



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Tesis

**“HIGIENE BUCAL Y SU RELACIÓN CON LAS
HABILIDADES SOCIALES DE ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE
LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, LIMA 2016”**

Presentado por

Darlynka Pariente Melean

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

ASESORA DRA ANTONIETA CASTRO PÉREZ

LIMA - PERÚ

2016

Darlynka Pariente Melean

“HIGIENE BUCAL Y SU RELACIÓN CON LAS
HABILIDADES SOCIALES DE ESTUDIANTES DE LA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, LIMA 2016”

“esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del
título de licenciado/a en Odontología en la ciudad de Lima
por la Universidad de Alas Peruanas”

Ciudad Lima-Perú

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme el regalo más precisado, la vida.

A mis padres por su apoyo incondicional.

A mi niño por la bendición que dios me dio.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Antonieta Castro por ser una gran asesora y una gran persona. Por su paciencia y apoyo incondicional en la elaboración de este proyecto, por su tiempo y amabilidad en todo momento.

Al Dr. Marcelino Andía y Dra. Marya Barzola. Gracias por brindarme sus conocimientos, tiempo y optimismo quienes muchas veces asumieron el rol de mis profesores y amigos.

A los pacientes, alumnos y docentes de la escuela Estomatológica de la Universidad Alas Peruanas, por permitirme recorrer este camino por su apoyo para continuar con mi proyecto.

A la Universidad Alas Peruanas, por abrirme sus puertas

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, la relación existente entre la higiene oral y cada una de las dimensiones de habilidades sociales, diferencias que existen entre la higiene oral y las habilidades sociales según el género.

El tipo de investigación aplicada es de corte transversal, con un diseño de investigación no experimental y un nivel de investigación descriptiva, correlacional. Los métodos aplicados fueron Descriptivos, estadísticos y de síntesis. Se tomó como muestra un total de 78 estudiantes matriculados en el VI ciclo de la carrera de estomatología del año 2016-II en la Universidad Alas Peruanas, representados por el 64.1% del género femenino y un 35.9% del género masculino previo consentimiento informado se procedió a realizar la evaluación de higiene oral con el índice de higiene oral (IHOS), con el cual el resultado fue 11% higiene mala, 37%regular y 30% buena; se les aplicó el cuestionario de habilidades sociales del Ministerio de Salud, que cuenta con un total de 42 preguntas, dentro del cual se trabajó con cuatro aspectos como Asertividad, Comunicación, Autoestima y Toma de decisiones. Del 100% de estudiantes, el mayor porcentaje, 35,9% de ellos, desarrollaron habilidades en nivel promedio, seguido del promedio alto en un 33,3%. Finalmente se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes.

Palabras claves: Higiene bucal, habilidades sociales, estudiantes de estomatología.

ABSTRACT

The present study aims to determine the relationship between oral hygiene and social skills of students of the professional school of stomatology at Alas Peruanas University as well as the state of their oral hygiene, the relationship between oral hygiene and each One of the dimensions of social skills, differences that exist between oral hygiene and social skills according to gender.

The type of applied research is cross-sectional, with an applied experimental research design and a level of descriptive, correlational research.

The applied methods were descriptive, statistical and synthetic.

A total of 112 students enrolled in the sixth cycle of the stomatology course 2016-II at the Alas Peruanas University, both genders, were represented by 70% of respondents in the female gender and 30% of the male respondents. Previous informed consent was made to perform the oral hygiene evaluation with the index of oral hygiene index O'Leary IHOS index, in which the result was poor with 38.5% and 85.9% regular, as far as gender, women are Registered a 64.1% and 35.9% men, they were carried out the questionnaire of social skills that has a total of 42 questions, within which we worked with four aspects such as Assertiveness, Communication, Self-Esteem and Decision-making.

INDICE

TITULO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INDICE	
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	12
1.2 Delimitación de la Investigación	13
1.2.1 Delimitación Espacial	13
1.2.2 Delimitación Temporal.....	13
1.2.3 Delimitación Social.....	13
1.2.4 Delimitación Conceptual	13
1.3 Formulación del Problema.....	13
1.3.1 Problema General.....	13
1.3.2 Problemas Específicos	13
1.4 Hipótesis	14
1.4.1 Hipótesis general.....	14
1.5 Objetivos de la Investigación.....	14
1.5.1 Objetivo General	14
1.5.2 Objetivos Específicos	14
1.6 Justificación e importancia de la Investigación.....	15
1.6.1 Justificación	15
1.6.2 Importancia	15
1.7 Limitación de la Investigación	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	17
2.1 Antecedentes de la Investigación.....	17
2.2 Base Teórica	26
2.2.1 Concepto de higiene bucal.....	26

2.2.2 La placa bacteriana o Biofilm	27
2.2.3 Formación de la placa bacteriana o Biofilm.....	28
2.2.4 Estructura del Biofilm o placa bacteriana	28
2.2.5 El Biofilm y su relación con las enfermedades de las encías	29
2.2.6 Concepto de Gingivitis	29
2.2.7 Clasificación de las gingivitis.....	30
2.2.7.1 Gingivitis de las encías inducidas por el Biofilm	30
2.2.7.2 Gingivitis de las encías no inducidas por el Biofilm	30
2.2.8 Periodontitis	31
2.2.8.1 Microorganismos presentes en las bolsas periodontales	33
2.2.8.2 Factores que promueven la colonización	34
2.2.8.3 Factores que están implicados en la periodontitis.....	35
2.2.8.4 Calculo dental.....	36
2.2.8.5 Halitosis	36
2.2.8.6 Control de placa bacteriana.....	36
2.2.8.7 Cepillado dental.....	37
2.2.8.8 Clases de cepillo	37
2.2.8.9 Técnicas de cepillado	38
2.2.8.10 Pasos para el buen uso del enjuague bucal.....	42
2.2.8.11 Composición químicamente de las pastas dentales.....	43
2.2.8.12 Propiedades de las pastas dentales.....	43
2.2.8.13 Profilaxis.....	44
2.2.8.14 Alimentación sana	44
2.2.9 Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillon	45
2.2.10 Habilidades sociales	49
2.2.10.1 Evaluación de las habilidades sociales	50
2.2.10.2 Técnicas de comunicación para estudiantes	51
2.2.10.3 Estilos de conducta interpersonal y afrontamientos.....	51
2.2.10.4 Hacia un progreso social	53
2.2.10.5 Perfil político-comunitario del odontólogo.....	53
2.3 Definición de términos Básicos	54
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	56
3.1 Diseño metodológico.....	56
3.2 Tipo de investigación	56

3.3 Nivel de la Investigación	56
3.4 Métodos	57
3.5 Procedimiento	57
3.6 Población y muestra de la investigación	59
3.6.1 Población	59
3.6.2 Muestra.....	59
3.7 Criterios de inclusión	59
3.7.1 Criterios de selección	59
3.7.2 criterios de exclusión.....	60
3.8 Identificación de variables	60
3.9 Técnicas de recolección de datos	61
3.9.1 Técnicas	61
3.9.2 Instrumento	61
3.10 Análisis de datos	63
3.10.1 Revisión	63
3.10.2 Codificación	63
3.10.3 Procesamiento de Datos	63
3.10.4 Presentación de datos.....	63
CAPITULO IV: PRESENTACION DE DATOS Y DISCUSION DE	
RESULTADOS	64
TABLA N°1	65
TABLA N°2	66
TABLA N°3	68
TABLA N°4	70
TABLA N°5	72
TABLA N° 6	74
TABLA N°7	77
CAPITULO V: DISCUSIÓN	77
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	81
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	90

ANEXO N°1 MATRIZ DE CONSITENCIA	91
ANEXO N°2 SOLICITUD AUTORIZACION	92
ANEXO N°3 CONSENTIMIENTO INFORMADO	93
ANEXO N°4 FICHA DE DATOS PERSONALES	94
ANEXO N°5 EVALUACION DE HIGIENE ORAL	95
ANEXO N°6 LISTA DE HABILIDADES SOCIALES	96
ANEXO N°7 CUESTIONARIO DE HABILIDADES SOCIALES.....	99
ANEXO N°8 RECOPIACION DE FOTOS.....	106

INTRODUCCIÓN

En estomatología se dice que la carta de presentación de la persona es su sonrisa, y que el cuidado y la higiene oral revelan o tienen que ver mucho con su estado de salud integral. Al hablar de salud, hoy en día se le entiende en su sentido integral, vale decir, estado de equilibrio biopsicosocial, en ese sentido se considera que la higiene oral pudiera estar relacionada con todos o con algunos de los componentes de dicho equilibrio.

Siendo entonces el hombre un “animal político”, le es urgente desarrollar habilidades sociales que le permitan vivir en comunidad con éxito, para lo cual debe estar dotado de todo el armamento posible para lograr dicha empresa.

No se pretende demostrar si la higiene bucal es producto de un buen desarrollo de habilidades sociales, o que por el contrario una buena higiene bucal influye en el desarrollo de habilidades sociales, pues en ambos casos se estaría atribuyendo condiciones de causalidad muy difíciles de demostrar, más aún en modelos humanos, por lo que en el presente trabajo de investigación se plantea la posibilidad de existencia de relación significativa entre ambas variables, es lo que se pretende demostrar.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

La Universidad Alas Peruanas ha recibido de la nación el encargo de formar y profesionalizar hombres de bien, justos y científicos, en ese sentido la escuela de Estomatología, en ese mismo eje visionario se encarga de la formación de profesionales estomatólogos vigilantes y defensores de la salud oral y en casos ya comprometidos, rehabilitadores del sistema estomatognático, que al culminar su plan de estudios hayan desarrollado las capacidades que les permitan el correcto ejercicio de la profesión, entre ellas, las habilidades sociales, las cuales le permitan interactuar y relacionarse de manera efectiva y afectiva con todas las personas incluidas dentro de su rango de influencia.

Algunos autores indican que algunos componentes de la salud oral como la sonrisa podrían afectar a las habilidades sociales. En el trabajo de investigación se plantea la posibilidad de existencia de relación significativa entre el estado de la higiene oral con el desarrollo de habilidades sociales por parte de los futuros cirujanos dentistas.

1.2 Delimitación de La Investigación

1.2.1 Delimitación espacial

- ✓ La investigación se llevó a cabo en la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas de Lima.

1.2.2 Delimitación Temporal

- ✓ La investigación se realizó en los meses de septiembre a octubre 2016.

1.2.3 Delimitación Social

- ✓ El grupo social estudiado fueron los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016

1.2.4 Delimitación Conceptual

Se considera las siguientes variables fundamentales:

- ✓ Higiene oral, que corresponde al desarrollo de la especialidad de periodoncia, área de formación específica.
- ✓ Habilidades sociales, que corresponde al área de formación general de todo profesional de ciencias de la salud.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

- ✓ ¿Existe relación entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?

1.3.2 Problemas específicos

- ✓ ¿Cuál es el estado de la higiene oral de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?

- ✓ ¿Cuál es el estado del desarrollo de las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?
- ✓ ¿Existe relación entre la higiene oral y sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?
- ✓ ¿Existe relación entre las habilidades sociales y el sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?

1.4 Hipótesis

1.4.1 Hipótesis general

- ✓ Existe relación significativa entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.

1.5 Objetivos de la investigación

1.5.1 Objetivo General

- ✓ Determinar la relación existente entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.

1.5.2 Objetivos Específicos

- ✓ Evaluar el estado de la higiene oral en estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.
- ✓ Conocer el estado del desarrollo de las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.

- ✓ Identificar la relación existente entre la higiene oral y sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.
- ✓ Identificar la relación existente entre las habilidades sociales y el sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.

1.6 Justificación e importancia de la Investigación

1.6.1 Justificación

Se justifica ampliamente el desarrollo de la investigación pues revela el importante papel que cumple la higiene oral como indicador de salud en los individuos en su integridad y tomando uno de sus ejes se demuestra que se relacionan con las habilidades sociales, en cada uno de las áreas consideradas para el estudio como son: la asertividad, la comunicación, la autoestima y la toma de decisiones. Se considera a su vez muy relevante pues se desarrolló el estudio en estudiantes de estomatología en quienes se supone ambas variables deben estar en su más alto nivel de modo que le permita desarrollar de manera adecuada su práctica clínica. Se demostró que existen niveles bajos del desarrollo de cada variable aún se estaría a tiempo de solucionar dicha situación, por lo que se plantea la importancia de realizarlo a mitad de desarrollo del plan de estudios de la carrera profesional.

1.6.2 Importancia

Es importante a su vez porque la literatura que relaciona éstas dos variables o similares es aún muy escasa, y se requiere mayor investigación científica al respecto. Es muy importante realizar investigación científica que revalore cuestiones fundamentales como son la higiene oral, más aún en futuros odontólogos quienes serán los próximos guardianes de la misma. Corresponde además que centros de formación profesional se preocupen por conocer la integralidad de los individuos que a ella acuden,

en este caso concreto referido a las habilidades sociales reales que ostentan, para en segundo término establecer si existen relaciones significativas entre ambos a fin de potenciar de manera individual y conjunta los niveles de cumplimiento y/ o desarrollo de ambas.

1.7 Limitación de la Investigación

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación se tuvieron diferentes factores limitantes como la colaboración de los estudiantes, por el temor o la vergüenza a ser evaluados, pues se realizó sin previo aviso para poder diagnosticar la realidad de su condición, de modo similar la búsqueda de asesores expertos en el tema así como los recursos humanos necesarios para el desarrollo del mismo y la inversión que todo ello significó, sin embargo la investigadora responsable teniendo clara la decisión de llevar adelante la investigación pudo superar cada una de las limitantes y asumió la integridad de la inversión requerida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Durante la fase de revisión bibliográfica se identificaron algunos trabajos de investigación que se consideraron como antecedentes tanto directos como indirectos al tema propuesto. A continuación, se hace mención de algunos de ellos, así como se presenta, en resumen:

Castro (2008) Realizó un ensayo clínico aleatorizado que comparaba la eficacia de cuatro diseños de cepillos dentales a través de diferentes técnicas de cepillado en 200 estudiantes de dos programas de entrenamiento de auxiliares de salud oral, de sexo femenino, con edades comprendidas entre los 15 y 43 años, escogidos por conveniencia y los cuales conformaron los grupos control (cualquier técnica de cepillado) e intervención (técnica de cepillado de Bass modificado). El seguimiento fue realizado durante 21 días a través de la aplicación del Índice de placa bacteriana de O'leary realizada por un odontólogo. Los resultados hallados fueron que el cepillo Colgate Twister Fresh. (33%) tuvo mayor probabilidad de reducir el índice de placa bacteriana en cualquier momento del seguimiento cuando se comparó su eficiencia con la

de los otros cepillos. La técnica modificada de Bass tuvo mayor probabilidad de reducir placa bacteriana que otras técnicas, pero de igual forma esta diferencia no fue significativa. ⁽¹⁾

Redondo (2008) menciona en su libro que los adolescentes de 10 a 19 años y los jóvenes 15 a 24 años de hoy viven en un mundo globalizado y los desafíos que enfrentan en su transición hacia la adultez actualmente son mayores. La juventud tiene hoy experiencias de vida muy diferentes a las de generaciones anteriores. La globalización tiene el poder de transformar el mercado, las tecnologías, la educación y el trabajo, con nuevas ideas y estilos de vida. Mientras que los beneficios económicos y de reducción de la pobreza son potencialmente enormes, los críticos señalan que estos no han sido distribuidos equitativamente, lo cual ha generado inquietud, y marginalización. Los jóvenes cuyas vidas son afectadas por los rápidos cambios que trae consigo la globalización pueden verse beneficiados en la medida que se encuentren preparados para adaptarse a ella. De lo contrario mientras la situación económica de alguno mejora, la de otros se mantiene intacta o se deteriora. La juventud hace esfuerzos para mejorar y necesita realizar migraciones, hacia ciudades donde consigan realizar sus estudios para enfrentar una vida de desarrollo para lograr un futuro mejor. ⁽²⁾

