva a concluir que la implementación del programa de intervención educativa mejoró significativamente el nivel de conocimiento en salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en el grupo experimental en comparación con el grupo control.

4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La tabla 4, que evalúa la eficacia de la intervención educativa en el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), los resultados muestran una reducción en el IHOS en el grupo control durante el post test, a pesar que no fue aplicado ninguna intervención. Esto sugiere que la simple provisión de implementos de higiene bucal pudo haber incentivado a los pacientes a utilizarlos con mayor regularidad y a prestar más atención a su cuidado bucal. En el grupo experimental, los resultados muestran una reducción significativa en el IHOS tras la implementación de la intervención. Esta intervención incluyó educación personalizada mediante herramientas audiovisuales, uso de maquetas tipodonts, proporcionar kits de higiene, instructivos e información minuciosa sobre prácticas saludables, como la técnica de cepillado. Además, se realizó un seguimiento mínimo de 30 días. La investigación de Leal et al. (2020), que analizó la efectividad de una intervención en higiene bucal evidenció un incremento en el nivel de conocimiento y una mejoría en el control de la placa tras la aplicación del estudio. Los resultados fueron mejores en comparación con la investigación de Scheerman et al. (2020), que examinó la eficacia de una aplicación móvil en adolescentes con aparatología ortodóntica fija y logró un nivel de conocimiento promedio. También difiere de la investigación de Wong et al. (2019), que identificó causas vinculadas con la deficiente y escasa salud oral en ancianos, revelando deficiencias en la higiene bucal y problemas dentales frecuentes, los cuales se asociaron con una calidad de vida deficiente en términos de salud oral. Además, los resultados fueron distintos de la investigación de Croonquist et al. (2020), que observó mejorías en la higiene bucal y una disminución en el índice de caries en residentes de hogares de ancianos tras recibir atención del



profesional odontólogo y formación individualizada en cuidado bucal, aunque el nivel de conocimiento adquirido fue limitado. De manera similar al estudio de Yero et al. (2020), que examinó el efecto de un programa educativo preventivo en las percepciones de los estudiantes sobre las caries y halló un incremento en el conocimiento fundamental, la percepción del riesgo y las prácticas de higiene bucal, el presente estudio también presenta resultados similares. Asimismo, guarda relación con la investigación de Scheerman et al. (2020), se realizó un estudio para analizar la efectividad de una aplicación móvil de salud bucal en adolescentes en tratamiento de ortodoncia. En este estudio, el grupo que empleó la aplicación tuvo acceso a ella, mientras que el grupo de control recibió únicamente la atención habitual. Los hallazgos indicaron que el uso de la aplicación móvil llevó a una disminución significativa del sangrado gingival y a una reducción en la cantidad de placa, en comparación con el grupo de control.

En la tabla 5, se obtuvo resultados en el grupo control que revelan en el pretest, los usuarios poseían un conocimiento previo de 10.73 a cerca de salud oral. Tras la aplicación del estudio, en el post test se observó un incremento en el conocimiento, evidenciando una media de 12.73. Lo que sugiere que la discusión sobre salud bucal suscitó un mayor interés entre los participantes, la diferencia fue de 2 puntos, lo que representa una mejora del 10% en promedio global. En contraste, el grupo experimental mostró un conocimiento que promediaba alrededor de 11.36 en el pretest. Después de recibir la intervención, el post test reveló un aumento significativo en el conocimiento, alcanzando un promedio de 18. Esto equivale a una diferencia de 6.64 puntos y una mejora del 33.3% en el promedio global. Los hallazgos también subrayan la discrepancia entre actitudes y comportamientos relacionados con la salud oral. Se sugiere que



las autoridades sanitarias asignen personal capacitado en los centros de salud para promover y ofrecer servicios de salud bucal de calidad. Esto contribuirá a mejorar la comprensión sobre la importancia de la salud dental, fomentará prácticas de higiene más efectivas y beneficiará tanto la salud oral como la general de la población. En cuanto al grupo experimental, se observó que la media del nivel de conocimiento en la evaluación inicial (pretest) era de 11.36, y aumentó de manera significativa a 18 en la evaluación final (post test). Además, el índice de higiene oral (IHOS) mostró una notable disminución, pasando de 1.7598 a 0.7686. Dichos resultados indican una mejora considerable en el conocimiento de temas en higiene bucal y una disminución significativa en el IHOS, sugiriendo una mejora en la salud bucal del grupo experimental. Es fundamental acrecentar estrategias de comunicación asertivas amoldadas a las necesidades específicas de la población objetivo. La brecha de conocimiento sobre salud bucodental en jóvenes y adultos, y su impacto en la calidad de vida, resalta la importancia de evaluar el conocimiento en esta área como parte de los esfuerzos de alfabetización. Identificar las áreas con deficiencias de conocimiento permitirá crear programas educativos efectivos que se ajusten a los estilos de vida de la población y aborden sus necesidades particulares. Castillo et al. (2020) aplicaron una educación técnica diversificada en el trabajo con adolescentes, quienes son especialmente susceptibles a problemas de salud, incluida la salud bucal. Utilizando un cuestionario para evaluar el conocimiento sobre salud bucal antes y después de la intervención, los resultados fueron consistentes con los de nuestra investigación, mostrando un aumento en el conocimiento, con los estudiantes adquiriendo nueva información sobre salud bucal



En la tabla 8 muestra la evaluación de la higiene oral del grupo experimental haciendo uso del índice IHOS previo y posterior a la intervención educativa. El promedio ponderado en el pretest fue de 1.7598, mientras que en el post test mejoró significativamente, alcanzando 0.7686. Cuyos resultados demuestran que la intervención educativa tuvo un resultado positivo en la higiene oral de los pacientes. Es crucial subrayar la importancia de proporcionar herramientas de higiene oral, entre ellos cepillos de dientes, pasta dental, hilo dental y enjuague bucal, ya que son esenciales y fáciles de usar para prevenir la acumulación de placa bacteriana y las enfermedades bucales. Se recomienda cepillarse las piezas dentarias a fondo al menos dos veces al día en un lapso de tres a cinco minutos en cada cepillado. En un estudio relacionado, Croonquist et al. (2020) observaron mejorías en higiene oral y una disminución en caries radiculares entre residentes de hogares de ancianos tras la implementación de un cuidado bucal mensual, acompañado de instrucciones personalizadas. Resultados similares se encontraron en el estudio de Acero L. (2019), donde un programa educativo en pacientes con ortodoncia fija mostró una mejora en los niveles del IHOS. Después de 60 días de implementar el programa preventivo en educación, el índice de higiene oral O'Leary disminuyó al nivel de "regular" en ambos grupos, tanto en el experimental como en el control. Aunque aquellos con ciertos conocimientos sobre salud bucal mejoraron en algunos aspectos, mostraron actitudes y comportamientos insuficientes respecto a su propia salud bucal, lo que podría atribuirse a una falta de valoración de su salud dental. En el estudio de Wong et al. (2019), se reconocieron factores en relación con una mala salud oral en ancianos, como la acumulación de placa dental, patologías en las encías y el uso de dentaduras artificiales. Cuyos problemas están asociados a



una mala calidad de vida relacionada con la salud bucal y signos de malnutrición. Esto resalta la necesidad de implementar la atención bucal y la calidad de los servicios en los hogares de ancianos, y subraya la importancia de investigar más a fondo esta población para mejorar la salud oral, la nutrición y la calidad de vida. El uso de hilo dental es fundamental para llegar a las áreas difíciles de alcanzar entre los dientes. El grupo experimental mostró una mejora significativa en su higiene bucal tras la intervención. Estos resultados destacan la importancia de promover una buena salud bucal y ofrecer servicios de salud adecuados en este ámbito. Se recomienda que las autoridades asignen personal suficiente en los centros de salud, proporcionen gratuitamente implementos de higiene oral y establezcan un sistema educativo en salud bucal. Esto sensibilizará a la población sobre la importancia de la salud bucal, fomentará mejores prácticas de higiene dental y, por consiguiente, mejorará la salud bucal general.

En la tabla 11 se muestra que, en el grupo control, la media del nivel de conocimiento en el pretest era de 10.73, incrementando a 12.73 en el post test. Respecto al IHOS, la media en el pretest fue de 1.8823 y disminuyó ligeramente a 1.7109 en el post test. Estos resultados sugieren que, en promedio, el grupo de control experimentó un progreso en su conocimiento en el tema de higiene bucal y una ligera reducción en el índice de higiene oral. Por otro lado, en el grupo experimental, los datos de la media referente al nivel de conocimiento en el pretest eran de 11.36 e incrementó significativamente a 18 en el post test. En cuanto al IHOS, la media en el pretest era de 1.7598 y disminuyó notablemente a 0.7686 en el post test. Los resultados evidencian que el grupo experimental mostró una mejoría significativa en el conocimiento a cerca de higiene bucal y una reducción considerable en el índice de higiene oral, lo que sugiere una



mejoría considerable en la salud bucal. Para crear estrategias de comunicación efectivas, es importante desarrollar métodos que permitan transmitir mensajes de manera clara y adecuada. Esto implica adaptar el contenido a las necesidades y características del público objetivo, así como elegir los canales más apropiados para asegurar que la información llegue de manera efectiva y comprensible. La evidencia revela una falta de conocimiento sobre salud bucodental y su influencia en la calidad de vida tanto en jóvenes como en adultos, lo que sugiere una baja conciencia sobre cómo la salud dental afecta el bienestar general. Por lo tanto, es esencial evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental como parte de los esfuerzos para mejorar la educación en esta área. Esta evaluación ayudará a identificar las áreas específicas donde hay deficiencias de conocimiento y, en consecuencia, a desarrollar programas educativos que se ajusten a los estilos de vida de la población. Los datos descriptivos indican que los conocimientos en salud bucodental y el índice de salud bucal de los pacientes que asistieron a consultas odontológicas mejoraron, al igual que sus hábitos. Sin embargo, se observa que, aunque las personas puedan tener conocimientos sobre higiene bucal, a menudo no los aplican correctamente debido a técnicas de cepillado inadecuadas o falta de conocimiento sobre los implementos. Esto sugiere la necesidad de una enseñanza personalizada. En conclusión, tras la implementación de la intervención educativa, se observó un aumento en el nivel de conocimiento de los pacientes, y estos datos están directamente correlacionados con una disminución en el índice de higiene oral. Concluimos que la intervención educativa ha demostrado ser altamente efectiva en la mejoría del IHOS, se destaca la importancia de la motivación y la educación individual.



CONCLUSIONES

PRIMERA: La intervención educativa demostró ser muy efectiva para mejorar el índice de higiene oral. Destacando el grupo experimental, el análisis del pretest reveló que el 4.5% de los participantes fue clasificado como adecuado, el 50% como aceptable y el 45.5% como deficiente. Después de la intervención, los niveles mejoraron significativamente: el 63.6% fue clasificado como adecuado, el 31.8% como aceptable y solo el 4.5% como deficiente. La efectividad de la intervención se manifiesta en el aumento del conocimiento y en la mejora del índice de higiene oral. En el grupo experimental, se observó un aumento del 59.1% en los participantes que mostraron una mejora, ratificado por la prueba de hipótesis que arrojó una significancia de 0.002. Estos resultados permiten confirmar la eficacia de la intervención educativa aplicada a pacientes de 18 a 45 años en el establecimiento de salud Taparachi.

SEGUNDA: Tras 30 días de aplicar la intervención educativa, se concluye que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en el grupo experimental mostró mejoras notables, alcanzando un nivel "satisfactorio" en el 4.5% de los participantes y "muy satisfactorio" en el 20.5%, en comparación con el pretest. El control periódico y la prueba de homogeneidad de varianza post test indicaron que tanto el nivel de conocimiento como el IHOS resultaron ser equivalentes. La hipótesis formulada fue aceptada con una significancia de 0.000,



que es menor a 0.005, lo que sugiere que no hubo cambios significativos en el grupo control.

TERCERA: En el grupo experimental, el IHOS mostró mejoras significativas tras la intervención. En el pretest, los datos eran del 4.5% para adecuado, 50% para aceptable y 45.5% para deficiente. Sin embargo, en el post test, estos valores cambiaron a 63.6% adecuado, 31.8% aceptable y 4.5% deficiente. La intervención educativa demostró ser efectiva, resultando en un nivel de conocimiento en salud oral y un IHOS notablemente mejorados en el grupo de estudio. La ausencia de varianzas iguales indica cambios significativos antes y después de la intervención. Un 30% de los participantes experimentaron mejoras, lo cual respalda la hipótesis planteada. El p-valor obtenido fue 0.000, menor a 0.05, lo que confirma la eficacia de la intervención educativa.

CUARTA: La comparación de los niveles de conocimiento y del IHOS en ambos grupos, antes y después de la intervención educativa, revela las siguientes conclusiones: En el grupo control, la media del nivel de conocimiento aumentó de 10.73 en el pretest a 12.73 en el post test. En cuanto al IHOS, la media en el pretest era de 1.8823, disminuyendo a 1.7109 en el post test. Estos resultados sugieren una mejora moderada en el conocimiento y una ligera disminución en el IHOS en el grupo control. Por otro lado, el grupo experimental evidenció una mejora significativa. En este grupo, la media del nivel de conocimiento aumentó de 11.36 en el pretest a 18 en el post test. En cuanto al IHOS, la media en el pretest era de 1.7598,



reduciéndose notablemente a 0.7686 en el post test. Los resultados evidencian una mejora considerable en el conocimiento y una significativa reducción en el IHOS, lo que sugiere una mejoría en la salud bucal. La comparación de estas diferencias respalda la aceptación de la hipótesis alternativa (H_a) y el rechazo de la hipótesis nula (H_0). El p-valor obtenido fue 0.000, lo cual es menor que 0.05, lo que respalda la efectividad de la intervención educativa en el grupo experimental. Esto indica que el grupo experimental mostró mejoras más notables tanto en el conocimiento como en el índice de higiene oral en comparación con el grupo de control.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se propone al director y al jefe de recursos humanos de la Red de Salud San Román la contratación de cirujanos dentistas para fortalecer el área de Odontología en los centros de salud de primer nivel, que son frecuentados por la mayoría de la población. Esta iniciativa busca mejorar las actividades de prevención y promoción de la salud bucodental. La investigación ha demostrado la efectividad de un programa de intervención educativa personalizada, y se espera que esta medida ayude a reducir el IHOS en diferentes grupos etarios de la población.
- SEGUNDA:** Se recomienda a la coordinación de la Estrategia de Salud Bucal de la Red de Salud San Román que adquiera implementos de cepillado, como dentífrico, cepillos, hilo dental y colutorios, para distribuir entre los distintos grupos etarios que acuden a los establecimientos de salud. Se ha demostrado que, al mejorar el conocimiento y proporcionar estos implementos, se consigue una reducción significativa en el IHOS. También se sugiere implementar programas de difusión en salud bucal para fortalecer la conciencia, educación y prácticas saludables en la población.
- TERCERA:** A los profesionales cirujanos dentistas que trabajan en los diferentes establecimientos de I y II nivel de la Red de Salud San Román abordar con responsabilidad la sensibilización de los pacientes que visitan los consultorios de odontología. El objetivo



es fortalecer los conocimientos en salud bucal, reducir el IHOS y el índice de caries. Se sugiere implementar programas integrales que incluyan intervención, evaluación y controles periódicos para optimizar la salud bucodental de la población atendida.

CUARTA: A los investigadores que realicen estudios similares considerar otros grupos etarios, esto permitirá favorecer a más población con estos programas de intervención educativa en salud, ya que con la presente investigación se ha demostrado ampliamente su efectividad. Al mismo tiempo reorientará y optimizará las políticas de salud pública en mejora de la salud bucal y salud general de la población.