Werkhoven (2008) en su trabajo mencionaba que el primer objetivo fue describir la actitud de los pacientes con respecto al cuidado de su salud bucal, las normas sociales, las respuestas sociales percibidas de tener dientes sanos, y el comportamiento acerca de la higiene oral. La evaluación se realizó por medio de la versión en Español del Índice de Comportamiento de Higiene Oral, en un grupo de pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica del Uruguay. El segundo objetivo del estudio fue examinar los predictores relevantes de estas conductas de higiene. Ochenta pacientes llenaron el cuestionario durante su atención por los estudiantes de pregrado encargados del proyecto en las Clínicas de la Facultad. Generalmente, los pacientes mostraron un nivel adecuado de comportamiento acerca de la higiene oral, una actitud positiva, normas sociales positivas, especialmente en el odontólogo y la familia, y un alto valor de las respuestas sociales positivas de tener dientes sanos. El análisis predictivo demostró que la actitud y las normas

sociales explicaron un 21.8% de la varianza en los comportamientos de higiene oral reportados. Estos hallazgos sugieren que los pacientes poseen hábitos de higiene oral inadecuados que pueden ser mejorados e indican que los factores psicosociales juegan un rol importante en el cuidado de la salud bucal. Más aún, los hallazgos indican que el comportamiento acerca de la higiene oral del paciente puede ser mejorado no solo promoviendo una actitud más positiva hacia esa conducta específica sino también especialmente por el apoyo del odontólogo y de la familia del paciente. ⁽³⁾

La Torres Uriza C. et al (2009), desarrollaron un trabajo de investigación que se derivó en un artículo de reflexión que pretendía relevar el espacio de formación para la carrera de odontología como espacio social humano. En el artículo se resalta la concepción de salud como ha ampliado su marco a situaciones más integrales, donde la comprensión del concepto se construye a partir de modelos que integren lo biológico, lo mental y lo social. Lo anterior se relaciona con la responsabilidad social, la cual, desde el contexto universitario, se refiere a la habilidad de la universidad para responder a las necesidades de transformación de la sociedad donde está inmersa, mediante el ejercicio de sus funciones sustantivas: docencia, investigación y extensión. Mediante la función de extensión, y con base en el perfil profesional que necesita la sociedad para mejorar la salud de la población colombiana, la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, después de una reflexión curricular, ha generado espacios de práctica social que le permiten al estudiante acercarse a la situación actual del país, hacer una lectura de la realidad y de las necesidades de la población, para construir y fomentar conjuntamente estrategias promocionales de calidad de vida y salud, para la búsqueda del bienestar en la población, lo cual le permitirá desempeñarse en el trabajo comunitario y comprender que las acciones en salud deben estar articuladas con sectores públicos, políticos, comunitarios y colectivos. Consideran que se puede consolidar la práctica social, desarrollándola de una manera interdisciplinaria, aunando esfuerzos y trabajando con las comunidades que otras facultades ya han abordado, de forma que todos dirijan esfuerzos hacia el cumplimiento de las directrices del proyecto educativo y la misión de la Universidad. En esta vía, ya se ha iniciado la participación de la Facultad de

Odontología en el programa de Vidas Móviles. Se espera que esta experiencia, de carácter social y de manejo interdisciplinario, sea de gran importancia para suplir las carencias que durante años se han detectado en la formación de nuestros estudiantes, quienes al final del contacto con la comunidad solamente sienten que han dado una solución parcial al control de las patologías orales de la comunidad, sin tener una visión holística de la problemática de la salud pública en general. ⁽⁴⁾

Las prácticas o experiencias sociales de los estudiantes son un elemento imprescindible no sólo para la proyección social de la universidad, sino para el logro de la formación integral de nuestros alumnos.

Por esto se encuentran en los planes de estudio de la mayoría de las carreras, pero es necesario buscar el tipo de práctica que corresponda a la naturaleza de cada disciplina. Ellas han de concebirse de forma tal que se establezca un diálogo de saberes, no sólo académicos, sino de experiencia, sapienciales y de sentido común. A dichas prácticas no se puede ir en actitud paternalista, colonizadora o mesiánica, ya que se trata de buscar un mutuo enriquecimiento, creando espiritual y afectivamente vínculos de colaboración y solidaridad. ⁽⁴⁾

Rubio Rios G (2010) realizó un trabajo de investigación en el cual demostraba el estado de salud periodontal, el índice y grado de higiene bucal. Su estudio fue observacional, descriptivo, de corte transversal, donde la población total fueron 120 y la muestra 104 pacientes con criterios de inclusión. Las variables fueron: edad, sexo, estado periodontal e higiene bucal. Se aplicó el índice periodontal revisado para determinar su estado Resultados: predominaron los pacientes del grupo etéreo de 65 y más años. En cuanto a la relación entre el estado periodontal y edad, se observó que el mayor número de la muestra presenta gingivitis con un 71,2%, alcanzando sus mayores valores en el grupo de 25-34 años los más afectados con periodontitis fueron el grupo de 60 y más con un 41,9 %. La condición de sano se alcanzó en un 2,9 %. ⁽⁵⁾

Gutiérrez (2012) en la realización de su trabajo el objetivo fue evaluar el nivel de percepción empática de alumnos de la Facultad de Estomatología Roberto

Beltrán de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú). Se realizó un estudio de investigación no experimental descriptiva, de corte transversal y ex post facto causa- efecto.

En su investigación participaron 258 alumnos de una población de 450 que cursan los niveles 1º, 2º, 3º, 4º y 5º de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú), a quienes se les aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (EEMJ). La comparación de las medias se realizó mediante un Análisis de varianza bifactorial y una prueba de comparación múltiple de Duncan y finalmente, se construyó un Baremo que sirvió para el análisis descriptivo porcentual para cada uno de los tres factores de empatía “toma de perspectiva”, “atención por compasión” y habilidad para ponerse en el lugar del paciente. Los resultados fueron muy satisfactorios presentaban un nivel medio de orientación empática. Las mujeres presentaban un mayor nivel de orientación empática que los hombres.⁽⁶⁾

Gallego C. (2013) Desarrolló un trabajo de investigación que tuvo como objetivo el identificar las competencias requeridas respecto de las necesidades del mercado laboral en la formación de profesionales del área de la odontología. Su estudio fue de tipo descriptivo transversal, para una población de empleadores de entidades públicas, privadas o mixtas de la ciudad de Medellín y su área metropolitana. Se realizó una encuesta estructurada. Se procesaron los datos y se obtuvo que el 76% fueron empleadores del sector privado, 20% del público y 4% del mixto; 48% de las instituciones eran pequeñas, 44% medianas y 4%pequeñas empresas. Los empleadores identifican dentro de las competencias genéricas el trabajo en equipo, las relaciones Interpersonales y la comunicación oral y escrita. En las competencias específicas se identificaron competencias en la formación en aspectos legales, administrativos, manejo de historia clínica, normatividad y atención al cliente. El estudio revela la importancia que le dan los empleadores valoran altamente la formación en competencias en el área humanística y ético legal; constituyéndose como muy importante el estudio del nivel de desarrollo de habilidades sociales pues permitirá mayores posibilidades de éxito profesional.⁽⁷⁾

Lafebre 2014 desarrolló un estudio que tuvo como objetivo, analizar las actitudes y conductas de los estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca, utilizando el test de actitudes y conductas de la Universidad de Hiroshima (HU-DBI). Se realizó una encuesta a estudiantes de primer año a quinto, se incluyeron estudiantes de nivelación y postgrado.

El total de estudiantes encuestados fue 460, se encontró una tasa de respuesta de 87.47%, 256 (66,7%) mujeres y 128 (33,33%) hombres; la mayoría de procedencia urbano 96,3%. El número de índice HU-DBI fue, para los estudiantes preclínicos, de 8,89 con una DS de 1,542 y los estudiantes con experiencia clínica de 9,49 con una DS de 1,485. Se encontró que no hay diferencia en el índice entre hombres y mujeres y que aumenta con la educación de las materias teóricas y se incrementa aún más al entrar los estudiantes en contacto con pacientes, en condiciones en las que se mantiene. El valor del índice HU-DBI en los estudiantes de postgrado es menor que el de los estudiantes de 4to y 5to año, hallazgo que requiere un estudio posterior. Posiblemente, la información, por sí sola, no genera cambio de actitudes y conductas saludables; en éstas, hay una serie de modificadores, entre los que mencionamos los hábitos, costumbres, creencias y género.

Se realizó un estudio, tipo encuesta; el universo estuvo constituido por 460 estudiantes, que incluye estudiantes matriculados de primero a quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, estudiantes de nivelación y de postgrado de Rehabilitación Oral y Endodoncia. Se entrevistó a 387 estudiantes, quienes firmaron y aceptaron el consentimiento correspondiente; sin embargo, tres de ellos no llenaron el test, dejándolo en blanco, por lo que se les excluyó de la base de datos. El porcentaje de respuesta fue de 83.47% de aplicación del test HU-DBI, lo que representa que se trabajó sobre la mayoría del universo.

Se incluyeron estudiantes matriculados de primero a quinto año en Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca (FOUC) y de nivelación y los de posgrados que participaron, libre y voluntariamente, en la aplicación de la encuesta y la valoración de conocimientos. Quienes no firmaron el consentimiento informado y no respondieron el cuestionario completamente,

fueron excluidos.

A partir de los hallazgos anteriores, en los que se muestra un aumento de índice de HU-DBI, se puede generar la hipótesis de que la carrera genera un cambio en conductas y actitudes, medidas en el índice de HU-DBI, mejorándolas y que éste se potencia aún más en el contacto con los pacientes. Se debe también comentar, el resultado de los estudiantes de postgrado en que sus actitudes y conductas, medidas en el índice de HU-DBI, se ubican a un nivel de 9, teniendo en cuenta que no todos los estudiantes son egresados de la Facultad; muchos de los cuales, además, egresaron hace algún tiempo y no representarían un producto del nuevo programa de la Facultad de Odontología; sin embargo, este hallazgo debería ser investigado con un nuevo trabajo de investigación.⁽⁸⁾

Ramón G (2014) En el estudio que realizó de “Autoestima y estrés” se percibió en los universitarios, dentro de la escala de estresores académicos, identificó que las intervenciones en público, los exámenes y las deficiencias metodológicas del profesorado son, por este orden, las tres situaciones académicas que los estudiantes que catalogan como más estresante, en cuanto a la autoestima menciona que una persona con una autoestima óptima, tiene las cualidades de mantener imágenes constantes de sus capacidades y/o habilidades, desempeñan un rol más activo en sus grupos sociales, expresan sus puntos de vista con frecuencia y afectividad. Tienen un gran sentido de amor propio, cometen errores, pero están inclinados a aprender de ellos. Se sienten seguros de sí mismo. No tiene necesidad de estarlo demostrando y no necesita que los demás se lo reconozcan. No cuestiona su valor personal y no lo establece en función del valor de los demás. No se compara, ni busca la comparación y admiración de otras personas. Es realista y positiva. Afronta los nuevos retos con optimismo, superando el miedo y asumiendo responsabilidades. Posee menos tensiones y mejor posición para dominar el estrés, una visión más positiva y optimista respecto a la vida, mayor independencia, mejor capacidad de escuchar a los demás y mayor equilibrio emocional⁽⁹⁾

Liccini de Rodriguez, E (2015) desarrolló una tesis doctoral que tuvo como intencionalidad comprender a la escuela como un espacio de socialización en salud bucal en la niñez venezolana. Se trabajaron cuatro directrices: develar las representaciones sociales del proceso salud bucal construidas por los niños y niñas, indagar cómo se revela la práctica de educación para la salud bucal desde la familia, escuela y comunidad, comprender el vínculo del modelo médico/ modelo educativo en los procesos de educación para la salud y construir una aproximación teórica de las representaciones sociales de la niñez como una perspectiva epistemológica para el desarrollo de procesos investigativos de la salud bucal en la cotidianidad de la escuela.

El marco fue epistémico fenomenológico y los métodos hermenéuticos y etnográfico; la entrevista semiestructurada y la observación fenomenológica se utilizaron para conocer las subjetividades de los sujetos conformados por 40 niños y niñas entre 6 a 10 años de edad de la Escuela Básica Dr. Carlos Arvelo, cursantes de 1ro a 4to grado de primaria, cuatro maestras, tres estudiantes de 4to año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, tres representantes de los niños y niñas y tres representantes de la comunidad. Luego de la sistematización e interpretación de la información se consiguió que: en la representación de la salud bucal de los niños y niñas emergen los binomios salud/ausencia de enfermedad y salud/ausencia de dolor y la enfermedad como resultado exclusivo de microbios, falta de higiene y mala alimentación propios de la concepción biologista-determinista de la salud; el odontólogo es visto como encargado de curar los dientes enfermos. La práctica de educación para la salud bucal ha sido permeada por modelo médico dominante y actúa bajo una mirada reduccionista y morbicentrista. La estructura escolar destaca la uniformización de sus procedimientos, separación de los espacios productivos de los recreacionales, fragmentación de contenidos, tiempos y jornadas escolares, símbolos de autoridad y saber reflejado en el disciplinamiento y orden, lo que se corresponde con el modelo de educación hegemónico. El espacio escolar reúne las características y atributos necesarios para la implementación de espacios de saberes desde el niño y niña y sus entornos y la socialización de experiencias de salud bucal, con características dialógicas, intercambio de saberes, direccionalidad, simetría

de relaciones, teniendo como centro la salud y no la enfermedad y la multidimensionalidad del proceso de salud y enfermedad.⁽¹⁰⁾

Lukez, A et al (2015). Realizó una investigación de tipo transversal con una muestra que incluyó pacientes, alumnos, y personal docente cuya finalidad fue determinar cuán importante es una sonrisa estética como factor contribuyente del bienestar psicosocial, se incluyeron un total de 155 sujetos entre los 12 y los 39 años de edad.

A cada individuo se le tomó una fotografía frontal en sonrisa posada y utilizando un análisis fotogramétrico se midieron las siguientes variables: anchura de la sonrisa, la visibilidad de los corredores bucales, la máxima exposición de los dientes, la visibilidad de la encía, el grosor de los labios, el grado de resalte oclusal, y la desviación de la proporción áurea de los dientes en el sector anterior de maxilar superior. Se utilizaron como instrumentos psicométricos el Cuestionario de Impacto psicosocial de la estética dental (Pidaq) y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se encontró que la maloclusión fue un factor determinante para un menor bienestar psicosocial y que el sexo femenino se asocia con una mayor influencia psicológica de la estética dental, mientras que el sexo masculino y la edad avanzada son factores para una menor influencia⁽¹¹⁾

Naranjo P, Moya T, Palacios E (2014) Desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo principal el estudio de la influencia de las alteraciones estéticas buco-dentales sobre la autoimagen y la sociabilización en los adolescentes de edades comprendidas entre 12 y 17 años pertenecientes al Instituto Tecnológico Andrés F. Córdova.