REFERENCIAS

- Abril, J., Ferreira, G., & Cruz, C. (2019). *Propuesta didáctica para fomentar la práctica de los hábitos saludables en estudiantes del curso 201 del IED vista bella sede C en la ciudad de Bogotá*. [Universidad Libre de Colombia]. [https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/17630/PROPUESTA DIDÁCTICA PARA FOMENTAR LA PRÁCTICA DE LOS HáBITOS SALUDABLES%2C EN ESTUDIANTES DEL CURSO.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/17630/PROPUESTA%20DIDÁCTICA%20PARA%20FOMENTAR%20LA%20PRÁCTICA%20DE%20LOS%20HÁBITOS%20SALUDABLES%20EN%20ESTUDIANTES%20DEL%20CURSO.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Acero, L. (2019). *Efecto de un programa preventivo - educativo en el incremento del conocimiento y control de placa bacteriana en pacientes de 12 a 17 años portadores de aparatología ortodóncica fija, Arequipa 2017* [Universidad Nacional del Altiplano]. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7104/Molleapaza_Mamani_Joel_Neftali.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Acosta, M., Morgado, D. E., Roríguez Betancourt, M., Castillo Arencibia, Y., Acosta Cabezas, M., Morgado, D. E., Roríguez Betancourt, M., & Castillo Arencibia, Y. (2019). Programa Educativo de salud bucodental en reclusos del Centro de Atención al Joven. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(2), 53–64. <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v21n2/1608-8921-gme-21-02-48.pdf>
- Agreda, M. (2017). *Estrategia De Atención En Salud Bucal Para Niños Y Niñas Indígenas Del Jardín Infantil: "Casa De Pensamiento Intercultural Shinyak"*, Localidad Santa Fe- Bogotá D.C. <http://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/62772>
- Alcalá, P. (2019). *Nivel de conocimientos en salud bucal de los padres de familia*



- de la escuela de San Pablo Tejalpa, Tenancingo, Estado de México en el ciclo Escolar 2018-2019.* <http://hdl.handle.net/20.500.11799/104673>
- Álvarez, M. (2019). *Diseño de un programa de intervención, en un barrio en riesgo de exclusión social, sobre salud bucodental y sus hábitos de higiene.* https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/91116/174_44065467-ALVAREZ DOMINGUEZ%2C MARINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Armas, J., & Puyen, C. (2019). *Efecto de una intervención educativa vía whatsapp en la higiene oral de pacientes portadores de aparatología ortodóntica fija atendidos en consultorios privados en la provincia de Chiclayo,* 2018. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1661/1/TL_ArmasPerezJohan_PuyenGoicocheaCreysi.pdf
- Benites, R., & Fonseca, M. (2019). Salud bucal en escolares de segundo año de educación básica del cantón Ambato. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(5), 55. <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/1272/141>
- Canales, D., & Cooper, F. (2019). Conocimiento estudiantil sobre enfermedad periodontal e inclusión de temas de salud oral en carreras de la salud. *Innovare: Revista de Ciencia y Tecnología*, 8(2), 81–87. <https://doi.org/10.5377/innovare.v8i2.9060>
- Cantarutti, C., Véliz, C., & Guerra, C. (2019). Políticas públicas que favorecen la salud bucal: recomendaciones internacionales y análisis de la situación en Chile. *Temas de La Agenda Pública*, 14(111), 1–16. <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/45741/N-i111>



- Políticas p%2Biblicas que favorecen la salud bucal. Recomendaciones internacionales y an%2Bálisis de la situaci%2Bin en Chile.pdf?sequence=1
- Carra, M. C., Detzen, L., Kitzmann, J., Woelber, J. P., Ramseier, C. A., & Bouchard, P. (2020). Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(S22), 72–89. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13234>
- Carranza, F., Newman, M., & Takei, H. (2014). *Carranza periodontología clínica* (McGraw-Hil).
- Carrión, A. (2022). *Control de higiene oral y su relación con "la estomatitis subprotésica en pacientes adultos mayores asociados al programa del adulto mayor en el hospital regional" "Eleazar Guzmán Barrón", "distrito de nuevo Chimbote, provincia del Santa, departamento de [Universidad Católica los Ángeles Chimbote].* http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/30193/HI GIENE_ORAL_CARRION_VILLALVA_ARIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Castillo, S., Parejo, D., Montoro, Y., Mayán, G., & Renda, L. (2020). Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes de secundaria. *Invest.Medicoquir*, 12(2), 1–15.
- Cervantes, S., Sucari, W., & Padilla, T. (2020). Revista Innova Educación. *Revista Innova Educación*, 2(4), 650–667. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8054619>
- Chillce, G., & Flores, Y. (2018). *Efecto De Una Intervención Educativa Sobre Higiene Oral En Niños Y Adolescentes Con Síndrome De Down En Los*



Centros De Educación Básica Especial De La Provincia De Chiclayo 2017.

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO.

Crespo, L., Parra, S., Moreno, M., Matos, L., & Aguilera, F. de las M. (2019).

Intervención educativa sobre nivel de conocimientos en salud bucal en adolescentes de "Rafael Freyre." *Correo Científico Médico*, 23(2), 443–458.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-

43812019000200443

Croonquist, C. G., Dalum, J., Skott, P., Sjögren, P., Wårdh, I., & Morén, E. (2020).

Effects of domiciliary professional oral care for care-dependent elderly in nursing homes – oral hygiene, gingival bleeding, root caries and nursing staff's oral health knowledge and attitudes. *Clinical Interventions in Aging*,

15, 1305–1315. <https://doi.org/10.2147/CIA.S236460>

Cuevas, A. (2020). Programa de promoción de hábitos de vida saludable para

personas con trastorno mental grave en una unidad de salud mental comunitaria. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 14, 20–24.

<https://doi.org/10.5538/2385-703X.2020.14.20>

Espino, E. (2020). *Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el*

grado de entendimiento sobre hábitos de higiene oral en estudiantes de la

I.E. "Mariscal Cáceres", Ayacucho 2019. Universidad Alas Peruanas.

Espinosa, A. (2022). Incidencia de fracturas dentales verticales reportadas en la

Ciudad de Chihuahua y su relación con la evolución de la pandemia por COVID-19. *Revista de La Asociación Dental Mexicana*, 79(3), 136–145.

<https://doi.org/10.35366/105826>

Espinoza, G., Pineda, P., Atala, C., Muñoz, P., Muñoz, S., Weits, A., Hernandez,

B., Castillo, J., & Zaror, C. (2021). Prevalencia y Severidad de Caries Dental



- en los Niños Beneficiarios del Programa de Salud Oral Asociados a Escuelas de Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 15(1), 166–174. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2021000100166>
- Flores, H., & Roque, M. (2019). Frecuencia de caries, inflamación gingival y factores asociados en pacientes mayores de 18 años que reciben atención odontológica en la red servicios de PREDISAN, Diciembre 2019 – Enero 2020, Catacamas, Olancho. *Universidad Católica Los Ángeles Chimbote*, 53.
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/26535/PIPER_ADUNCUM_ACTIVIDAD_ANTIOXIDANTE_GIL_PADILLA_YUSBEL_LETICIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García, B., Gálvez, M., & de la Hoz, L. (2019). Acciones educativas sobre factores de riesgo del cáncer bucal en estudiantes de preuniversitario TT - Educational actions on oral cancer risk factors in pre-university students. *Medicentro (Villa Clara)*, 23(3), 271–277.
- García, M. (2021). *Uso del Tapabocas y relación con la Halitosis en los Estudiantes de Odontología de la Universidad Antonio Nariño Sede-Neiva* [Universidad Antonio Nariño].
http://repositorio.uan.edu.co/bitstream/123456789/6213/2/2021_SandiLorenaDoradoOrtiz_MayraAlejandraGarcíaÁlvarez.pdf
- Guizar, J. M., López, C. A., Amador, N., Lozano, O., & García, C. A. (2019). Determinantes del cuidado de la salud oral relacionados con la frecuencia y severidad de la caries dental en preescolares. *Nova Scientia*, 11(22), 85–101. <https://doi.org/10.21640/ns.v11i22.1708>
- Hernández, M., Reyes, J., & Bayona, R. (2019). *El club de la sonrisa feliz*,



- Programa de intervención comunitaria en salud oral.* 95.
<https://scholar.archive.org/work/dvo7wn5w6zgqxj5q5nbbjaj32u/access/wayback/https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/invsegsocial/article/download/368/348>
- Herrera, B. Y., & López, O. P. (2018). Evaluación a 72 meses de una estrategia de prevención en salud oral en escolares. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1–9.
<https://www.scielo.org/articulo/resp/2018.v92/e201809061/es/>
- Herrera, I. B. (2018). Salud bucal y funcionamiento familiar en personas del municipio Plaza de la Revolución de La Habana, Cuba. In *Universitas Odontologica* (Vol. 37, Issue 79). <https://doi.org/10.11144/javeriana.uo37-79.sbff>
- Hidalgo, D. (2021). *Influencia de modelos exitosos de intervención educativa sobre salud bucodental en la higiene oral* [Universidad Nacional de Chimborazo]. [http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8469/1/5.-TESIS David Staly Hidalgo Riofrio-ODO.pdf](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8469/1/5.-TESIS%20David%20Staly%20Hidalgo%20Riofrio-ODO.pdf)
- Jardines, M. G., Cortés, A. D. S., Bondar, V. P., Del Río, L. R., & Garcell, K. C. (2019). Therapeutic diagnosis for the care of patients with dental caries. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 48(2), 259–272.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2019/cmm192n.pdf>
- Lazo, G. (2015). Problemática Actual En Salud Bucal En El Perú. *Scientiarvm*, 1(1), 55–58. <https://doi.org/10.26696/sci.epg.0060>
- Leal, M., Patterson, E., Serrano, E., Zamora, N., Ninardell, L., & Gonzales, R. (2020). Intervención educativa sobre higiene bucal en niños de la escuela bolivariana “Francisco de Miranda” de Caroní en Venezuela. *Revista Médica*



- Electrónica de Ciego de Ávila*, 26(1), 1–16.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2020/mdc201b.pdf>
- Leal, M., Vinardell, L., & Serrano, L. (2021). 21-Leal Mi-Intervencion Educativa En Salud Oral Aprendo a Sonrreir. *Sociedad Cubana de Educadores En Ciencias de La Salud de Holguín*, 1–11.
<https://edumedholguin2021.sld.cu/index.php/edumedholguin/2021/paper/view/34>
- Linares, E. (2019). *Cuidado de la salud bucal y estado nutricional en escolares del nivel primario de la I.E.P. Quishuarcancha. Ayacucho, 2017*.
https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/2841/tesis_cuidado.salud_bucal_estado_nutricional_escolares_primaria_Institución_Quishuarcancha_Ayacucho_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- López, D., Rodríguez, M., Roa, S., Morales, Y., Raylander, J., & Méndez, T. (2022). Hábitos de higiene oral en estudiantes de odontología de la Universidad de Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 3(1), 11–18. <https://doi.org/10.4067/s0719-01072010000100002>
- Lorente, A., Saura, V., Pardo, P., Guzmán, S., & Lillo, O. (2020). Salud oral: influencia de los estilos de vida en adolescentes. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 22, 251–261. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v22n87/1139-7632-pap-87-22-251.pdf>
- Luzzi, V., Ierardo, G., Bossù, M., & Polimeni, A. (2021). Paediatric Oral Health during and after the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 31(1), 20–26. <https://doi.org/10.1111/ipd.12737>
- MAFRE. (2021). Técnicas de cepillado dental. *Cuidados Dentales*, 4(8), 1–3.



<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/cuidados-dentales/uso-del-cepillo-dental/>

- Marcela, G., Ochoa, G., María, A., González, G., Rosa, M., Adam, S., Connell, J. M. O., & Medrano, T. R. (2020). *Sistema de acciones educativas en salud bucodental "Alerta Feliz", recomendaciones para su extensión en Cuba*. 1–17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2020/ifd2032f.pdf>
- Martínez, G., Hernández, F., Hernández, D., Bustamente, L., & Castillo, E. (2021). Oral-dental defects in people with Down's syndrome: a priority in oral health. *Revista Médica Electrónica*, 43(3), 750–769. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242021000300750&script=sci_arttext&lng=pt
- Martins, S., Álvarez Vidigal, E., Abanto, J., Cabrera Matta, A., López Robles, R. A., Masoli, C., Echevarría Lopez, S. A., Mongelos de Idoyada, M. G., Guerra Gamboa, M. E., & Amado Schneider, A. R. (2014). Epidemiología de la caries dental en américa latina. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*, 4(2), 13–18. <https://doi.org/10.47990/alop.v4i2.21>
- Menegaz, A. M., Silva, A. E. R., & Cascaes, A. M. (2018). Educational interventions in health services and oral health: Systematic review. *Revista de Saude Publica*, 52, 1–14. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000109>
- Mercado, A. (2023). *Conocimiento sobre higiene bucal y su relación con el índice de higiene bucal en personas con discapacidad auditiva, asociación de sordos Arequipa 2022*. 104. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/12349/64.3212.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- MINSA. (2019). *Resolución ministerial 324 - 2019*.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306236/Resolución_Ministerial_N__324-2019-MINSA.PDF?v=1554746120
- Pacheco, M. J., & Cartes, R. A. (2020). mHealth para mejorar la higiene oral de niños. Revisión de literatura. *Avances En Odontoestomatología*, 36(1), 27–34. <https://doi.org/10.4321/s0213-12852020000100004>
- Palomino, M. Y., Vega, A. S., Mogollón, F. de M., Díaz, R. J., Polo, F. H., & Tejada, S. (2022). Prácticas culturales de higiene bucal y lavado de manos en escolares de una zona urbano marginal. *Cultura de Los Cuidados*, 64, 161–175. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.64.14>
- Pantigozo, E. (2020). *Nivel de conocimiento sobre salud oral en estudiantes de nivel secundaria del colegio alternativo Talentos en tiempos de covid-19. Trujillo*.
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6994/1/REP_ESTO_ESTEBAN.PANTIGOZO_NIVEL.CONOCIMIENTO.SALUD.ORAL.ESTUDIANTES.NIVEL.SECUNDARIA.COLEGIO.ALTERNATIVO.TALENTOS.TIEMPOS.COVID19.TRUJILLO.pdf
- Pineda, J., Campoverde, R., & Salazar, C. (2022). Percepción, conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal. Un estudio de revisión. *Más Vita, Revista de Ciencias de La Salud*, 4(3), 74–86.
<https://doi.org/10.47606/acven/mv0130>
- Ponce, R., Veliz, C., & Delgado, C. (2017). Conocimiento de salud bucal en pacientes mayores de 15 años en Manta, E. *Ciencias de La Salud*.
<https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/download/757/html>



- Puyén, C., Armas, J., & Pizarro, M. O. (2020). Efecto de una Intervención Educativa vía WhatsApp en la Higiene Oral de Pacientes con Ortodoncia. *Effect of an Educational Intervention via WhatsApp on the Oral Hygiene of Orthodontic Patients. Int. J. Odontostomat*, 14(4), 575–580. <https://www.scielo.cl/pdf/ijodontos/v14n4/0718-381X-ijodontos-14-04-575.pdf>
- Ramírez, K., Mercado, J., Cumpa, R., Padilla, T., & Sucari, W. (2022). Intervención educativa sobre el nivel de conocimiento de salud bucal en docentes de educación primaria de una zona rural de Puno, Perú. *Revista Innova Educación*, 4(4), 125–134. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2022.04.009>
- Ramos, W. (2018). *Prevalencia de caries dental en escolares del nivel primario de la I. E. Estatal N° 31048 del centro poblado de Mashuayllo, distrito de Daniel Hernández, provincia de Tayacaja, departamento de Huancavelica, año 2018* [Universidad Católica los Ángeles Chimbote]. http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/5906/PREVALENCIA_DE_CARIES_ARCADA_PUCLLAS_GUTIERREZ_MARX_ROQUELYN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Renda, L., Cruz, Y., Parejo, D., Cuenca, K., & Gumila, M. (2020). Evaluation of an educational intervention on smoking and its relationship with the oral cavity. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(4), 1–15. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000400011
- Reyes, A. H. (2021). Hábitos De Higiene Bucal Y Creencias Sobre Caries Y Enfermedad Periodontal En Estudiantes De Preparatoria. *Ibn Sina*, 12(1), 13–13. <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/1027/948>