Se llevó a cabo un estudio analítico, descriptivo, observacional y transversal en el cual se examinaron clínicamente a los participantes y únicamente se seleccionaron a aquellos que presentaron alteraciones patológicas buco-dentales que afectaran su estética facial, los cuales fueron 161 y posteriormente se pidió a cada uno de ellos contestar una encuesta de 15 ítems donde se valora la presencia de problemas de autocrítica o sociabilización y cuáles son sus acciones, sentimientos, manifestaciones y

expectativas acerca de su problema. El estudio evidenció que los jóvenes experimentaron un impacto negativo sobre su imagen personal que influye en el desarrollo de problemas de autopercepción. Por otro lado, los participantes fueron menos críticos en la evaluación de su aspecto estético en relación a lo social, ya que no hacían alusión la influencia de la afección estética bucodental sobre la socialización. ⁽¹²⁾

Mansilla G (2015) Desarrolló un estudio descriptivo de corte transversal en ingresantes a la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, donde se determinó que existe relación significativa entre la línea de la sonrisa, el arco de la sonrisa, curvatura del labio superior, la simetría de la sonrisa, el plano oclusal frontal y el componente dental, con las habilidades sociales. Y que cuando estos componentes muestran características de mayor estética, tales como altura de la línea de la sonrisa media, sonrisa consonante, curvatura del labio superior alta o recta, sonrisa simétrica, plano oclusal frontal aceptable y componente dental aceptable se presentan niveles más altos de habilidades sociales. Se afirma que existen asociaciones que se relacionan con el género como son los factores de la sonrisa tales como la línea de los labios, arco de la sonrisa, curvatura del labio superior, plano oclusal frontal y componente dental con las habilidades sociales. ⁽¹³⁾

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Concepto de higiene bucal.

El ser humano siempre ha realizado maniobras buscando la limpieza de sus dientes, por incomodidad de restos alimenticios o simplemente por belleza, pero no en busca de una higiene con objetivos preventivos de la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

En la actualidad se define higiene bucal como el conjunto de procedimientos que se realizan ya sean mecánicos y/o químicos para favorecer una salud óptima, se pueden hacer de manera mecánica a través de cepillo dental; manual o eléctrico, interdetales, limpiador de lengua, hilo dental, irrigador bucal y químicos como; pastas

dentales, chicles de xilitol, enjuagues bucales, esto requiere de una participación activa y responsable de cada individuo y, dentro de esta responsabilidad se encuentra el conocer, comprender y realizar de manera eficaz cada uno de los procedimientos.⁽¹⁵⁾

2.2.2 La placa bacteriana o biofilm

Es un depósito adherido sobre la superficie dentaria, de diversas comunidades de bacterias inmersas en una matriz extracelular de polisacáridos. El desarrollo de la placa ocurre en dos fases: en la primera las proteínas de la superficie bacteriana interactúan con la película adquirida; en la segunda fase la placa se forma por agregación y congregación de bacterias de la misma especie o de otras especies, al tiempo que se produce la matriz extracelular de polisacáridos.⁽¹⁷⁾

2.2.3 Formación de la placa bacteriana o biofilm

Se produce una serie de acciones por parte de las bacterias que se adhieren sobre una superficie que en este caso es la biopelícula, posteriormente se producirá una adhesión, multiplicación y finalmente una coagregación.⁽¹⁸⁾

1.-Biopelícula o película adquirida: Formada por glicoproteínas y anticuerpos esta película que se encuentra en la superficie limpia del diente, modifica su carga para favorecer posteriormente la adhesión bacteriana.

2.- Adhesión: Se produce la primera colonización bacteriana específica, que estará formada por el género Streptococcus (cocos gram-positivos) anaerobios facultativos.

3.-Multiplicación: Las bacterias aumentan de número predominan las formas filamentosas gram positivas como Actinomyces.

4.-Congregación: multiplicación bacteriana de nuevas especies y de condiciones diferentes como bacterias gramnegativas, como la *Veillonella* sp, *fusubacterium* sp.

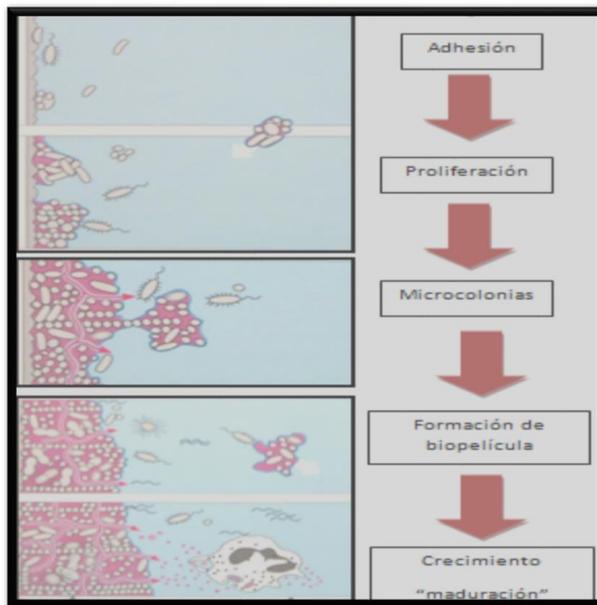


Figura 1: Desarrollo de la placa dental. (Modificado del: Atlas a Color de Periodontología. Editorial Amolca; 2009)

2.2.4 Estructura del Biofilm o placa bacteriana

En la actualidad con la tecnología moderna tenemos microscopios ópticos, que nos permiten ver las diferentes comunidades de microorganismos bien diferenciadas, dentro de las cuales se presentan vacíos, como canales de agua. Está formado por el 15 a 20% de bacterias y una matriz o glicocalix que corresponde al 75 a 80% del volumen. Esta matriz está compuesta por una mezcla de exopolisacáridos, proteínas, sales minerales y material celular.

La estructura del biofilm infra o subgingival difiere en la composición microbiana y en su respuesta frente a los tratamientos antimicrobianos. ⁽¹⁸⁾

2.2.5 El Biofilm y su relación con las enfermedades de las encías

En nuestro organismo la placa bacteriana juega un papel bastante importante y preciso en la etiología de la gingivitis y periodontitis. Løe y col, en 1965 demostró con claridad que indudablemente se producía inflamación de las encías después de una acumulación de placa bacteriana y que tras ser eliminada podía revertirse este proceso, al realizar buenas medidas de higiene oral. ⁽¹⁹⁾

2.2.6 Concepto de Gingivitis

Es la inflamación que se produce en los tejidos blandos que rodean al diente sin extenderse al cemento, al ligamento periodontal, y al hueso alveolar, causada por la placa bacteriana sin embargo puede o no ser considerada como una enfermedad producida exclusivamente por placa bacteriana acumulada, las gingivitis pueden ser producidas por fármacos o enfermedades ya sean congénitas o adquiridas, progresarán a enfermedad periodontal la periodontitis destructiva. ⁽¹⁷⁾⁽²¹⁾

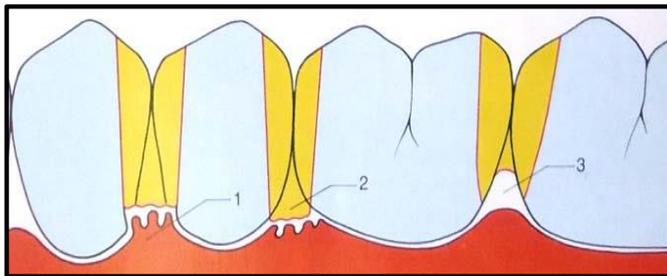


Figura nº2(Tomado de: Rieth P, Atlas profilaxis de la caries y tratamiento conservador. Editorial Salvat; 1990)

Clasificación según Asociación Dental Americana

Tipo I gingivitis

Tipo II periodontitis leve

Tipo III periodontitis moderada

Tipo IV periodontitis avanzada⁽²²⁾

2.2.7 Clasificación de las gingivitis

2.2.7.1 Gingivitis inducidas por el Biofilm

Además de las bacterias presentes en el Biofilm, se encuentra con otros elementos que van a influir en la retención de placa bacteriana como, tratamientos defectuosos, fracturas dentales, tratamientos de ortodoncia, anatomía dental, reabsorciones radiculares, que inducen a inflamación.

Un obstáculo que hace más difícil la limpieza bucal, son los brackets en tratamientos de ortodoncia, el mantenimiento de la cavidad oral tendría que ser más minucioso, ya que a numerosas bacterias beneficia este hecho. Es muy habitual que presenten gingivitis, lesiones de manchas blancas, previas a una zona desmineralizada por consiguiente el aspecto estético va estar involucrado.⁽¹⁹⁾

2.2.7.2 Gingivitis no inducidas por el Biofilm

1.-Gingivitis producidas por factores sistémicos

a) **Asociadas al sistema endocrino como;** gingivitis asociada a los ciclos menstruales, pubertad, embarazo, Diabetes Mellitus.⁽²¹⁾

b) **Asociadas a medicamentos y otros como:** drogas y anticonceptivos.

- Fármacos asociados a antiepilépticos como la fenitoina ciclosporina⁽²²⁾
- Fármacos que producen hemorragias como la warfarina, ácido acetil salicílico, heparina, otros aines. Los efectos secundarios por fármacos en la cavidad bucal ocasionan cuadros clínicos muy diversos, siempre es necesario preguntar la medicación que se está

tomando por qué puede confundir el estado clínico del periodonto o las encías y muchas veces estas medicaciones no pueden ser restringidas drásticamente ⁽²⁰⁾

2.-Gingivitis de origen viral; Encontramos dentro de este grupo a la gingivoestomatitis herpética primaria, y varicela zoster.

3.-Gingivitis de origen fúngico: Tenemos la hidroplasmosis y *Cándida Albicans*. ⁽³²⁾

4.-Gingivitis de origen genético: Fibromatosis gingival hereditaria. ⁽²¹⁾⁽²²⁾

2.2.8 Periodontitis

Es considerada como enfermedad periodontal, se producen procesos patológicos que alteran la estructura del periodonto es decir destrucción de tejidos de soporte del diente, llegando a perderse piezas sanas con un grado elevado de movilidad por pérdida de inserción. ⁽²¹⁾

El componente microbiológico juega un papel muy importante dentro del desarrollo de la patología periodontal, gracias a sus factores de virulencia las bacterias son capaces de inducir una respuesta inmune dentro del hábitat periodontal, que finalmente termina en destrucción de los tejidos de soporte ⁽²²⁾

Esta microflora presenta características específicas dadas sus necesidades de supervivencia como el pH, disponibilidad de oxígeno, nutrientes y mecanismos de defensa, se organizan para adentrarse en zonas de difícil acceso para su higiene, afectando a una o a varias piezas dentales, no están en todos los dientes sobre todo están presentes en bolsas periodontales. ⁽²³⁾

Los riesgos de la enfermedad periodontal se clasifican en locales y sistémicos tienen similitud con la gingivitis en este sentido. Internacionalmente ha cambiado mucho el concepto de periodontitis no solo se limita a adultos mayores de 35 años, sino que puede comenzar a

principios de la adolescencia y progresar lentamente, los hábitos de higiene, la alimentación y el tabaco va a ser causa de estas alteraciones cada vez más tempranas. ⁽²³⁾

Se encuentra comúnmente con microorganismos como:

1.-De la familia de los Gram positivos

- Actinomycetemcomitans, seguido de prevotella intermedia, peptoestreptococcus, fusobacterium nucleatum.

2.-De la familia de los Gram negativos

- Porphyromonas gingivalis es un coco basilo anaerobio estricto con predominio en personas con periodontitis crónica, donde su nicho ecológico es la biopelícula subgingival normalmente se le encuentra en menor porcentaje en el surco gingival en periodonto sano. ⁽²⁴⁾ Presenta una cápsula, que le permiten dar el primer paso en la colonización del surco, poder adaptarse e invadir las células epiteliales en un periodo aproximado de 20 minutos, ⁽²⁴⁾

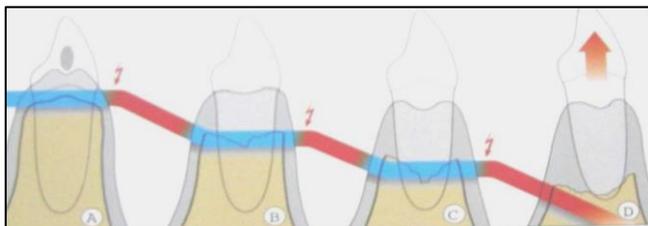


Figura nº 2 Destrucción de tejidos de soporte (Atlas a Color de Periodontología. Editorial Amolca; 2009)

2.2.8.1 Microorganismos presentes en las bolsas periodontales

Para hablar de bolsas periodontales debemos de tener una sonda periodontal y realizar un sondaje o ayudarnos con una radiografía.

Los microorganismos Gram negativos son los primeros patógenos que se van a encontrar en una bolsa periodontal estos son:

- P. gingivalis, Aggregatibacter, Actinomycetemcomitans, Tannerella forsythia, Prevotella intermedia, Treponemadenticola. ⁽²⁵⁾

Otros Microorganismos

Herpes virus: Son algunas especies virales específicas que se pueden encontrar en bolsas periodontales algunos autores como Slots y Contreras mencionan que tiene relación como los virus de Epstein Barr y Citomegalovirus, que van a alterar el sistema inmune del individuo de forma local. ⁽²⁶⁾⁽³²⁾

Cándida Albicans: No se considera un potencial patógeno, pero está presente en el surco gingival, hay otras bacterias se hallan infrecuentemente, pero están asociadas a la enfermedad gingival Neisseria Gonorrea y treponema Palladium directamente se relacionan con enfermedades de transmisión sexual. ⁽²⁶⁾⁽³²⁾

Procesos infecciosos	Bacterias predominantes
Caries	<i>Streptococcus mutans</i> <i>Actinomyces spp</i> <i>Lactobacillus spp</i>
Gingivitis	<i>Campylobacter rectus</i> <i>Actinomyces spp</i> <i>Prevotella intermedia</i> <i>Streptococcus anginosus</i>
Periodontitis	<i>Porphyromonas gingivalis</i> <i>Bacteroides forsythus</i> <i>Actinobacillus actinomycesmcomitans</i> <i>Prevotella intermedia</i> <i>Fusobacterium nucleatum</i>
Absceso periapical	<i>Peptostreptococcus micros</i> <i>Prevotella orallis</i> <i>Prevotella melaninogenica</i> <i>Streptococcus anginosus</i> <i>Porphyromonas gingivalis</i>
Pericoronaritis	<i>Peptostreptococcus micros</i> <i>Porphyromonas gingivalis</i> <i>Fusobacterium spp</i>
Periimplantitis	<i>Peptostreptococcus micros</i> <i>Fusobacterium nucleatum</i> <i>Prevotella intermedia</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus spp</i>
Endodontitis (pulpitis)	<i>Peptostreptococcus micros</i> <i>Porphyromonas endodontalis</i> <i>Prevotella intermedia</i> <i>Prevotella melaninogenica</i> <i>Fusobacterium nucleatum</i>

Figura n°3 microorganismos de la cavidad oral (27)

2.2.8.2 Factores que promueven la colonización

- a) Adherencia: A través de fimbrias estos, son apéndices que facilitan la adherencia a los microorganismos a superficies de los tejidos, están compuestas de glicoproteínas y glicolípidos las funciones que poseen son trasfondo de material genético y adherencia a los tejidos o a otras células.
- b) Inmune Ig A proteasas: Es un importante factor en el desarrollo de la enfermedad periodontal, tiene un poder de patogenicidad bacteriana bastante elevado inactiva los mecanismos de defensa en el surco gingival, la IgA, la IgG. Es el resultado de la degradación de las inmunoglobulinas además esta degradación produce una proliferación en la microflora patógena. (33)
- c) Capsula: Es una estructura de las bacterias que les permite sobrevivir sobre un medio hostil están compuestas por carbohidratos y proteínas, es una barrera osmótica que le confiere protección a los cambios de ph y temperatura. (18)
- d) Leucotoxina: Es una proteína producida por los microorganismos. Los neutrófilos juegan un papel importante de defensa en nuestro

organismo, dan protección contra los microorganismos de la enfermedad periodontal. ⁽³³⁾

2.2.8.3 Factores que están implicados en la periodontitis

Universalmente el estrés influye en nuestras vidas y en diversos grados y con diferentes efectos según el individuo. En psicología es considerada como una respuesta fisiológica o psicofisiológica del organismo a la percepción de desafío o amenaza demanda a la resolución en respuesta a un entorno que demanda de un encuentro que precisa nuestra valoración, afrontamiento y adaptación del individuo al estrés (emocional y físico). ⁽²⁰⁾⁽²⁹⁾

En la enfermedad periodontal se producen cambios debido a la tensión emocional, se ha propuesto que los microorganismos poseen la capacidad para reconocer las hormonas que se producen en esos momentos y ser causantes de destrucción periodontal, o producir fuerzas oclusales en momentos de mayor tensión emocional y la presión que se ejerce entre arcadas que desestabilizan las estructuras de soporte y puede producir destrucción por consiguiente movilidad dental. ⁽²⁹⁾

2.2.8.4 Calculo dental

Es la placa bacteriana calcificada sobre la superficie del diente, constituida por materia orgánica, polisacáridos que provienen de las glicoproteínas salivares, proteínas, células epiteliales descamadas, leucocitos y diferentes microorganismos.⁽³⁰⁾ La porción inorgánica está representada por altos contenidos de fosfato de calcio (75.9%) fosfato de magnesio y otros minerales, como hidroxiapatita sílice, witlockita además contiene fósforo, calcio magnesio, dióxido de carbono, sodio, zinc, cobre flúor .Las bacterias que lo cubren se encuentran en íntimo contacto con las superficies de los tejidos periodontales o a nivel radicular, altera la zona de unión al hueso.

El diagnóstico es clínico, habitualmente lo veremos en dientes próximos, a la salida de los conductos de las glándulas salivares. ⁽³⁰⁾

2.2.8.5 Halitosis

En la boca, se han encontrado compuestos volátiles causantes de mal aliento este término proviene del latín "Halitus" que significa aliento también llamado cacosmia bucal, feto oris. Afecta al 50% de la población, el 85% es bucal, es producido por la descomposición bacteriana, sangre, células y algunos componentes de la saliva como proteínas y otros agentes químicos, a su vez estos producen otras sustancias volátiles ácidos grasos y componentes de sulfuro, se producen compuestos sulfúricos volátiles como el sulfuro de hidrogeno metilmercaptano, dimetilsulfuro⁽³¹⁾. Las personas que presentan gingivitis enfermedad periodontal son más propensas a tener Halitosis, es un padecimiento para las personas que lo tiene están muy limitadas les crea muchas dificultades incluso psicológicas, los ácidos que se producen reducen el pH, existiendo bacterias que se alimentan de ello y producen más ácidos, se reproducen con mayor facilidad, produce incomodidad al hablar.⁽³¹⁾

2.2.8.6 Control de placa bacteriana

Es realizar una serie de actividades que deben estar perfectamente coordinadas para obtener los mejores resultados preventivos su eficacia va a depender de la motivación del paciente de los conocimientos e instrucción sobre higiene oral, de las ayudas de higiene oral, y de la destreza manual.^{(14) (23)}

2.2.8.7 Cepillado dental.

Es el principal medio para controlar la placa bacteriana supragingival, su eliminación es a través de movimientos mecánicos ligeramente fuertes sobre la superficie del diente. Es el medio mecánico más utilizado del mundo y en la población peruana. En promedio las personas utilizan durante 30 segundos diariamente, sin embargo, el tiempo requerido es hasta 10 minutos lo cual no es fácil de obtener por motivos de tiempo, pues siempre se lleva una vida agitada.⁽³²⁾

a) Cepillo

Un cepillo manual consta de dos partes: mango y cabezal. Según la dureza de las cerdas se clasifica en: ultra suave, suave, normal, duro. El promedio de vida de un cepillo dental es de tres meses aproximadamente. Sin embargo, esto es muy relativo, de manera que se debe cambiar el cepillo cuando se vean las cerdas dobladas hacia los lados, pues pierden su función y puede lesionar los tejidos blandos.

Actualmente hay una gran diversidad de cepillos y se debe utilizar siempre el que más se adapte a las necesidades de la persona.⁽²⁸⁾

2.2.8.8 Clases de cepillo

- Cepillo convencional: con 3 o 4 tiras de cerdas, es el que normalmente se utiliza.
- Cepillo unipenacho: presenta un solo grupo de cerdas muchos de ellos tienen mangos angulados, esto permite un mejor manejo para dirigirlos hacia las caras distales de los últimos dientes o los que se encuentran rotados, inclinados, se puede limpiar alrededor de prótesis fijas, ataches, margen gingival, y en aparatología de ortodoncia. ⁽¹⁶⁾⁽²⁸⁾
- Cepillo eléctrico: Tiene 3 tipos de movimiento horizontal, alternado, vertical arqueado o vibratorio. Especialmente útil en persona disminuidas físicas mentales debido al manejo simple de la operación por el paciente o por quien le ayude.
- Cepillos interproximales: Consta de filamentos de nylon suaves fijados a un alambre trenzado generalmente de acero inoxidable y de mango de plástico pequeños, son cilíndricos o cónicos los que más se venden, convenientes para personas con problemas en furca, para los espacios interdetales, cuando el espacio entre las piezas es amplio, cuando existe un puente de porcelana, por debajo de las barras que retienen una sobredentadura. ^{(35) (38)}

2.2.8.9 Técnicas de cepillado

Existen diferentes técnicas que podemos usar para tener una boca limpia, para hacerlo correctamente lo importante es manejar bien el cepillo y posicionar siempre de forma sistemáticamente el cepillo, con el vamos a poder realizar movimientos mecánicos, verticales, horizontales rotatorios y vibratorios. ⁽¹⁴⁾⁽¹⁶⁾

1.-Técnica basada en movimientos horizontales

❖ **Técnica horizontal.** Introducida por Kimmelman en 1966

Las cerdas o filamentos del cepillo se deben de colocar en ángulo de 90° sobre la superficie dental por las caras internas externas y oclusales con movimientos de frotación hacia a delante y hacia atrás. Indicaciones: en niños o dificultades motrices ⁽²⁸⁾.

2.-Técnicas basadas en movimientos rotatorios o circulares

❖ **Técnica de Fones.** Descrito por Fones en 1934.

Las cerdas del cepillo se colocan en ángulo de 90° con respecto a la superficie del diente, en los niños tendrán la boca cerrada y en adultos entreabierta, se realizan movimientos rotatorios sobre las superficies externas o internas y oclusales con movimientos rotatorios o circulares, en la cara interna el cepillo se colocará en posición vertical, con respecto al diente y se continuaran con movimientos circulares o rotatorios. ⁽¹⁴⁾⁽²³⁾

3.-Técnicas basadas en movimientos vibratorios

❖ **Técnica de Bass** Descrito por Bass en 1954.

En esta técnica el cepillo se coloca en ángulo de 45° sobre la superficie del diente las cerdas o filamentos se colocan en los espacios interdetales y en el surco gingival (las cerdas deben ligeramente estar debajo de la encía)se realizan movimientos vibratorios durante 15 seg, cada dos dientes presionando ligeramente. En las caras linguopalatinas del grupo anterior se coloca el cepillo verticalmente y se realiza los movimientos vibratorios con ligera presión sobre el diente y encía, en la

arcada inferior igualmente el cepillo se coloca en vertical y se realizan los mismos movimientos vibratorios cada dos dientes.

Indicaciones: adultos con tejido periodontal sano y pacientes con gingivitis y/o periodontitis. ⁽¹⁴⁾⁽³⁷⁾

❖ **Técnica de Charters** Descrita por Charters en 1928.

Boca ligeramente abierta. El objetivo de esta técnica es la eliminación de la placa interdental o interproximal la cabeza del cepillo se posiciona en dirección oblicua a la superficie dentaria, con las cerdas en dirección a la superficie oclusal. Entonces se mueve el cepillo de atrás hacia adelante con un movimiento de rotación. Este método es muy eficaz en los pacientes que presentan papilas interdetales retraídas, dado que con esta situación en particular las cerdas del cepillo pueden penetrar en el espacio interdental. O después de una cirugía. Es necesario un buche potente después del cepillado para eliminar la placa.

Indicaciones: pacientes adultos con enfermedades periodontales. ⁽²³⁾

❖ **Técnica de Stillman**

Igual que la técnica de Bass pero los filamentos se colocan 2 mm por encima del margen gingival. La vibración se mantendrá unos 15 segundos por cada dos dientes. Para las caras linguales o palatinas se utilizará la técnica del cepillo en vertical.

Indicaciones: pacientes adultos sin enfermedades periodontales. ^{(14) (23)}

4.-Técnicas basadas en movimientos verticales o de barrido

❖ **Técnica deslizante (o técnica de Barrido)**

Boca ligeramente abierta. El cepillo se coloca paralelo respecto al eje dental y apuntando hacia apical, con ligera presión sobre las encías y lo más arriba posible para los dientes de la arcada superior y lo más abajo, para los dientes de la arcada inferior. Se realizan movimientos de giro de muñeca. Las caras internas se cepillan igual y las caras oclusales con movimientos horizontales.

Indicaciones: pacientes jóvenes y pacientes con tejido periodontal sano
(37)

❖ **Técnica de Bass modificado.**

Se realiza la técnica de Bass y la modificación consiste, que una vez el cepillo esté contra el margen gingival (intentando que sea infra gingival y hayamos realizado los pequeños movimientos vibratorios, se realiza un movimiento de barrido hacia oclusal. Con esta técnica está limitada la limpieza de las superficies oclusales⁽¹⁴⁾⁽²⁸⁾

❖ **Técnica de Stillman modificada**

En esta técnica el cepillo se ubica de forma horizontal con las cerdas hacia la raíz, presionando contra el margen gingival se realizan movimientos vibratorios de vaivén, y deslizamos el cepillo por el diente hacia incisal.

Indicada en pacientes: Con zonas de recesión gingival cepillado progresiva con exposición radicular. ⁽¹⁴⁾

b) **Seda dental.**

Es fundamental en la higiene diaria, nos ayuda después del cepillado a tener unos dientes y encías sanas sobre todo indicado para apiñamientos dentales, también son útiles, en puentes o debajo de puentes sobre implantes para ello existen unos hilos especiales que son más anchos por el medio, presentan una esponja y terminan en puntas más rígidas estas se introducen hasta la parte central esponjosa y se arrastra para retirar alimentos debajo de los puentes. En el mercado existen diferentes tipos, tamaño y grosores con cera o sin ella, planos y con sabores ^{(14) (15)}

c) **Limpiador de lengua**

Es un accesorio de material rígido, se utiliza específicamente sobre la superficie de la lengua arrastrando las partículas de alimento que puedan quedar en ella. Su diseño permite llegar a las zonas más alejadas de la lengua. Consta de dos caras: una de perfil ondulado especial para adaptarse a la depresión central de la lengua, y, otra de perfil liso, para

limpiar los laterales. Se recomienda hacer un buche de agua. fuerte después de la limpieza.⁽¹⁴⁾

d) Enjuagues bucales

Llamado también colutorio es una solución Química que acompaña a nuestra higiene oral diaria, fácil de usar, su función es alterar la cantidad y/o la calidad de la placa supra e infra gingival, inactiva la acción bacteriana de la placa bacteriana, son prácticos de usar, llegan a los sitios más recónditos en un buche fuerte, ayudan con el mal aliento, es refrescante, de sabores agradables.

Existen enjuagues con funciones y composición específica pueden ser Clorhexidina, ácido hialurónico, triclosán cloruro de acetil piridino, fluoruros hexitidina, xilitol, que es un edulcorante y bacteriostático.⁽³⁴⁾

La Clorhexidina, es el más usado en periodoncia, cirugías, es un antiséptico antimicrobiano su efecto es prolongado, se une a proteínas de la saliva y es liberada lentamente durante 8 a 12 horas, en el mercado suele estar al 0,2 y 0,12 % existe varias presentaciones en gel y spray. El éxito de conseguir buenos resultados es primero conseguir un buen control de placa y gingivitis. Se ha demostrado su eficacia en la reducción de la inflamación periodontal y control la placa subgingival.⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾

2.2.8.10 Pasos para el buen uso del enjuague bucal

- ✓ Implica la limpieza de la boca aproximadamente 20 ml dos veces al día después del cepillado.
- ✓ Mantenerlo 1 a 2 minutos en la boca llevándolo por toda la cavidad bucal
- ✓ El enjuague ha de ser vigoroso incluyendo gárgaras durante un minuto. Se recomienda no enjuagar la boca con agua después de escupir el enjuague.

e) Irrigadores bucales

Son instrumentos mecánicos que impulsan un chorro de agua con su cabezal que permite dirigir el chorro con bastante precisión y presión, los más modernos son compactos con un depósito de agua incorporado en él se puede añadir productos antimicrobianos es capaz de eliminar restos alimenticios y restos de dentífricos, su uso continuado reduce la gingivitis, los más efectivos presentan chorro pulsátil. ⁽³⁶⁾

Ventajas de un irrigador

- Limpia restos retenidos entre dientes, y fisuras dentales
- Previene caries, halitosis y enfermedad periodontal
- Se puede utilizar toda una familia

f) Pasta dental:

La pasta dental fluorada fue introducida al mercado de los países industrializados a finales de los años 60, y desde entonces su uso se ha extendido en el mundo. El efecto preventivo de este producto ha sido ampliamente demostrado en la literatura científica, por lo que su utilización es ampliamente recomendada para la prevención de la caries dental ^{(12) (13)}

El hecho de tener flúor la convierte en el principal apoyo de higiene bucal diario, ya sea en niños y adultos. Las pastas dentales hoy en día tenemos una diversidad de tamaños, sabores, colores y envases diseñadas para prevenir caries, gingivitis, dientes manchados y sensibilidad. ⁽³³⁾

2.2.8.11 Composición química de las pastas dentales

- **Abrasivos:** Los abrasivos son sustancias que, al aplicarlos sobre las piezas dentarias, durante el cepillado, eliminan los depósitos acumulados. Los dentífricos deben tener un índice de abrasividad comprendido entre los 50 y 200 RDA (abrasión de la dentina radiactiva). ⁽¹⁶⁾

- **Detergentes:** son agentes tenso activos de la pasta dental, el objetivo es disminuir la tensión superficial, penetrar y solubilizar los depósitos que hay sobre las piezas dentaria
- **Humectantes:** Son agentes que evitan el endurecimiento del dentífrico, se usan glicerina, sorbitol, xilitol, propilenglicol.
Aromatizantes y Edulcorantes: Son sustancias que dan sabor al dentífrico, se usan: menta, mentol, canela, eucalipto.
- **Colorantes:** Son colorantes vegetales que se usan en los alimentos y bebidas. ⁽¹⁶⁾

2.2.8.12 Propiedades de las pastas dentales

- **Agentes limpiadores:** son compuestos detergentes que favorecen la eliminación de partículas sobre la superficie del diente como el Lauril Sulfato de Sodio.
- **Agentes que previenen la caries:** El flúor es indispensable en cualquier pasta dental, debido a que ha demostrado proteger contra la caries, además de "remineralizar" las lesiones ⁽¹⁴⁾
- **Agentes antiplaca bacteriana:** Entre los agentes químicos comerciales antiplaca está el triclosán, antibacteriano efectivo contra una gran variedad de bacterias.
- **Agentes desensibilizantes:** La hipersensibilidad puede presentarse en sitios únicos o múltiples. Se relaciona con problemas, como retracción de la encía que deja al descubierto zonas cervicales y estas zonas son extremadamente, sensibles al estar muy expuesto los túbulos dentinarios próximos al nervio. ⁽¹⁶⁾

- **Agentes pulidores o blanqueadores:** habitualmente están presentes en las pastas para dientes muy pigmentados como tabaco o café. El bicarbonato de sodio también puede actuar como un abrasivo leve si se le utiliza en suficiente concentración. ⁽¹⁴⁾ ⁽³²⁾

g) Chicles con xilitol:

Este compuesto es un edulcorante que, a diferencia que, con el azúcar, las bacterias no pueden fermentar dificultando su crecimiento y reproducción de estos microorganismos. Los chicles están elaborados con este compuesto, que es bacteriostático. ⁽¹⁴⁾

2.2.8.13 Profilaxis

Es el procedimiento odontológico que se realiza para retirar el sarro dental y la placa acumulada, en sitios poco accesibles, que durante el cepillado dental no se logra eliminar. La placa acumulada se calcifica ya que se encuentra acumulada durante largos periodos de tiempo es una fuente de bacterias y otros microorganismos que causan enfermedad en la encía y tejido periodontal.⁽³⁷⁾ La profilaxis se debe hacer de forma preventiva: se realiza con curetas o un aparato de ultrasonido, el cual actúa realizando vibraciones y de esta forma se elimina el sarro de una manera más eficaz y sin dolor, existe otro equipo que libera partículas abrasivas con agua a presión sobre la superficie del diente dejando la superficie libre de pigmentaciones y pulida. ⁽³⁹⁾

2.2.8.14 Alimentación sana

En la adolescencia se producen cambios físicos, sociales, conductuales, las costumbres alimenticias de los adolescentes son diferentes, incluyen más cantidad de hidratos de carbono, bebidas carbonatadas gaseosas, energizantes y abundantes snaks, piqueos sumada a malas prácticas de higiene que se suelen relacionar con la actividad que realiza la persona, por ejemplo, trabajos, estudios, desplazamientos largos horarios relacionados con falta de tiempo. ⁽³⁸⁾ ⁽⁴¹⁾

Los alimentos que podemos recomendar leche, maní, frutas frescas, son los que de alguna manera nos van a proteger y siempre podemos llevar un cepillo pequeño para asearnos rápidamente.