- Rezzónico, M. G., Bruno, C., Giraudo, N., & Carrara, C. (2020). Programa de Salud Bucodental en escolares de la Comunidad del Bajo Boulogne. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires* (2004), 40(3), 90–94.
<https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/fr/biblio-1128958>
- Rivera, Y. (2022). *Nivel de conocimiento de salud bucal y calidad de higiene oral en adolescentes, Colegio Particular "Francisco Bolognesi", Pasco 2019* (Issue 8.5.2017) [Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión].
http://45.177.23.200/bitstream/undac/2538/1/T026_72693840_M.pdf
- Rodríguez, N., Horta, D., & Vences, N. (2018). Estrategia de intervención educativa dirigida a modificar los conocimientos sobre salud bucal en pacientes Diabéticos. *Rev. Arch Med Camagüe*, 22(1), 1–9.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000100006
- Rodríguez, N. M., Horta, D. M., & Vences, N. (2018). Estrategia de intervención educativa dirigida a modificar los conocimientos sobre salud bucal en pacientes Diabéticos. *Rev. Arch Med Camagüe*, 22(1), 1–9.
<https://www.redalyc.org/journal/2111/211159706006/211159706006.pdf>
- Rodríguez, R., Palacio, J., Alejandro, M., & Martínez, F. (2021). Propuesta de intervención educativa sobre lactancia materna y salud bucal en una comunidad. *Mefavila.Sld.Cu*.
<https://mefavila.sld.cu/index.php/mefavila/2021/paper/viewFile/79/55>
- Rosendí de la Cruz, I., Hernández Alejandrez, I., Vidal Borrás, E., & Páez Domínguez, M. (2018). Educational program for dental care management of pregnant women. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4), 33–46.
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n4/33-46/>



- Ruíz, E., Morales, V., Calzidill, A., Moffi, Y., Córdova, M., & Córdova, M. (2019). *Educative Intervention , about mouth neoplasms in diabetic patients . Gibara 2019.* 1–18.
<http://www.edumedholguin2019.sld.cu/index.php/2019/2019/paper/view/199/0>
- Ruiz, R. (2019). *Eficacia de una intervención educativa sobre higiene oral en pacientes con insuficiencia renal crónica de la Clínica Médica Nefrológica, Trujillo 2018* [UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO].
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/5195/1/RE_ESTO_R0SY.RUIZ_EFICACIA.HIGIENE.ORAL_DATOS-1.pdf
- Salas, M. (2022). *Hábitos de salud buco-dental de los estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Pública N° 40220 Héroes del Cenepa de Arequipa 2022.* Universidad Católica de Santa María.
- San Andres, N., Espinoza, W., Parra, A., & Santos, T. (2018). *Salud bucodental de los escolares . Unidad Educativa Fiscal “ Franklin.*
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6839725>
- Sánchez, N., Leyva, S., & Matos, J. (2021). *Intervención educativa sobre prevención de caries dental en una escuela primaria.* 2(1), 1–13.
<https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/90>
- Santamaria, K. (2017). *Relación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en el personal militar del batallón de fuerzas especiales N° 201, Huánuco - 2021* (Vol. 1) [Universidad de Huanuco].
<http://distancia.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3389/SANTAMARIA PENADILLO%2C KAYLI NOELIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



- Santos, A. C., Lorigo, I., González, A., Ferrer, M. Á., Zapata, M. D., & Ambel, J. L. (2019). Prevalence of dental caries in children enrolled in preschool education from a low socioeconomic status area. *Pediatría de Atención Primaria*, 21(82), e47–e59. <https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v21n82/1139-7632-pap-21-82-e47.pdf>
- Saravia, D., Valdivia, S. M., & Alagón, S. C. (2020). *Caries de infancia temprana mediante el sistema internacional de detección y evaluación de caries (icdas II) y su relación con hábitos de alimentación e higiene bucal en niños de 3 a 5 años , Pomata Caries of early childhood through the international ca. 051,* 144–156. <http://revistas.unap.edu.pe/journal/index.php/RCCNN/article/view/383>
- Scheerman, J. F. M., van Meijel, B., van Empelen, P., Verrips, G. H. W., van Loveren, C., Twisk, J. W. R., Pakpour, A. H., van den Braak, M. C. T., & Kramer, G. J. C. (2020). The effect of using a mobile application (“WhiteTeeth”) on improving oral hygiene: A randomized controlled trial. *International Journal of Dental Hygiene*, 18(1), 73–83. <https://doi.org/10.1111/idh.12415>
- Soraya, N., Verdugo, L., Adrián, S., Dután, E., Fernanda, M., & Calle, T. (2020). *Hábitos de higiene dental y fluorosis dental en niños de zonas rurales del Ecuador. Un estudio de casos y controles.* 30–39. <http://revistas.esPOCH.edu.ec/index.php/cssn/article/view/774>
- Sotomayor, R., Matiauda, A., Ferreira, A., & Canese, A. (2021). Dieta, higiene bucal y riesgo de caries dental en niños escolares de Concepcion, durante el confinamiento por COVID-19. *Pediatría (Asunción)*, 48(1), 65–72. <https://doi.org/10.31698/ped.48012021011>



- Taboada, F., & Vega, K. (2019). *Comparacion De Dos Tipos De Intervenciones Educativas En El Nivel De Conocimiento Del Padre / Madre Sobre Salud Oral Y La Higiene 11239-Las Dunas De La Provincia De Lambayeque ,2018.*
<https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1649>
- Torrecilla, R., Yero-mier, I. M., Valdivia, G., Castro, I., & Yera, K. (2020). *Intervención educativa sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico.* *59(278), 1–7.*
<https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20278r.pdf>
- Torres, D. A., Rocha, M. L., & Núñez, G. de J. (2021). Efectividad del cepillo dental eléctrico versus manual para la remoción de biofilm en pacientes con síndrome de Down. *Revista de La Asociación Dental Mexicana, 78(4), 189–194.* <https://doi.org/10.35366/101072>
- Turpo, M. (2021). *Eficacia de la educación en higiene oral con capacitación explicativa y demostrativa, en gestantes del centro de salud Miraflores, MINSA, Arequipa 2019* [Universidad Católica de Santa María].
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/10499/64.3004.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vaculik, P., Cardozo, B., Pérez, S., & Rosende, R. (2010). Evaluación Clínica de la Técnica de Higiene Bucal en pacientes adolescentes atendidos en la Cátedra "Práctica Clínica Preventiva II" de la FOUNNE en el año 2007. *Revista UNNE, 3(1), 16–20.*
<https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/5260>
- Valencia, K. (2021). *Hábitos de higiene oral y hábitos alimenticios en pacientes que acuden al Centro de Salud San Francisco en Tacna - 2021* [Universidad Privada Huancayo Franflin Roosevelt].



<https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/730/T>

ESIS KATHERIN VALENCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Verástegui, R. L., de la Cruz, J. B., Torres, K. S., & Rodríguez, Y. A. C. (2020).

Community oral health intervention in the population of san pablo de pillao, Peru, 2018. *Revista Cubana de Estomatología*, 57(2), 1–12.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2020/esc2020f.pdf>

Wong, F. M. F., Ng, Y. T. Y., & Keung Leung, W. (2019). Oral health and its

associated factors among older institutionalized residents—a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,

16(21), 1–29. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214132>

Yero, M., Morgado, D., Rodríguez, M., Maritza, S., Castro, I., & Rodriguez, M. del

C. (2020). Intervención educativa para la percepción del riesgo a la caries dental en estudiantes de 7.mo grado. Sancti Spíritus. *Gaceta Médica Espirituana Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus*, 1608–

8921(2), 51–60. <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v22n2/1608-8921-gme-22-02-51.pdf>

Yovera, J., Cruz, D. D., More, J. M., Sotelo, J. E., & Tarazona, A. D. (2022).

Recolección de residuos domiciliarios y hábitos de higiene al manipularlos durante la pandemia por el Covid-19. *Revista Vive*, 5(14), 383–391.

<https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i14.154>

Ysla, R., Vásquez, M., & Porras, J. (2020). Estilo de vida y su impacto en la

situación de salud general y bucal del adulto mayor de la Casa del adulto mayor de Chorrillos Life ´s style and its impact in general and oral health ´s

status of elderly in elderly ´s house of Chorrillos. *Kiru*, 17(4), 201–208.