2.2.8.15 Prevención en los jóvenes

Ante la necesidad de tener una buena salud oral para poder contar con una buena salud en general y proseguir con nuestra vida diaria nos vemos en la necesidad de hacer un seguimiento en nuestros jóvenes ya sea brindando:

- Asesoramiento dietético (bebidas incluidas)
- Educación en higiene Oral
- Fluoruro en clínica
- Sellantes
- Entrevistas motivacionales.

La atención preventiva basada en la evidencia en la práctica clínica se encuentra basada en el objetivo principal de cualquier sistema de salud oral deben ser la prevención, debemos considerar que existe un fuerte nexo entre las enfermedades bucales y obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer oral ⁽³⁹⁾

2.2.9 Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion

En 1960 Greene y Vermillion crearon el índice de higiene.

En 1964 lo modificaron y lo simplificaron para crear un método más simple, esta modificación recibió el nombre de IHOS incluye sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. ⁽³⁸⁾ ⁽⁴⁰⁾

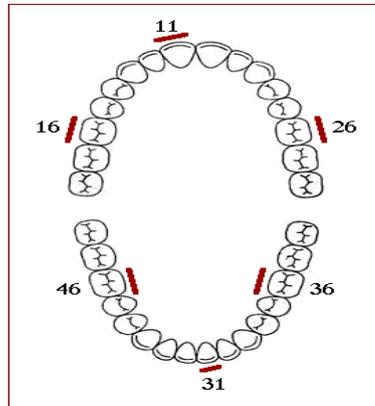


Fig N°4 OHI-S (Simplified) -
(Greene and Vermillion, 1964) Malmo University

Dentición permanente

En casos de dientes ausentes, serán sustituidos por el diente sucesivo.

Los sitios a evaluar son:

superficie vestibular

- Primer molar superior derecho
- Incisivo central superior derecho
- Primer molar superior izquierdo
- Incisivo central inferior izquierda

superficie lingual

- Primer molar inferior izquierda
- Primer premolar inferior derecho

El índice de IHOS consta de dos componentes: el índice de residuos simplificado (DIS) y el índice de cálculo (CI-S), cada componente se evalúa en una escala de 0 a 3. Es un método de registro para identificar el porcentaje de placa bacteriana en las superficies dentarias, en este índice no registra a las

caras oclusales. Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. en este método no se usa revelador, se necesita buena iluminación, sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor para ir inspeccionando y arrastrando la placa bacteriana, colocando un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival, es un método que da lugar a confusión por la dificultad de la delimitación de las regiones afectadas y da lugar a variación, se necesita tener mucha practica y habilidad para la detección, se puede medir más fácilmente si es de varios días es una masa de detritus restos de alimentos que nos indica si realiza una buena higiene o no, es un método, poco práctico por el tiempo requerido .

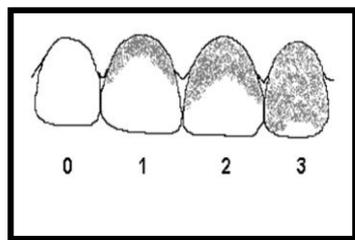


Fig N°4 OHI-S (Simplified) -
(Greene and Vermillion, 1964) Malmo University

Criterios para medir el componente de residuos (DI-S) de higiene oral simplificada (IHO-S)

- 0- No hay residuos o manchas.
- 1- Los residuos o placa no cubren más de un tercio de la superficie dental
- 2- Los residuos o placa cubren más de un tercio de la superficie, pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta.
- 3- Los residuos blandos cubren más de 2 tercios de la superficie dental expuesta.

DIENTE	V	V	V	L	V	L	TOTAL
FECHA	1.6	1.1	2.6	3.6	3.1	4.6	
Placa							
Blanda							

Fig N°6 ficha de recolección de datos

Suma de índice de P.B

_____ = **Promedio P.B.**

Nº de dientes examinados

Los resultados

Del promedio de placa bacteriana del índice individual de IHO-S se obtiene sumando la puntuación para cada diente asignado según los residuos que presenten y se divide entre el número de superficies analizadas que en este caso son seis dientes. ⁽⁴⁰⁾

El puntaje del promedio de la placa bacteriana tiene un rango entre 0 y 3, de acuerdo con los siguientes criterios.

- Higiene bucal **excelente** 0.0
- Higiene bucal **buena** 0.1-1.2
- Higiene bucal **regular** 1.3-2.0
- Higiene bucal **mala** 2.1

En un trabajo que realizaron los Dres. Nemre Adas Saliba, Andrés José Tumang y Orlando Saliba en 1974 compararon los valores del índice de higiene oral simplificado, utilizando colorantes y otros no, para poder limitar las zonas afectadas por el sarro y otros residuos, demostrando una mejor evaluación con el empleo de colorante, ya que facilito el cambio visual, obteniendo una

medición más precisa del índice, con un promedio general de sobre estimación de 0.80. ⁽⁴¹⁾

2.2.10 Habilidades sociales

Ante el advenimiento del desarrollo de las competencias y la competencia como tal, resulta fundamental el desarrollo de habilidades que favorezcan el éxito de los individuos. Se define una habilidad como “una rutina cognitiva o conductual concreta que forma parte de una estrategia más amplia” ⁽⁴²⁾.

Ante la necesidad de formar hombres buenos y justos, competentes para la vida antes que profesionales con sólo formación específica limitante, las habilidades para la vida, están siendo revaloradas en los currículos de todas las carreras en particular en las de salud pues se estuvo privilegiando por mucho tiempo el tecnocentrismo por encima del antropocentrismo. Dichas competencias y/ o destrezas para conducirse por la vida, de acuerdo con la motivación individual y el entorno donde éste se encuentre; ⁽⁴³⁾ y que promueven el desarrollo de factores de protección a diversos problemas psicosociales y que posibilitan enfrentar con éxito las exigencias, demandas y desafíos, permiten al individuo actuar de manera competente y solucionar y afrontar problemas en las distintas situaciones en las que éste se encuentre. ⁽⁴³⁾

El hombre es por definición un animal político, por lo cual requiere estar en permanente contacto con sus congéneres para poder existir y subsistir en ese sentido se hace indispensable que pueda desarrollar habilidades para su vida. Las habilidades para la vida se clasifican en tres grandes categorías, las cuales son habilidades sociales o interpersonales, habilidades cognitivas y las habilidades para el manejo de emociones. ⁽⁴⁴⁾

Las habilidades para la vida relacionadas con las destrezas sociales se definen como habilidades sociales, las cuales son conductas observables, aprendidas y utilizadas en los intercambios sociales, vale decir cuando

interactúa con sus congéneres, para obtener fines concretos. ⁽⁴³⁾

Las habilidades sociales son las destrezas sociales específicas para realizar competentemente una tarea de índole interpersonal que, ⁽⁴³⁾ implica un conjunto de conductas de un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos del mismo, de un modo adecuado, respetando esas conductas de los demás, y que resuelven problemas inmediatos a la situación en la cual se encuentra mientras que disminuyen la posibilidad de futuros problemas. ⁽⁴³⁾

2.2.10.1 Evaluación de las habilidades sociales

En la actualidad son diversos los procedimientos y/ o técnicas utilizadas para la evaluación de las habilidades sociales, y estos se dividen de la siguiente manera de acuerdo a sus características:

1. **Entrevista.** Es una técnica de contacto inicial, estructurada, aplicable tanto al individuo como a terceros (principalmente familiares) mediante la cual, a través de preguntas directas o indirectas, se evalúan las habilidades sociales del paciente en un contexto o área determinada, pudiendo así observar al sujeto en el entorno que a menudo interactúa. ⁽⁴⁴⁾
2. **Estrategias de juego de roles o la simulación.** Muy útil en los casos donde no es factible observar al paciente en una situación real, por lo que resulta útil y de evaluación interesante utilizar la alternativa de recrear esta situación en el despacho del tratante. ⁽⁴⁵⁾
3. **Cuestionarios o autoinformes.** El autoinforme es un mensaje verbal que el sujeto emite en donde expresa las características de su comportamiento social en diversas situaciones, que puede referirse a manifestaciones externas (por ejemplo, número de

veces que habla con su madre o internas (por ejemplo, los pensamientos ansiosos) de muy difícil realización pues se ve limitada por el temor del individuo a la propia verdad, por miedo al qué dirán o a parecer inadecuado. ⁽⁴⁶⁾

Los cuestionarios, inventarios y escalas pueden definirse como un conjunto de autoinformes con preguntas o afirmaciones ante el cual el sujeto puede indicar su grado de acuerdo o conformidad dentro de una escala, dar una respuesta dicotómica (sí/ no), u ordenar los distintos elementos de una lista según preferencia. ⁽⁴⁴⁾

4. **Método observacional.** Son técnicas mediante las cuales se dirige la atención a la propia conducta y en las que se realiza el registro objetivo y sistemático, para que luego codificada, dé información útil. Para esto es importante tener en cuenta las características del sujeto e incluir las características de conducta tales como:

- a. Definición clara y sencilla de la conducta a observar.
- b. Instrucciones sobre cómo y cuándo registrar la conducta.
- c. Simulaciones, planteando situaciones problemáticas. ⁽⁴⁶⁾

2.2.10.2 Técnicas de comunicación para estudiantes

Existen cursos que han sido adaptados de estudiantes de medicina, ejecutadas por el departamento de medicina psicológica de Dunedin a estudiantes de odontología. El curso introduce técnicas de escuchas activadas, teniendo un historial médico y habilidades de manejo de emociones. Claramente es una preocupación el hecho que después de completar el curso y su formación académica, no encuentren motivaciones o dificultades a la hora de entablar entrevistas laborales o una relación mucho mejor con sus pacientes, estos cursos están considerados fundamentales por los estudiantes mejorarían sus habilidades de

comunicación, o ayudarían a crear técnicas para un mejor desarrollo en sus habilidades. ⁽⁴⁷⁾

2.2.10.3 Estilos de conducta interpersonal y afrontamientos

Generalmente, se distinguen dos tipos de afrontamiento: activo y pasivo. En lo que concierne al afrontamiento activo, está conformado por estrategias como la planificación, la reinterpretación positiva y el crecimiento personal dirigidas a la acción, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social que se expresa como proceso mediador entre el optimismo disposicional y el estado de salud física, sin embargo, los pasivos están enfocados a emociones y sentimientos.

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que se evalúan como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. ⁽⁴⁸⁾

El planteamiento teórico evolucionó hacia una teoría de las emociones, se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas enfocando otra ruta de concepto hacia investigaciones acerca de cómo el individuo puede tener estrategias para afrontar en su vida diaria con asertividad, una modificación en su conducta o cambios de sus características de la personalidad, se incluyen elementos como la facilidad o incapacidad para relacionarse con otras personas y manera de enfrentar el estrés interpersonal. ⁽⁴⁸⁾

Se menciona otro aspecto como es la inteligencia emocional para interactuar con el entorno, encontramos cualidades como la motivación, la empatía el autocontrol los pacientes valoran

positivamente este aspecto la inteligencia emocional de los profesionales de la salud. ⁽⁴⁹⁾

Otro aspecto a tener en cuenta es la empatía este aspecto es muy importante en lo que respecta a la habilidad de comunicar, entender las perspectivas y experiencias del paciente tendríamos dos tipos de habilidades una la definiríamos como habilidades técnicas hablaríamos del campo de competencia manual y otras habilidades interpersonales donde se encuentran valores, aspectos de interrelación personal, capacidad en situaciones particulares estas dos deben ir de la mano para garantizar con éxito una labor de profesional con paciente, estas habilidades eficaces benefician la práctica dental. ⁽⁴⁹⁾

2.2.10.4 Hacia un progreso social

La ONU hace hincapié en que los niños y jóvenes deben tener habilidades para afrontar y poder tener éxito en la vida moderna, las calificaciones académicas unidas a pruebas de aptitud influyen en lograr un éxito laboral, y personal. La perseverancia, autoestima, sociabilidad, unidas a las habilidades cognitivas, interactúan en la persona y la capacitan para ser más exitosas en todos los aspectos de su vida. Estas habilidades pueden ser medidas y modificables y si es a temprana edad mejor. Las habilidades son multidimensionales, e interactúan para afianzarse en la persona, estas se manifiestan para dar lugar a pensamientos, sentimientos, y comportamientos característicos del individuo. Las habilidades van a estar presentes siempre a lo largo de la vida y deben generar más habilidades ⁽⁵⁰⁾

2.2.10.5 Perfil político-comunitario del odontólogo

Los perfiles del odontólogo en estos días deben tener modelos de conceptos explicativos del proceso salud-enfermedad general y

oral, preparado para identificar los factores de riesgo, conocimiento y prácticas en salud, así como los conceptos fundamentales de promoción de salud prevención de la enfermedad; intervenir en procesos de promoción en salud, capacitarse instruirse en conferencias internacionales sobre promoción en salud. ⁽⁵¹⁾

Comprender el papel de la odontología y del odontólogo en la salud de las poblaciones, conociendo los sistemas de salud en diferentes países del mundo. Identificar la epidemiología como herramienta de la salud pública, por medio del manejo de la estadística descriptiva como parte de la investigación en salud pública. Reconocer el papel del odontólogo como agente en prevención de la enfermedad, a través de la educación, como eje principal, y la aplicación de otras medidas de control en el ámbito comunitario. ⁽⁵¹⁾

2.3 Definición de términos Básicos

Pigmentaciones extrínsecas: Tinciones que se producen en la superficie del diente causadas por tabaco, café, té, coca cola, clorhexidina.

Bacterias: proviene de un término griego que significa “bastón”. Se trata de un microorganismo unicelular procarionte que puede provocar enfermedades, fermentaciones o putrefacción en los seres vivos o materias orgánicas.

Microorganismos son aquellos seres vivos más diminutos que únicamente pueden ser apreciados a través de un microscopio. En este extenso grupo podemos incluir a los virus, las bacterias, levaduras y mohos.

Adhesión: sentido físico, la adhesión es una propiedad de ciertas sustancias que permite que se junten con otras al estar en contacto. De acuerdo a cómo se logra, la adhesión puede ser química (al vincularse, los elementos desarrollan un compuesto), mecánica (una sustancia ocupa los poros de la otra, logrando la unión) o de otro tipo.

Habilidades: deriva del término “habilitas”, se refiere al talento, maña, aptitud para desarrollar desenvolverse en alguna tarea, con éxito.

Antropocentrismo: rama de la filosofía, que estudia al hombre como condición de factor social, no solo en sociedad, como piensa, como se desenvuelve en la construcción de la propia.

Tecnocentrismo: Practica enfocada a resolver cualquier problema con la tecnología, esta es cada vez más habitual, sin embargo, la mano del hombre sigue siendo necesaria.

Entrevistas motivacionales. Es un estilo de asistencia directa centrada en la persona, para provocar un cambio en el comportamiento ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias. Se define principalmente, no por su técnica, sino por su espíritu, que sigue un estilo que facilita la relación interpersonal.

Relación Interpersonal: Es una interacción recíproca entre dos o más personas. Se trata de relaciones sociales que, como tales, se encuentran reguladas por las leyes e instituciones de la interacción social.

Cualidades: son las características únicas que definen y distinguen a la persona, estas hacer referencia de ser alguien o algo como a seres vivos o cosas.

Motivación: la palabra deriva de la combinación de dos palabras latinos motus (traducido como "movido") y motio (que significa "movimiento"). son cosas que impulsan al individuo a realizar ciertas acciones y se mantiene firme hasta completar sus objetivos, está asociada a la voluntad se ve estimulado hacia el esfuerzo hacia su propósito.

Empatía: Es la capacidad para ponerse en el lugar del otro, intuir lo que siente lo que puede estar pensando.

Índice: Es una expresión numérica que nos facilita distintos indicadores.

CAPÍTULO III

Con formato: Fuente: 16 pto, Negrita, Español (España)

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de la investigación

La investigación corresponde a un diseño **No experimental, descriptivo correlacional de corte transversal**.

3.2. Tipo de investigación

El tipo de investigación es de corte transversal observacional, cuantitativo aplicativo.

3.3. Nivel de la investigación

El nivel de investigación **es descriptivo correlacional**, debido a que se limita a observar un determinado fenómeno haciendo especial hincapié en dos variables como son la higiene oral y las habilidades sociales, en una circunstancia temporal y geográfica determinada, con la finalidad de observar, anotar e interpretar los resultados a partir de la obtención de datos de las valoraciones del índice de higiene oral y del nivel de habilidades sociales, para

luego determinar si sus interpretaciones tienen algún nivel de asociación significativa.

3.4. Métodos

Los métodos aplicados en el presente trabajo de investigación son:

Método hipotético deductivo: porque se plantea una hipótesis de trabajo central que busca determinar a partir de conocimientos o leyes generales la realidad concreta de una población con referencia a dos variables como son la higiene bucal y las habilidades sociales.

Método estadístico: pues se utilizó el soporte cuantitativo para poder expresar los resultados en términos de frecuencias, porcentajes y asociaciones, se utilizó además estadística inferencial a fin de determinar si existe relación significativa entre las variables propuestas.

3.5. Procedimiento

Se realizó una solicitud hacia la dirección de escuela de modo que se coordinó con los docentes encargados de las asignaturas pertenecientes al VI ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas una evaluación clínica y encuestas después de sus clases.

Para continuar con el procedimiento, sin previo aviso a los estudiantes me incorpore a las clases con el material necesario, el docente respectivo hizo la presentación oportuna, con respeto estricto al principio bioético de autonomía se les presentó y registro el consentimiento informado para lo cual se utilizó documento preestablecido (ver anexo 2), en donde se precisó que la información obtenida a través de las pruebas que se le realice sería de carácter estrictamente confidencial, y que podría conocer el resultado de su evaluación así como que el uso o fin último de dicha información estará en el desarrollo del informe final de tesis con medidas correctivas hacia la institución, de ninguna manera se perjudicará de ningún modo al estudiante. Éste documento se entregó junto a la Ficha de datos personales (Ver anexo 3) la cual contiene el nombre y el género, dicha información es manuscrita con letra imprenta tal como figura en las indicaciones del mismo por cada uno de los individuos evaluados, a su vez este documento tuvo un recuadro para colocar el código

que fue realizado por el evaluador para fines de procesamiento de la información futura.

Posteriormente se procedió a entregar a cada uno de los pacientes a evaluar la "Lista de evaluación de las habilidades sociales" (Ver anexo 4)(Anexo5), dicho documento es un cuestionario elaborado por el Equipo Técnico del Departamento de Promoción de Salud Mental y de Prevención de Problemas Psicosociales IESM "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" el cual es aplicado en los diversos establecimientos del MINSA a nivel nacional como parte de la Atención integral de salud en la etapa de Vida Adolescente y adulto joven.

Este cuestionario contiene 42 proposiciones en las que el individuo evaluado tenía que indicar la frecuencia con la que le pasan ciertas situaciones en su vida, en una escala del 5 al 1, donde 5 equivale a "nunca me pasa", 4 equivale a "rara vez", 3 equivale a "a veces", 2 equivale a "a menudo" y 1 a "siempre". Se evalúan 4 áreas: De la pregunta 1 a la 12 evalúa Asertividad, de la 13 a la 21 evalúa Comunicación, de la 22 a la 33 evalúa la Autoestima, y de la 34 a la 42 la Toma de decisiones. Ésta prueba clasifica según puntaje a los individuos evaluados en Habilidades sociales como: Muy bueno, Bueno, Promedio, Bajo y Muy bajo. Se procedió a entregar la prueba, para la cual tendrían 20 minutos para desarrollar conforme a las indicaciones que se mencionarían previamente y que están descritos en el documento.⁽⁴²⁾

Una vez concluido el desarrollo de dicho cuestionario se procedió a la evaluación clínica del estado de higiene oral para lo cual se utilizó solución relevadora en base a fucsina, se entregó a cada uno de los estudiantes un vaso descartable y dentro de ella la pastilla reveladora, recomendado que la disuelvan durante dos minutos llevándolo por toda la boca, con la finalidad que tiña todas las superficies con placa bacteriana, esta evaluación la pudimos realizar en sus propios ambientes donde se encontraban dadas las condiciones de luminosidad, espacio y sillas cómodas de los laboratorios. Una vez concluido el tiempo se procedió a recoger material desechable. Se les realizó las indicaciones para el desarrollo de la evaluación clínica, se entregó a cada uno una hoja donde figuraba la ficha de evaluación de Índice de higiene oral simplificado, con la ayuda de un espejo facial y un par de baja lenguas se

procedió a inspeccionar las superficies y dientes pigmentados de los seis dientes necesarios para este método, posteriormente la suma de los índices Higiene bucal buena excelente 0,1 – 1,2 Higiene bucal regular 1,3 – Higiene bucal buena 2,1 - 3 se divide entre seis. Este método de registro se modificó del original ya que no necesita ningún tipo de tinción, pero el tiempo que disponían los estudiantes era escaso y para facilitarnos la visión y la suma de superficies, tuvimos que realizarlo de este modo.

3.6 Población y muestra de la investigación

3.6.1. Población

La población de referencia estuvo constituida por todos los estudiantes del VI ciclo de la carrera de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas del ciclo 2016-II toda vez que se encuentran a mitad de la carrera, que superado el primer segmento son un total de 78 individuos.

3.6.2 Muestra

Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, de tal forma que incluyen en el estudio a todos los estudiantes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión quedando constituida por 78 participantes que debieron cumplir con lo siguiente:

3.7 Criterios de inclusión y exclusión

3.7.1 Criterios de selección

Para el presente trabajo de investigación se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudiantes que registraron matrícula en el VI ciclo de la carrera de estomatología para el 2016-II.
- Tener entre 20 y 30 años de edad.
- Pacientes en buen estado general.
- Pacientes de ambos sexos, masculino y femenino.
- Pacientes que no presenten ningún tipo de discapacidad, física ni mental.

- Pacientes que no presenten algunos de los dientes utilizados para el índice de higiene oral simplificado.
- Pacientes que no presenten tratamiento de ortodoncia en curso, o aparatología fija de algún tipo.
- Pacientes que refieran no haber usado algún tratamiento de ortodoncia.
- Pacientes que una vez informados sobre el estudio y sus objetivos, estén dispuestos a participar en el estudio.

3.7.2 Criterios de exclusión

Aquellos que no superaron algunos de los requisitos antes descritos

3.8 Identificación-operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Indicadores	Escala	Categoría
Higiene Oral	Estado de higiene oral encontrado utilizando IHO-S	Puntuaciones obtenidas según tercios pigmentados producto de presencia de placa.	- Higiene bucal buena 0,1 – 1,2 - Higiene bucal regular 1,3 – 2 - Higiene bucal buena 2,1 - 3	Cualitativa Ordinal
Nivel de habilidades sociales	Evaluación del conjunto de conductas que se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas y orientadas a la obtención de reforzamientos ambientales o auto-refuerzos.	Puntuación promedio de las 4 áreas evaluadas relacionadas con habilidades sociales: asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones.	Personas con adecuadas habilidades sociales Personas competentes en las habilidades sociales Personas con habilidades sociales muy básicas Personas con déficit de habilidades sociales	Cualitativa Nominal Ordinal

Fuente. - elaborado por la responsable de la investigación

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.9.1 Técnicas

Análisis documental: Para obtener información teórica de la variable de estudio

Observación clínica directa: porque la información referida a higiene oral fue obtenida directamente de la boca de los participantes, para lo cual la investigadora, quien fungió de evaluadora clínica fue previamente calibrada para dicho fin con 20 casos previos, logrando un Kappa respecto a la asesora experta de 0,95 lo que indica un alto grado de concordancia por lo tanto es eficiente para realizar dicha evaluación.

Encuesta estructurada: para la valoración de las habilidades sociales se utilizó una encuesta estructurada traída de la psicometría a fin de evaluar dicha variable en el mejor entorno posible a la vez de cumplir los requisitos de aplicabilidad antes descritos.

3.9.2 Instrumento

Ficha de evaluación clínica: donde además de los datos descriptores de los pacientes a evaluar, se registró:

1.-Índice de higiene oral simplificado, estableciendo el estado de higiene oral.

2.-Cuestionario de habilidades sociales, de validez nacional según

MINSA: con el que se realizó la evaluación del conjunto de conductas que se manifiestan en situaciones interpersonales, socialmente aceptadas y orientadas a la obtención de reforzamientos ambientales o auto-refuerzos, trabajamos con cuatros aspectos que son:

- ❖ **Asertividad:** Sin embargo, vamos a considerar que la asertividad es solo una parte de las habilidades sociales, aquella que reúne las conductas y pensamientos que nos permiten defender los derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.⁽⁵²⁾
- ❖ **Comunicación:** Es hacer llegar a alguien, compartir algo de nosotros mismos, es una cualidad racional emocional y específica

del hombre que surge de la necesidad de ponerse en contacto con los demás, cuando intercambia ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas comunes. ⁽⁵³⁾

- ❖ **Autoestima:** Se conoce como conciencia de valor personal, se manifiesta por un conjunto de actitudes y de creencias que nos permiten enfrentarnos al mundo y a las dificultades de la vida, se necesita autoconocimiento y autoconciencia. Autoestima: Para quererse más y relacionarse mejor. ⁽⁵⁴⁾
- ❖ **Toma de decisiones:** Es el proceso que realizamos de manera seleccionada para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos debemos ser selectivos y acertados para eso es decidir y elegir la mejor opción a nuestra situación. ⁽⁵⁵⁾.

El cuestionario fue elaborado por el Equipo Técnico del Departamento de Promoción de Salud Mental y de Prevención de Problemas Psicosociales IESM "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" el cual es aplicado en los diversos establecimientos del MINSA a nivel nacional como parte de la Atención integral de salud en la etapa de Vida Adolescente y adulto joven. Este cuestionario contiene 42 proposiciones en las que el individuo evaluado tiene que indicar la frecuencia con la que le pasan ciertas situaciones en su vida, en una escala del 5 al 1, donde 5 equivale a "nunca me pasa", 4 equivale a "rara vez", 3 equivale a "a veces", 2 equivale a "a menudo" y 1 a "siempre". Se evalúan 4 áreas: De la pregunta 1 a la 12 evalúa asertividad, de la 13 a la 21 evalúa Comunicación, de la 22 a la 33 evalúa el Autoestima, y de la 34 a la 42 la Toma de decisiones. Ésta prueba clasifica según puntaje a los individuos evaluados en Habilidades sociales como: Muy bajo (menor a 88), bajo (88-126), promedio bajo (127 -141), promedio (142-151), promedio alto (152-161), alto (162-173), muy alto (174 a más).

3.10 Análisis de datos

3.10.2 Revisión

Se examinó en forma crítica cada uno de los cuestionarios con los datos para verificar si estaban completos.

3.10.3 Codificación

Los datos obtenidos a través de la aplicación del índice de higiene oral y cuestionarios de índice de habilidades sociales, se codificaron numéricamente a fin de facilitar la creación de una base de datos electrónica.

3.10.3 Procesamiento de datos

Los datos se vaciaron en matrices tripartitas mediante el programa Office versión 2015, específicamente en Excel para sistematizar y ordenar los datos, para luego exportarlos hacia el Software para análisis estadístico IBM SPSS Statistics v20 para la elaboración de tablas y el análisis estadístico, se utilizó estadística descriptiva como inferencial mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson para determinar la relación que existe entre las variables.

3.10.4 Presentación de datos

Los resultados de índice de higiene oral y el índice de habilidades sociales se dieron a conocer por medio de tablas de frecuencia y gráficos considerando los objetivos del presente trabajo de investigación.

CAPITULO IV

PRESENTACION, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Completado el trabajo de campo, se pudieron realizar las mediciones de la población de estudio, referida a las variables en mención que fueron habilidades sociales, higiene oral, así como el sexo de los participantes, encontrando los siguientes resultados:

Tabla N° 01.- Distribución de estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016 según sexo

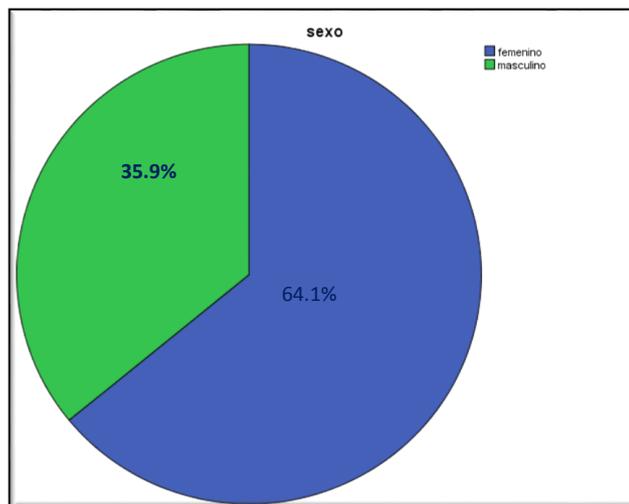
Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	50	64,1
Masculino	28	35,9
Total	78	100,0

Fuente. - elaborado por la investigadora responsable

Interpretación:

En la tabla N°1 se aprecia que, dentro de un universo de 78 estudiantes, 50 estudiantes pertenecían al género femenino a las que correspondieron un 64.1% y 28 estudiantes pertenecían al género masculino que les correspondía un 35.9%. Lo mismo se puede observar en el gráfico N° 01

Gráfico N°1.- Distribución de estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016 según sexo



Fuente. - elaborado por la investigadora responsable

Tabla N° 02.- Relación existente entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.