<https://doi.org/10.24265/kiru.2020.v17n4.04%0AEstilo>



- Yucra, R. E. (2019). *Conocimiento y práctica de hábitos de higiene en el nivel primario de la Institución Educativa Pedro Paulet, San Juan Grande, 2022* (Vol. 1, Issue 2) [Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios]. <http://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/UNAMAD/485/004-3-10-012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zambrano, D. (2021). *Actitudes hacia la calidad de vida en madres de familia, participantes de la iniciativa regional "Aprende saludable" en Tumbes, 2022* [Universidad César Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94159/Zambrano_LDG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y



APÉNDICES



Matriz de consistencia del proyecto de investigación

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	ÍNDICE/ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	TIPO DE VARIABLE
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el efecto de la intervención educativa en el IHOS en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la eficacia de la intervención educativa en el IHOS en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La aplicación de la intervención educativa será eficaz en el nivel de conocimientos y en el IHOS en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi.</p>	<p>Intervención educativa.</p>	<p>Mantenimiento y cuidado bucal (sesión educativa).</p> <p>Control de higiene bucal (Asesoría).</p>	<p>Con intervención.</p> <p>Sin intervención.</p> <p>Con intervención.</p> <p>Sin intervención.</p>	<p>Tipo de investigación: Explicativo.</p> <p>Diseño: Experimental, se modificará la variable dependiente, se trabajará un grupo experimental y otro grupo de control.</p> <p>Estudio longitudinal, prospectivo.</p>	<p>Cuantitativa</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>P.E.1 ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>O.E.1 Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los pacientes de 18 a 45 años de edad del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>H.E.1 Antes de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado son deficientes en el grupo control.</p>	<p>Índice de higiene oral simplificado</p>	<p>Nivel de conocimiento de salud bucal.</p> <p>Índice de higiene oral antes y después de la intervención educativa.</p>	<p>Muy satisfactorio (18-20)</p> <p>Satisfactorio (14-17)</p> <p>Requiere mejora (11-13)</p> <p>En inicio (0-10)</p> <p>Adecuada 0.0 – 0.6</p>	<p>Técnica: La encuesta.</p> <p>Instrumento: El cuestionario.</p>	<p>Cuantitativa</p>



					Aceptable 0.7 – 1.8 Deficiente 1.9 – 3.0		
P.E.2 ¿Cuál es el nivel de conocimiento del índice de higiene oral simplificado en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa?	O.E.2 Evaluar el nivel de conocimiento del índice de higiene oral simplificado en los pacientes de 18 a 45 años de edad del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.	H.E.2 Después de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado es bueno en el grupo experimental.		Índice de higiene oral antes y después de la intervención educativa.	Adecuada 0.0 – 0.6 Aceptable 0.7 – 1.8 Deficiente 1.9 – 3.0		
P.E.3 ¿Cuál es la diferencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal y del índice de higiene oral simplificado en ambos grupos antes y después de la intervención educativa?	O.E.3 Comparar la diferencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en ambos grupos antes y después de la intervención educativa.	H.E.3 La aplicación del programa de intervención educativa logrará mejores niveles de conocimiento en salud bucal y el índice de higiene oral simplificado en el grupo experimental respecto al grupo control.		Índice de higiene oral antes y después de la intervención educativa.	Adecuada 0.0 – 0.6 Aceptable 0.7 – 1.8 Deficiente 1.9 – 3.0		



Matriz de consistencia de la tesis

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	ÍNDICE/ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	TIPO DE VARIABLE
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el efecto de la intervención educativa en el IHOS en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de Salud Taparachi?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la eficacia de la intervención educativa en el en el IHOS en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La aplicación de la intervención educativa será eficaz en el nivel de conocimientos y en el IHOS en pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi.</p>	<p>Intervención educativa.</p>	<p>Mantenimiento y cuidado bucal (sesión educativa).</p> <p>Control de higiene bucal (Asesoría).</p>	<p>Con intervención.</p> <p>Sin intervención.</p> <p>Con intervención.</p> <p>Sin intervención.</p>	<p>Tipo de investigación: Explicativo.</p> <p>Diseño: Experimental, se modificará la variable dependiente, se trabajará un grupo experimental y otro grupo de control. Estudio longitudinal, prospectivo.</p>	<p>Cuantitativa</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>P.E.1 ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>O.E.1 Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>H.E.1 Antes de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el IHOS son deficientes en el grupo control.</p>	<p>Índice de higiene oral simplificado</p>	<p>Nivel de conocimiento de salud bucal.</p> <p>Índice de higiene oral antes y después de la</p>	<p>Muy satisfactorio (18-20)</p> <p>Satisfactorio (14-17)</p> <p>Requiere mejora (11-13)</p> <p>En inicio (0-10)</p> <p>Adecuada 0.0 – 0.6</p> <p>Aceptable 0.7 – 1.8</p>	<p>Técnica: La encuesta.</p> <p>Instrumento: El cuestionario.</p>	<p>Cuantitativa</p>



				intervención educativa.	Deficiente 1.9 – 3.0		
P.E.2 ¿Cuál es el nivel de conocimiento del IHOS en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa?	O.E.2 Evaluar el nivel de conocimiento del IHOS en los pacientes de 18 a 45 años del establecimiento de salud Taparachi, antes y después de la intervención educativa.	H.E.2 Después de la aplicación de la intervención educativa el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el IHOS es bueno en el grupo experimental.		Índice de IHOS antes y después de la intervención educativa.	Adecuada 0.0 – 0.6 Aceptable 0.7 – 1.8 Deficiente 1.9 – 3.0		
P.E.3 ¿Cuál es la diferencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal y del IHOS en ambos grupos antes y después de la intervención educativa?	O.E.3 Comparar la diferencia del nivel de conocimiento sobre salud bucal y el IHOS en ambos grupos antes y después de la intervención educativa.	H.E.3 La aplicación del programa de intervención educativa logra mejores niveles de conocimiento en salud bucal y el IHOS en el grupo experimental respecto al grupo control.		Índice de IHOS antes y después de la intervención educativa.	Adecuada 0.0 – 0.6 Aceptable 0.7 – 1.8 Deficiente 1.9 – 3.0		



Matriz de operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	ÍNDICE/ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE
Intervención educativa.	Mantenimiento y cuidado bucal (sesión educativa). Control de higiene bucal (Asesoría).	<ul style="list-style-type: none"> • Con intervención. • Sin intervención. • Con intervención. • Sin intervención. 	Tipo de investigación: Explicativo. Diseño: Experimental, se modificará la variable dependiente, se trabajará con un grupo experimental y otro grupo de control. Estudio longitudinal, prospectivo.	Cuantitativa
Índice de higiene oral simplificado	Nivel de conocimiento de salud bucal. Índice de higiene oral antes y después de la intervención educativa.	Muy satisfactorio (18-20) Satisfactorio (14-17) Requiere mejora (11-13) En inicio (0-10) <ul style="list-style-type: none"> • Adecuada 0.0 – 0.6 • Aceptable 0.7 – 1.8 • Deficiente 1.9 – 3.0 	Técnica: La encuesta. Instrumento: El cuestionario.	Cuantitativa
	IHOS antes y después de la intervención educativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada 0.0 – 0.6 • Aceptable 0.7 – 1.8 • Deficiente 1.9 – 3.0 		
	IHOS antes y después de la intervención educativa.	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada 0.0 – 0.6 • Aceptable 0.7 – 1.8 • Deficiente 1.9 – 3.0 		



Matriz instrumental

ÍNDICE/ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	TIPO DE VARIABLE
<p>Con intervención.</p> <p>Sin intervención.</p> <p>Con intervención.</p> <p>Sin intervención.</p>	<p>Tipo de investigación: Explicativo.</p> <p>Diseño: Experimental, se modificará la variable dependiente, se trabajará con un grupo experimental y otro grupo de control.</p> <p>Estudio longitudinal, prospectivo.</p>	<p>Cuantitativa</p>
<p>Muy satisfactorio (18-20)</p> <p>Satisfactorio (14-17)</p> <p>Requiere mejora (11-13)</p> <p>En inicio (0-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuada 0.0 – 0.6 • Aceptable 0.7 – 1.8 • Deficiente 1.9 – 3.0 	<p>Técnica: La encuesta.</p> <p>Instrumento: El cuestionario.</p>	<p>Cuantitativa</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada 0.0 – 0.6 • Aceptable 0.7 – 1.8 • Deficiente 1.9 – 3.0 		
<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada 0.0 – 0.6 • Aceptable 0.7 – 1.8 • Deficiente 1.9 – 3.0 		



Instrumentos de la investigación ANEXO 1

SOLICITO: AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS.

SEÑOR: M.C. EFRAÍN CARLOS LÓPEZ CHURA.

JEFE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD – PUESTO DE SALUD TAPARACHI

CYNTHIA BAYLON CRUZ,
identificada con DNI. 40570813; de profesión CIRUJANO DENTISTA, ante Ud. me presento y expongo:

Que de conformidad al reglamento de elaboración de trabajo de investigación de la EPG de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; solicito a su dirección la **AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS denominado "INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021"** en el Establecimiento de Salud IPRESS Taparachi, Microred Cono Sur de la Red de Salud San Román.