Higiene oral según IHOS		Nivel de habilidades sociales					Total	
		Bajo	Promedio Bajo	Promedio Promedio	Promedio Alto	Muy Alto		
Bueno	Recuento	0	5	13	11	0	1	30
	% del total	0,0%	6,4%	16,7%	14,1%	0,0%	1,3%	38,5%
Regular	Recuento	3	9	13	11	1	0	37
	% del total	3,8%	11,5%	16,7%	14,1%	1,3%	0,0%	47,4%
Malo	Recuento	1	2	2	4	2	0	11
	% del total	1,3%	2,6%	2,6%	5,1%	2,6%	0,0%	14,1%
Total	Recuento	4	16	28	26	3	1	78
	% del total	5,1%	20,5%	35,9%	33,3%	3,8%	1,3%	100,0%

Interpretación:

Del total de los encuestados 78 (100%) estudiantes, 30(38.5%) tenían un índice de higiene oral “bueno”, 37 (47.4%) tenían un índice de higiene oral “Regular”, 11(14.1%) tenían un índice de higiene oral malo.

De un total de 4 (5.1%) estudiantes tenían un nivel de habilidades sociales “bajo” ;3 (3.8%) tenían un índice de higiene oral “regular”;1(1.3%) tenían un índice de higiene oral “malo”.

De un total de 16 (20.5%)estudiantes, tenían un nivel de habilidades sociales” promedio alto”; 5 (6.4%) tenían un índice de higiene oral “bueno”;9 (11.5%) tenían un índice de higiene oral “Regular”;2 (2.6%) tenían un índice de higiene oral “malo “.

De un total de 28 (35.9%)estudiantes que tenían un nivel de habilidades sociales” promedio”;13(16.7%) tenían un índice de higiene oral

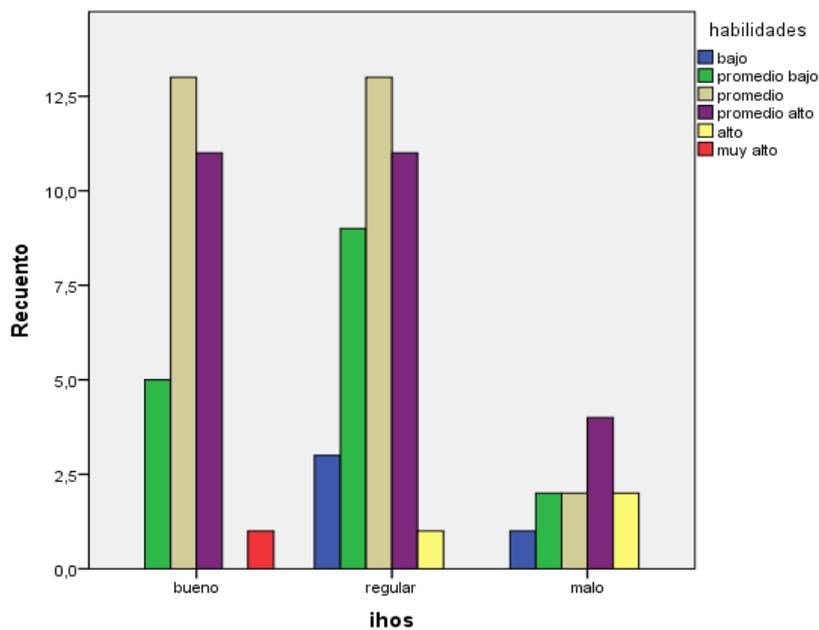
“bueno”;13(16.7%)tenían un índice de higiene oral” Regular” 2(2.6%) tenían un índice de higiene oral “malo”.

De un total de 26(33.3%)estudiantes que tenían un nivel de habilidades sociales “promedio alto”, 11(14.1%) tenían un índice de higiene oral “bueno”,11(14.1%) tenían un índice de higiene oral “Regula” y (5.1%) tenían un índice de higiene oral malo.

De un total de 3(3.8%) estudiantes que tenían un nivel de habilidades sociales “alto”,1 (1.3%) tenían un índice de higiene oral “Regular”,2(2.6%) tenían un índice de higiene oral “malo”.

De un total de 1(1.3%)estudiante que tenía un nivel de habilidades sociales alto 1(1.3%)tenía un índice de higiene oral “bueno”

Gráfico N° 02.- Relación existente entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.



Fuente. - elaborado por la investigadora responsable

Tabla N°3 Higiene oral según IHOS en estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016

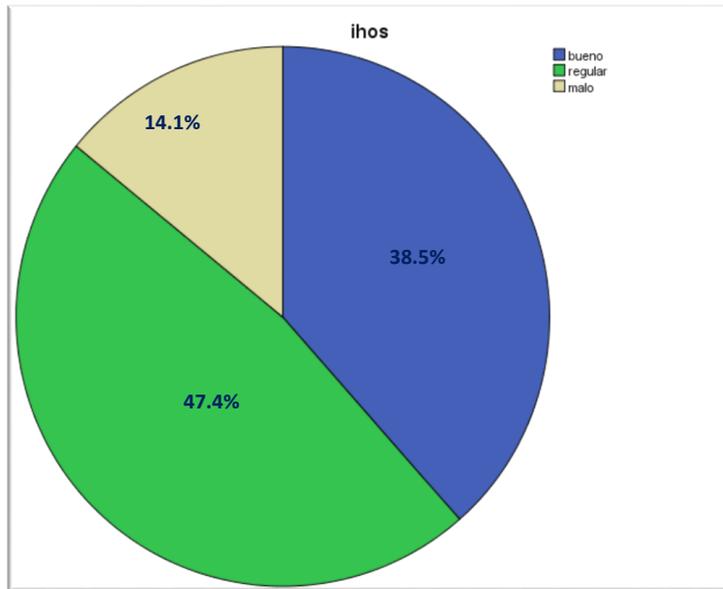
IHOS	Frecuencia	Porcentaje%
Bueno	30	38,5
Regular	37	47,4
Malo	11	14,1
Total	78	100,0

Fuente. -Elaborado por la investigadora responsable

Interpretación.

Se puede apreciar los resultados del índice de higiene oral simplificado IHOS aplicado a los 78 estudiantes pertenecientes al VI ciclo de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas en la evaluación clínica, quedó de la siguiente manera: un grupo de 37 estudiantes tenían un índice de higiene oral regular que correspondió al 47.4%, 30 estudiantes tenían un índice de higiene oral bueno que correspondió a un 38.5% y los restantes 11 estudiantes tenían un índice de higiene oral malo que correspondió a un 14.1% (Ver Tabla y Gráfico N° 3)

Gráfico N°3.- Higiene oral según IHOS en estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016



Fuente. -Elaborado por la investigadora responsable

Tabla N° 4.- Nivel de habilidades sociales en estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016

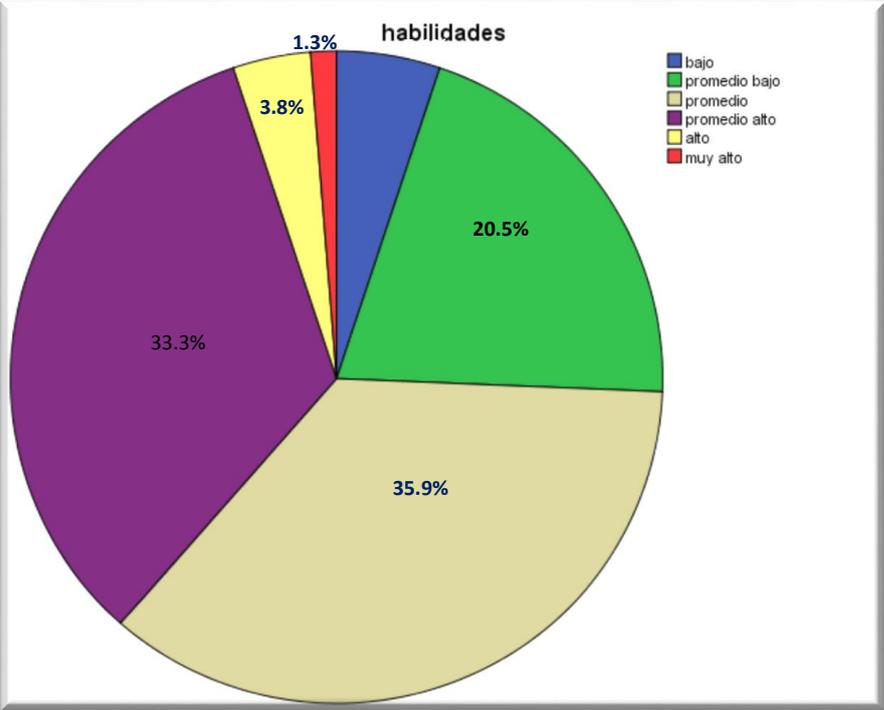
Habilidades sociales	Frecuencia	Porcentaje
bajo	4	5,1
promedio bajo	16	20,5
promedio	28	35,9
promedio alto	26	33,3
alto	3	3,8
muy alto	1	1,3
Total	78	100,0

Fuente. -Elaborado por la investigadora responsable

Interpretación:

Del total de los encuestados que fueron 78 (100%) estudiantes, de las cuales 4 (5,1%) personas tienen el índice de habilidades sociales “bajo”, 16 (20,5%) personas tienen un índice de habilidades sociales “promedio bajo”, 28 (35,9%) personas tienen el índice de habilidades sociales “promedio”, 26 (33,3%) personas tienen un índice de habilidades sociales “promedio alto”, 3 (3,8%) persona tiene un índice de habilidades sociales “alto”, 1 (1,3%) persona tiene un índice de habilidades sociales” muy alto”.

Gráfico N° 4.- Nivel de habilidades sociales en estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016



Fuente. -Elaborado por la investigadora responsable

Tabla N°5.- Relación entre la higiene oral y sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.

Sexo		Higiene Oral según IHOS			Total	
		bueno	regular	Malo		
femenino	Recuento	23	21	6	50	
	% del total	29,5%	26,9%	7,7%	64,1%	
masculino	Recuento	7	16	5	28	
	% del total	9,0%	20,5%	6,4%	35,9%	
Total		30	37	11	78	
		% del total	38,5%	47,4%	14,1%	100,0%

Fuente. -Elaborado por la investigadora responsable

P-valor 0,649 mayor a 0,05, lo que implica que no existe relación significativa entre niveles de higiene y sexo

Interpretación:

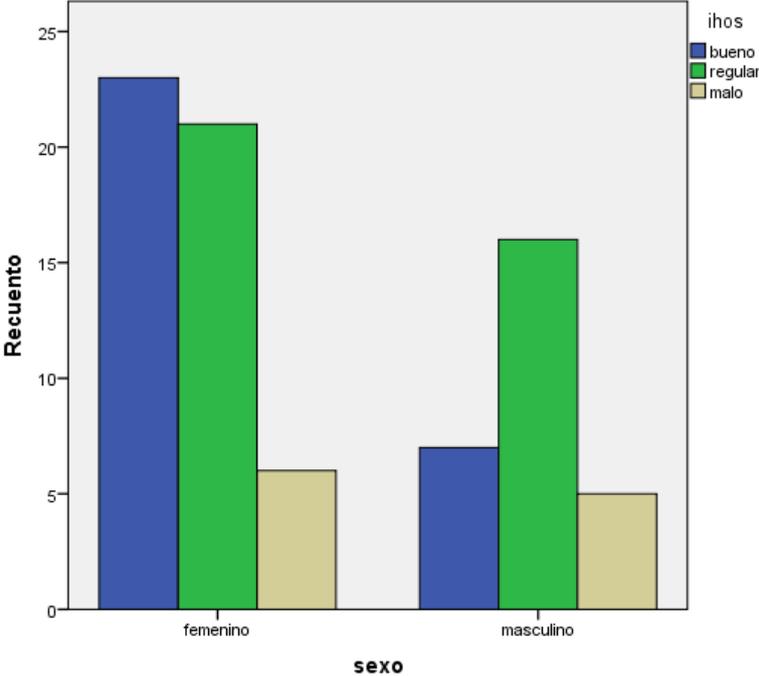
Del total de los encuestados que fueron 78(100%) estudiantes se puede apreciar que 50(64.1%) fueron del sexo femenino y los restantes 28 (35.9%) fueron del sexo masculino

Respecto a la higiene oral 30(38.5%) tenían un nivel “bueno” dentro del cual fueron 23(29.5%) sexo femenino, y del género masculino 7(9.0%)

Respecto a la higiene oral 37(47.4%) tenían un nivel de higiene oral “Regular” dentro del cual fueron 21(26.9%) del sexo femenino y del sexo masculino 16(20.5%).

Respecto a la higiene oral 11(14.1%) tenían un nivel de higiene oral “malo” dentro del cual fueron 6(7.7%) del sexo femenino y del sexo masculino 5(6.4%)

Gráfico N°5.- Relación entre la higiene oral y sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.



Fuente. -Elaborado por la investigadora responsable

Tabla N° 6 Relación entre las habilidades sociales y el sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016

Sexo		Nivel de habilidades sociales						Total	
		Bajo	Promedio Bajo	Promedio	Promedio Alto	Alto	Muy Alto		
femenino	Recuento	2	10	17	19	2	0	50	
	% del total	2,6%	12,8%	21,8%	24,4%	2,6%	0,0%	64,1%	
masculino	Recuento	2	6	11	7	1	1	28	
	% del total	2,6%	7,7%	14,1%	9,0%	1,3%	1,3%	35,9%	
Total		Recuento	4	16	28	26	3	1	78
Total		% del total	5,1%	20,5%	35,9%	33,3%	3,8%	1,3%	100,0 %

Fuente. - elaborado por la investigadora responsable

Valor obtenido 0,668 que es mayor que el 0,05, es decir no existe relación significativa entre el sexo y las habilidades sociales

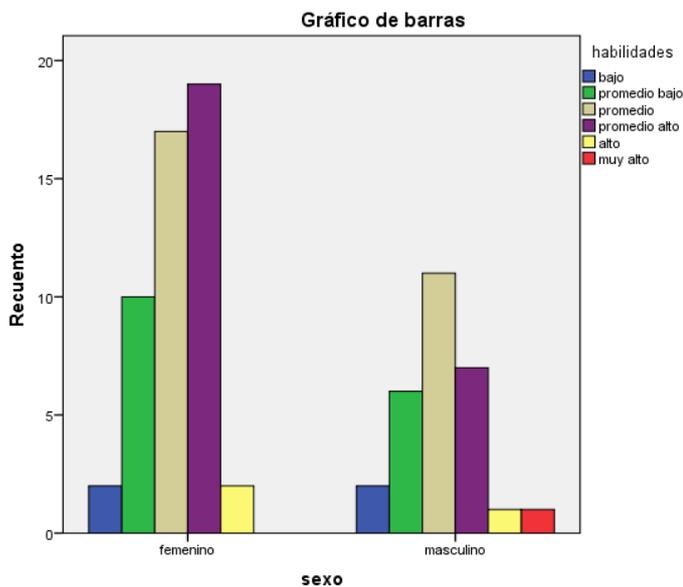
Interpretación:

Del total de los encuestados que fueron 78(100%) estudiantes se puede apreciar que 50 (64,1%) fueron de sexo femenino y los restantes 28 (35,9%) fueron de sexo masculino.