POR LO EXPUESTO:

Solicito acceder a la presente por ser justa y legal.

Juliaca, 01 julio del 2021.



Efraín C. López Chura
MEDICO DENTISTA
C.M.P. 19844


CYNTHIA BAYLON CRUZ
DNI. 40570813
COP.19444



ANEXO 2



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELASQUEZ



ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con D.N.I. _____ paciente que acude al establecimiento de salud Taparachi con DNI: _____, declaro haber sido informado sobre el trabajo de investigación:

La investigadora me ha proporcionado información sobre la labor a realizar y ha respondido a las interrogantes que he planteado respecto a la misma. Se me ha comunicado que mi participación es voluntaria y que se llevará a cabo una evaluación mensual sobre mi salud bucal. Además, se indicó que se realizarán modificaciones en los hábitos de salud bucal en caso de que asista a las charlas educativas programadas durante los meses de mayo a junio.

Finalmente, la investigadora me aseguró que los datos recopilados serán tratados de manera anónima y que serán entregados personalmente.

Juliaca,de.....del 2021.

DNI Y FIRMA DEL PACIENTE

DNI Y FIRMA DE LA INVESTIGADORA



ANEXO 3

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

1. Se llevará a cabo una encuesta y la aplicación de un cuestionario a los pacientes que participarán en esta investigación con el fin de conocer sus hábitos de higiene bucal.
2. Se le proporcionará a cada paciente un Kit de higiene oral, que contendrá un cepillo dental, dentífrico y un hilo dental para el tiempo de estudio.
3. Se proporcionará un documento titulado "Instrucciones para el paciente", el cual lleva las pautas básicas que recordarán al paciente lo que debe seguir durante el estudio.
4. Se llevará a cabo una evaluación con la pastilla reveladora de placa para determinar el índice de higiene oral simplificado (IHOS).
5. Realizaremos controles periódicos cada 30 días con el objetivo de evaluar los cambios y corregir posibles debilidades en el programa.
6. Al finalizar los controles, se llevará a cabo una última evaluación con revelador de placa para determinar el índice de placa bacteriana de Grenne y Vermillón de cada paciente, además de la aplicación de un cuestionario.



ANEXO 4



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELASQUEZ



ESCUELA DE POSGRADO
DOCTORADO EN SALUD

CUESTIONARIO I

La presente encuesta tiene como finalidad realizar una investigación sobre el índice de higiene oral, implementos de cepillado dental y conocimiento en salud bucal.

Nº de código: Edad: Sexo:

Este cuestionario es parte de un trabajo de investigación en salud bucal, solicito su participación respondiendo cada pregunta de la manera más sincera posible. Lea atentamente cada pregunta y responda con una X la respuesta que crea correcta.

1. ¿Qué es la caries?

- a) Una coloración de los dientes.
- b) Una enfermedad que destruye los dientes.
- c) Un dolor en la boca y los dientes.
- d) Unas manchas en los dientes
- e) No sé.

2. ¿Qué es la gingivitis?

- a) Son las encías fuertes y sanas
- b) Son las encías rojas y sangrantes
- c) La inflamación de las encías
- d) Es cuando la comida entra en los dientes.
- e) No sé.

3. La enfermedad periodontal es:

- a) Dientes alterados y grandes
- b) Dientes con brackets (frenos)
- c) Dientes fuera de su lugar.
- d) Enfermedad crónica que afecta el ligamento periodontal.
- e) No sé.

4. La placa bacteriana es:

- a) Ausencia de restos de alimentos en los dientes.
- b) Coloración de la boca y de los dientes
- c) Restos de alimentos y microbios pegados a los dientes.
- d) Alimentos entre los dientes y muelas
- e) No sé.

5. ¿Qué alimentos dañan los dientes?

- a) Los dulces, galletas, queso.
- b) Las frutas, las gaseosas, los dulces.



- c) Los dulces, gaseosa, galletas.
- d) Las galletas, el queso y chicles.
- e) No sé.
- 6. ¿Qué debemos hacer para conservar la salud bucal?**
- a) Cepillarnos los dientes, consumir dulces, usar pasta dental.
- b) Uso de flúor, pasta dental, consumir leche.
- c) Comer dulces, frutas, consumir leche y sal con flúor
- d) Cepillarnos los dientes, fluorizarnos, usar hilo dental.
- e) No sé.
- 7. ¿En qué momento lavas tus dientes?**
- a) Al levantarme
- b) Cuando se le ocurra
- c) Solo después de comer golosinas
- d) Después de cada comida y antes de dormir
- e) No sé.
- 8. ¿Qué usas o con que te lavas los dientes?**
- a) Solo con agua
- b) Cepillo y agua
- c) Cepillo, agua y pasta dental
- d) Cepillo agua y jabón
- e) Ninguna
- 9. ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?**
- a) Una vez
- b) Dos veces
- c) Tres veces
- d) Más de tres veces
- e) Ninguna
- 10. ¿Cuánto tiempo te cepillas tus dientes?**
- a) 15 segundos
- b) 0 – 1 minuto.
- c) 2 - 3 minutos.
- d) 3 - 5 minutos
- e) Ninguna

CLAVE DE RESPUESTAS

Interrogante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alternativa correcta.	b	c	d	c	C	d	d	c	c	d

ANEXO 5

INSTRUCTIVO

IMPLEMENTOS PARA EL CEPILLADO

Cepillo dental: Cepillo de usos diario, filamentos suaves y cabezal normal.

Pasta dental (dentífrico): Sustancia que se utiliza para limpiar los dientes.



Hilo dental: Filamentos de nailon que se utiliza para retirar los residuos de alimentos y otros que se alojan en los espacios interdentes, además de placa bacteriana.

Colutorio: Solución líquida utilizado como tratamiento tópico en enfermedades de la cavidad bucal, llamado también enjuague bucal.

RECOMENDACIONES DIARIAS

1. Una de las acciones más importantes es el cepillado dental, esto permitirá reducción de placa bacteriana en la cavidad bucal, por lo que es primordial que Ud. practique el cepillado diario y tres veces por día, siendo el más importantes el cepillado después de ingerir su último alimento antes de acostarse.





2. Una vez concluido el cepillado es recomendable utilizar hilo dental para eliminar posibles restos de alimentos que puedan quedar entre los dientes. Corta un aproximado de 45 cm de hilo, enróllalo en los dedos medios, sujeta el resto del hilo entre el pulgar y el índice. Debe alcanzar el borde de la encía y, en algunos casos, puede introducirse unos pocos milímetros en la encía, siempre evitando causar dolor. Desde la encía, desliza el hilo hacia abajo hasta el borde del diente. El procedimiento lo puede realizar una vez al día.

3. Realice enjuagues con 15 ml de colutorio sin diluir por 30 segundos después de cada cepillado.





ANEXO 6



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELASQUEZ



ESCUELA DE POSGRADO DOCTORADO EN SALUD FICHA DE RECOLECCIÓN PARA EL IHOS, ÍNDICE DE PLACA BLANDA DE GREENE Y VERMILLION

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD: N° HISTORIA CLÍNICA:

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO(IHO - s)	PLACA BLANDA	PIEZAS										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Código		0		1		2		3			1.6 (v)
	Código											
	0											
	1											
	2											
	3											
		1.1(v)										
		2.6(v)										
		3.6(l)										
		3.1(l)										
		4.6(l)										
	Valor:	Cualidad:										
Índice de placa blanda	Total:											

Valores de índice de placa blanda simplificado	
0.0 – 0.6	Adecuado (bueno)
0.7 – 1.8	Aceptable (regular)
1.9 – 3.0	Deficiente (malo)



ANEXO 7



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELASQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

FICHA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
SE REALIZA DE MANERA DEMOSTRATIVA UTILIZANDO EL
APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Tema: Importancia de la Salud bucal.

Secciones: Pre test y post test.

Tiempo: 30 minutos.

Local: Establecimiento de Salud Taparachi (servicio de Odontología).

Horario: De acuerdo con disponibilidad del participante.

Número de asistentes: 1 participante, en diferentes sesiones.

Material: Se utilizan, medios audiovisuales, materiales educativos en salud bucal trípticos, maquetas, otros.

Fortalecimiento:

Entrega de instructivo de la intervención educativa.

Entrega de trípticos informativos acerca de salud bucal y placa bacteriana.

Entrega de kits de higiene oral (Dentífrico, cepillo, hilo dental y enjuague bucal).

Objetivo:

Consolidar los conocimientos generales estomatológicos en el paciente para que realice el cuidado adecuado de salud bucal.



Materiales:

- Tipodont.
- Kits para la higiene oral (dentífrico, cepillo, hilo dental y enjuague bucal).
- Revelador de placa.
- Algodón estéril, paquetes pequeños.
- Gasa estéril.
- Pares de guantes de procedimiento.
- Cubrebocas (barbijos descartables).
- Equipos de protección personal (EPPs).
- Campos descartables.

Equipos:

- Fichas de recolección de datos.
- Lapiceros azul, rojo, lápiz.
- Equipo de cómputo y/o laptop.
- Instrumental básico de evaluación oral.
- Infraestructura de las instalaciones del servicio de Odontología de establecimiento de salud Taparachi (Unidad dental, compresora, etc.).

Instrucciones:

Exposición por parte de la investigadora Cynthia Baylon Cruz del tema: "Salud Bucal e Índice de higiene oral", en el cual se explica temas de:

Concepto de salud bucal:

Sesión educativa del mantenimiento y cuidado bucal.

Asesoría en el control de higiene bucal.

Conocimiento en salud bucal.



Importancia de la salud bucal.

Estructuras.

Caries, gingivitis y periodontitis.

Implementos de cepillado: Pasta, cepillo e hilo dental.

Técnicas de cepillado.

Índice de higiene oral simplificado-IHOS.

Placa bacteriana-descripción.

Agentes reveladores.

Dieta cariogénica: Alimentos cariogénicos y no cariogénicos.

Resolución de interrogantes:

De los pacientes que serán respondidas por la investigadora.

ANEXO 8

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE JEFE DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD "SAN JUAN DE DIOS TAPARACHI".

HACE CONSTAR:

Que la Cirujano Dentista CYNTHIA BAYLON CRUZ, identificada con DNI. 40570813; quién realizó la EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021" en las instalaciones (servicio de Odontología) del Establecimiento de Salud Taparachi.

Se expide la presente constancia en honor a la verdad a solicitud de la interesada para fines que vea por conveniente.

Juliaca, 01 de abril del 2022.



Efraim C. Lopez Chaves
MEDICO DENTISTA
C.O.P. 1084

ANEXO 9

Fichas de validez del instrumento



**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE ACOPIO DE DATOS: JUICIO DE EXPERTO

I. REFERENCIA

- 1.1. EXPERTO : LIZBETH ACERO CONDORI.
- 1.2. ESPECIALIDAD : ODONTOLOGIA
- 1.3. CARGO ACTUAL : DOCENTE DE LA UNA-PUNO
- 1.4. GRADO ACADÉMICO : DOCTORIS SCIENTIAE EN CIENCIAS DE LA SALUD

II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

ASPECTO	CRITERIOS A EVALUAR	VALORACION					OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
ESPECIFICOS	1. Claridad en la redacción					X	
	2. Coherencia interna.					X	
	3. Inducción a la respuesta (sesgo).					X	
	4. Lenguaje adecuado con el nivel del informante.					X	
	5. Mide lo que pretende.					X	
GENERALES	6. El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder.					X	
	7. Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.					X	
	8. Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.					X	
	9. El número de ítems es suficiente para recoger la información.					X	
	10. Los ítems se deduce de los indicadores.				X		
SUB TOTAL					4	45	
TOTAL		49					

Coefficiente de valoración porcentual C = 98%.....

III. RECOMENDACIONES

IV. RESOLUCIÓN

- a) Aprobado (C>75%)
- b) Desaprobado (C<75%)

x

Lugar y fecha, Juliaca 22 de junio del 2021.

D.Sc. Lizbeth Acero Condori
Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
R.N.E. N° 2415

Sello y firma del Experto



**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

**FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE
ACOPIO DE DATOS: JUICIO DE EXPERTO**

I. REFERENCIA

- 1.1. EXPERTO : SONIA LUQUE PERALTA.
- 1.2. ESPECIALIDAD : ODONTOLOGÍA
- 1.3. CARGO ACTUAL : DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
- 1.4. GRADO ACADÉMICO : DOCTORA EN ODONTOLOGÍA

II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

ASPECTO	CRITERIOS A EVALUAR	VALORACION					OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
ESPECIFICOS	1. Claridad en la redacción					X	
	2. Coherencia interna.					X	
	3. Inducción a la respuesta (sesgo).				X		
	4. Lenguaje adecuado con el nivel del informante.					X	
	5. Mide lo que pretende.					X	
GENERALES	6. El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder.					X	
	7. Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.					X	
	8. Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.				X		
	9. El número de ítems es suficiente para recoger la información.					X	
	10. Los ítems se deduce de los indicadores.				X		
SUB TOTAL					12	35	
TOTAL		47					

Coefficiente de valoración porcentual C =94%.....

III. RECOMENDACIONES

.....

IV. RESOLUCIÓN

- a) Aprobado (C>75%)
- b) Desaprobado (C<75%)

x

Lugar y fecha, Juliaca 26 de junio del 2021.

Dra. Sonia Luque Peralta

COP 19423

Sello y firma del Experto



**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA**

FICHA PARA EVALUACIÓN DE INSTRUMENTOS DE ACOPIO DE DATOS: JUICIO DE EXPERTO

I. REFERENCIA

- 1.1. EXPERTO : YUDY YANETH TAPIA CENTELLAS
- 1.2. ESPECIALIDAD : ODONTOLÓGIA
- 1.3. CARGO ACTUAL : DOCENTE UNA -PUNO
- 1.4. GRADO ACADÉMICO : DOCTORA EN

II. TABLA DE VALORACIÓN POR EVIDENCIAS

ASPECTO	CRITERIOS A EVALUAR	VALORACIÓN					OBSERVACIONES
		1	2	3	4	5	
ESPECÍFICOS	1. Claridad en la redacción					X	
	2. Coherencia interna.					X	
	3. Inducción a la respuesta (sesgo).				X		
	4. Lenguaje adecuado con el nivel del informante.					X	
	5. Mide lo que pretende.					X	
GENERALES	6. El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder.					X	
	7. Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.				X		
	8. Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.					X	
	9. El número de ítems es suficiente para recoger la información.					X	
	10. Los ítems se deduce de los indicadores.				X		
SUB TOTAL					12	35	
TOTAL					47		

Coefficiente de valoración porcentual C =94%.....

III. RECOMENDACIONES

.....
.....

IV. RESOLUCIÓN

- a) Aprobado (C > 75%)
- b) Desaprobado (C < 75%)

X

Lugar y fecha... Julacas, 28 Junio 2021

.....
Yudy Yaneth Tapia Centellas
MISLENO BENTECUA
C.R.P. 1000

EVIDENCIAS



Llenado de la encuesta en fases de pre test y post test.



Servicio de odontología del establecimiento de salud Taparachi, antes de la aplicación de la pastilla reveladora.



Elementos utilizados para la detección de placa bacteriana y kit de higiene entregado al paciente.



Aplicación de la pastilla reveladora y registro del IHOS.



Sesión educativa y enseñanza personalizada de la técnica de cepillado.



Índice de higiene oral simplificado antes de la intervención y después de la intervención grupo experimental.



Índice de higiene oral simplificado antes y después de la intervención educativa grupo control.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 04-10-2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: CYNTHIA BAYLON CRUZ
Dirección: Jr. Pumacahua N° 739
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 40570813
Teléfono: 951934040 email: cynthiabc200@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____
Dirección: _____
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
Escuela Profesional o Mención: DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA
Título o Grado Académico a optar: DOCTOR EN SALUD PÚBLICA
Asesor: Dra. Sonia Benita Fernandez Tapia

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: "INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN PACIENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD TAPARACHI, JULIACA 2021"

Palabras claves, (3 a 5 términos): Caries dental, gingivitis, técnicas de higiene.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.
² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

- Bachiller
 Titulo
 2da Especialidad
 Maestría
 Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo

Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PUBLICA - P65



Firma de Autor



huella digital

04-OCTUBRE-2024.

Fecha