Respecto al nivel de desarrollo de habilidades sociales se encontró que 4 (5,1%) presentaron bajo nivel de habilidades sociales, distribuidos 2 (2,6%) de sexo femenino y los otros 2(2,6%) de sexo masculino. El nivel promedio bajo se encontró en 16 (20,5%) de participantes, de los cuales 10(12,8%) fueron de sexo femenino y 6 (7,7%) de sexo masculino. El nivel promedio de habilidades sociales se registró en 28 (35,9%) de participantes, siendo 17 (21,8%) de sexo

femenino y 11 (14,1%) de sexo masculino. El nivel promedio alto lo alcanzaron 26 (33,3%) de los cuales 19 (24,4%) fueron de sexo femenino y 7 (9%) de sexo masculino. El nivel alto sólo se alcanzó en 3 (3,8%) de participantes siendo 2 (2,6%) de sexo femenino y 1 (1,3%) de sexo masculino. Sólo un participante (1,3%) alcanzó el nivel muy alto y él representó el 1,3% del total de evaluados.

Grafica N° 6 Relación entre las habilidades sociales y el sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016



Fuente. -Elaborado por la investigadora responsable

Contrastación para la hipótesis principal de trabajo

H₀: La higiene oral y las habilidades sociales son independientes

H₁: La higiene oral y las habilidades sociales no son independientes

Nivel de confianza 95% p-valor: 0,05

Muestra 78 estudiantes

Estadístico a usar: Chi cuadrado de Pearson para independencia.

Estadísticos	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,485 ^a	10	0,198
Razón de verosimilitudes	13,713	10	0,187
Asociación lineal por lineal	,147	1	0,701
N de casos válidos	78		

a. 12 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .14.

El resultado es 0,198 que es superior a 0,05, lo cual no permite rechazar la hipótesis nula de independencia, por lo que se concluye:

Que no existe relación estadísticamente significativa entre la higiene oral y habilidades estudiantes en estudiantes de estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

La presente investigación desarrollada por Pariente (2016) se demuestra la importancia de la higiene oral como parte de la higiene diaria corporal habitual, es una manera de representarse, como profesionales de la salud aún más se debe de dar ejemplo de ello, los hechos son los que demuestran, no las palabras, para que tengan confianza, tengan credibilidad en los profesionales de la salud, se debe actuar con cordura con amabilidad, explicando en todo momento las funciones, acciones hacia la persona y es ahí durante la interrelación que se lleva a cabo el dialogo, donde no debe expedirse halitosis, ni señales de descuido.

La actitud de los pacientes con respecto al cuidado de su salud bucal Werkhoven (2008) trabajo con las normas sociales, las respuestas sociales percibidas de tener dientes sanos, y el comportamiento acerca de la higiene oral, su análisis predictivo demostró que la actitud y las normas sociales explicaron un 21.8% de la varianza en los comportamientos de higiene oral reportados. Reporta buena actitud hacia la higiene oral, sin embargo sus

participantes presentaron higiene oral entre regular y mala; dichos resultados coinciden con los desarrollados en el presente estudio por Pariente (2016) donde pese a ser estudiantes de estomatología, los participantes, teniendo no sólo actitud positiva sino conocimientos teóricos y práctica clínica donde se resalta la importancia de la higiene bucal, ellos mismo presentaron higiene oral de nivel regular, contrario al nivel bueno que se esperaría de ellos como futuros odontólogo, especialistas en promover la salud del sistema estomatognático.

Los estudios de La Torre (2009) revelan el espacio de formación para la carrera de odontología como un espacio social humano, resalta la concepción de salud como un amplio marco de situaciones más integrales, donde la comprensión del concepto se construye a partir de modelos que integren lo biológico, lo mental y lo social, para mejorar la salud de la población colombiana, la Facultad de Odontología de la Pontificia Universidad Javeriana, después de una reflexión curricular, ha generado espacios de práctica social que le permiten al estudiante acercarse a la situación actual del país, hacer una lectura de la realidad y de las necesidades de la población, para construir y fomentar conjuntamente estrategias promocionales de calidad de vida y salud, no solo en lo profesional sino también en lo personal. En ese mismo orden de ideas y con la misma postura epistemológica, Pariente (2016) desarrolló el presente trabajo de investigación con el que se superó el aspecto netamente técnico científico y se revaloró la integralidad del individuo, entendiéndolo como un ser político, con requerimiento de salud biopsicosocial, que debiera tener indicadores de equilibrio entre los mismos, es en ese ánimo de coincidencia que evalúa la higiene oral, así como las habilidades sociales, indicadores que avisan, en caso de encontrarse en niveles de desarrollo menor, alteraciones de diversos sistemas en el individuo.

Preocuparse por tener no sólo un técnico científico, sino una persona con formación humanística y con competencias sociales, permitirá al futuro odontólogo tener un mejor manejo del paciente, poseer una concepción multidisciplinario para el abordaje del mismo, y no sólo de su patología. Se coincide entonces en que es fundamental que se preparen personas integras

no solo en el aspecto académico si no personal para poder interrelacionarse, saber comunicarse entenderse afectivos, asertivos, muchos aspectos que se deben trabajar.

Con respecto al trabajo de Gallego (2013) identifico los aspectos requeridos relacionados a las necesidades del mercado laboral en la formación de profesionales del área de la odontología revelo la importancia que necesita la formación en competencias en el área humanística y ético legal; constituyéndose como muy importante el estudio del nivel de desarrollo de habilidades sociales pues permitirá mayores posibilidades de éxito profesional así como facilitarles talleres de habilidades sociales a los futuros odontólogos, para ser mejor profesionales y sobre todo mejores personas. Dichas aseveraciones sirvieron de base para la fundamentación del estudio de Pariente (2016), pues es consciente de la necesidad de relevar tales competencias, por lo que se decidió el desarrollo de un trabajo de investigación científico serio y formal donde se evalúen y expliciten las habilidades sociales que están desarrollando a la fecha los estudiantes de estomatología de la casa de estudios que la acogió, a fin de generar un insumo para la toma de decisión de las unidades ejecutoras, pues coincide ampliamente en la necesidad de generar programas que fomenten, entre otras, las habilidades sociales de sus futuros profesionales.

Ramón (2014) en el estudio que realizo de “Autoestima y estrés” se percibió en los universitarios, dentro de la escala de estresores académicos, entre sus diversos resultados, resaltó la importancia de tener estudiantes de odontología con niveles de autoestima óptima, lo cual le permitirá tener mejoras en sus diversas capacidades por una mejor visión de sí mismos, esa la misma concepción de Pariente (2016), por lo que preocupa el no coincidir con sus resultados, pues se encontraron niveles principalmente promedios, con poca tendencia hacia los niveles altos, ello debe ser revertido a fin de tener estudiantes con mejores actitudes hacia la vida actual y futura.

Mansilla (2015) realizó un estudio científico donde se evaluaron entre otras

variables las habilidades sociales de estudiantes de estomatología de la misma casa de estudio, en este caso en estudiantes de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, encontrando niveles altos de habilidades sociales, entre ellos resalta la asociación con el género, ello coincide con los resultados obtenidos por Pariente en el 2016 donde se revalora la importancia del desarrollo de habilidades sociales en estudiantes de estomatología, aunque se difiere en que son de mitad de la carrera; en su caso incluye maloclusiones y en el presente la higiene oral, lo claro y en que se coincide es que se debe tener indicadores de salud oral óptimos pues ello podría relacionarse de manera significativa con el desarrollo de habilidades sociales a fin de tener personas más integrales.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- Se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre los niveles higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de estomatología de la Universidad Alas Peruanas del año 2016.
- Se concluye que el índice de higiene oral es regular el que primó fue el regular seguido por el bueno en los estudiantes de estomatología de la Universidad Alas Peruanas del año 2016.
- Se encontró que el nivel promedio y promedio alto de desarrollo de habilidades fueron los que primaron en los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre sexo e higiene oral, sin embargo, se encontró a participantes del sexo femenino con mejores niveles de higiene en comparación a los del sexo masculino que tuvieron principalmente un nivel regular.

- No se encontró relación estadísticamente significativa entre sexo habilidades sociales, sin embargo, se encontró a participantes del sexo femenino con mejores niveles de índices Higiene oral registrando principalmente promedios altos en comparación a los del sexo masculino que tuvieron principalmente niveles” promedio” de desarrollo de habilidades sociales.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

1. Si bien no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio, está clara la relación clínicamente significativa de las mismas así como la importancia de tener niveles óptimos, por lo que se recomienda a las autoridades que gestionan la escuela de estomatología de la Universidad Alas Peruanas el desarrollo de programas de monitoreo de higiene oral y demás indicadores de salud oral en sus participantes, así como la implementación de sistemas de control de habilidades humanísticas y capacidades para la vida entre ellas las habilidades sociales a fin de promover el desarrollo holístico de los estudiantes de la carrera.
2. Se recomienda instalar programas que incluyan desarrollo de competencias para elevar el índice de higiene de los estudiantes de estomatología de la Universidad Alas Peruanas.
3. Se recomienda que la escuela profesional en coordinación con el departamento de orientación al educando de la universidad, promueva el desarrollo de programas de habilidades para la vida, entre ellas las

sociales, que si bien es cierto no presentaron niveles bajos, podrían aún ser mejorados por los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas.

4. Se recomienda que la universidad realice campañas a centros asistenciales con el fin de promover la salud bucal y que los estudiantes puedan desenvolverse con mayor facilidad en cuanto a sus prácticas de habilidades y conocimientos.
5. Se recomienda que la universidad tenga convenios con centros educativos para que los estudiantes y los niños se beneficien no solo en el aspecto académico sino en lo personal para poder interrelacionarse, saber comunicarse, entenderse, ser afectivos, asertivos, muchos aspectos que se deben trabajar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Castro P, Corral C, García F, León P, Martínez C, Moreno F. Eficacia de cuatro cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana mediante la técnica modificada de Bass en Estudiantes de Salud Oral de la ciudad de Cali. Revista. Estomatología. 2008; Volumen 16 N° 2 16(2):15-24
- 2) Redondo C, Galdó García M. Atención al Adolescente. 1ªed. España Ediciones de la Universidad de Cantabria 2008 ;37-125
- 3) Werkhoven- Buunk, Y. A. B.; Dijkstra, A.; Van der Schans, C. P.; Jaso, M. E.; Acevedo, S.; Parodi E, G. Evaluación y promoción de la actitud hacia la higiene oral en pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica del Uruguay volumen N° 2 2008; 13- 20
- 4) Latorre Uriza C, Bermúdez de Caicedo C, Botía López M A. Bogotá, Imagen y Desarrollo. Investigación en Enfermería: Colombia 2009. Vol. 11 N° 2. 11 (2): 93-105
- 5) Rubio R G, Hernández C I, Torres L.M. Estado periodontal e higiene bucal en mayores de 15 años. Área Norte. Sancti Spiritus Gaceta Médica. Habana 2013 vol.15 n°1
- 6) Gutiérrez Ventura F, Quezada Huerta B, López Pinedo M, Méndez Vergaray J, Díaz Narváez V, Zamorano A, Rivera Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología

- Roberto Beltrán. Universidad Cayetano Heredia.Rev.Estom.Hered 2012; 22(2):91-99
- 7) Gallego C, Mora A. Competencias requeridas para la formación de odontólogos. Revista Colombiana de Invest en Odon 2013; 4 (12) 168-171.
 - 8) Lafebre C. F, Cobos Arévalo C, Charry R, Torrachi C.A. Actitudes y Conductas de Salud Oral de Estudiantes de Odontología de la Universidad de Cuenca .Acta odontológica Colombiana 2015; 5(2): 47-58
 - 9) Ramòn G CA Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes. European Journal of Education and Psychology. 2014 febrero; 43(5)
 - 10) Liccioni de Rodriguez, E. La escuela como espacio de socialización en salud bucal. Tesis para optar al grado de doctor en ciencias sociales con mención en salud bucal y sociedad. Universidad de Carabobo Venezuela 2015.
 - 11) Lukez, A., Pavlic, A., Trinajstic, M., Zrinski, Spoli, S. The unique contribution of elements of smile aesthetics to psychosocial well-being. J Oral Rehabilitation.2015; 42: 275-281.
 - 12) Naranjo P, Moya T, Palacios Paredes e. Influencia de las alteraciones estéticas buco-dentales sobre la autoimagen y sociabilización en adolescentes entre 12-17 años. Odontología Vol. 17 / Diciembre de 2015
 - 13) Mansilla G. Evaluación de los componentes de la sonrisa y su relación con las habilidades sociales en ingresantes de la escuela académico profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas en el año 2015. Tesis para optar al título profesional de cirujano dentista.
 - 14) Enrile de Rojas F, Fuentemayor V. Manual de Higiene Bucal SEPA, Buenos Aires editorial Madrid Médica Panamericana 2009; 11 (35); 38-48.
 - 15) Boj J.R. Catalá M, García B.C, Mendoza A. Odontopediatría La Evolución del Niño al Adulto Joven. Madrid Ed medica Ripano 2011 (11) 615-616
 - 16) De los Santos M. Manual de Técnicas de Higiene Oral 1ª edición Facultad de Pedagogía. Universidad Veracruzana México 2011; 8-12.
 - 17) Lindhe J, Karring T, Lang N.Ed.Periodontología clínica e Implantología Odontológica 5ta edición. Méd Pan vol1, jun. 2009; 377-420. 569 páginas.
 - 18) Negroni M. Microbiología estomatológica fundamentos y guía práctica

- 2ª edición. Editorial medica panamericana. Argentina 2009.pág. 276-301
- 19) Ren Y, Jongsma MA, Mei L, van der Mei HC, Busscher HJ. Orthodontic treatment with fixed appliances and biofilm formation--a potential public health threat pubmed 2014 Sep; 18(7):1711-8
 - 20) Castellanos Suarez L, Díaz Guzmán LM. Lee Gómez E A. Medicina en odontología: Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas, 3ª edición Facultad de Odontología, Universidad de la Salle editorial el manual moderno México 2015.
 - 21) Matesanz Pérez P, Matos. Cruz R, Bascones Martínez A. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. Av PeriodonImplantol. 2008;20(1):11-25
 - 22) Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración Manual SEPA de periodoncia y terapéutica de implantes: fundamentos y guía Ed. Médica Panamericana, 2005 - 475 página
 - 23) Rioboo García, R. Odontología Preventiva y odontología Comunitaria. Ediciones Avances medico dentales Madrid 2002
 - 24) American Dental Association, American Academy Periodontology. Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad. ADAM. 2014
 - 25) Newman M G, Socresky A. Predominant Cultivable microbiota in periodontitis Journal of Periodontal. 1977 Research 2 (12) 120 -128
 - 26) Newman T, Klokkevold, Carranza, F. Periodontología Clínica de Carranza. 1ª edición Ed McGraw-Hill – México 2010
 - 27) Antimicrobianos y bacterias en la consulta odontológica Revista Nacional de Odontología de México Año 4 • Vol. II 2013
 - 28) Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria principios principios ,metodos y aplicaciones 4ª Edición Elsevier Masson Barcelona 2013 ;77-90
 - 29) Rajan KS R. Madhumala C, Santhosh K, Pushpalatha G. relación entre estrés y enfermedad periodontal. Revista de Ciencias Odontológicas e investigación Salud oral CommDent 2010; 1 (1): 54-61
 - 30) Sateesh C, Santhosh K, Pushpalatha G. Relationship between stress and periodontal disease. Journal of Dental Sciences and Research 2010; 1 (1): 54-61

- 31) Hidaka S, Oishi A. An in vitro study of the effect of some dietary components on calculus formation: regulation of calcium phosphate precipitation. Oral Dis. 2007 May; 13(3):296-302.
- 32) Cecotti E, Sorfa F. El Diagnóstico en clínica estomatológica ed. Médica panamericana Argentina 2007 572-587; 660 p
- 33) Ferro Gómez M. Fundamentos de la odontología: periodoncia Universidad pontificia Javariana 2ª. Ed Colombia 2007.; 1 (1) 48-70.
- 34) Laserna Santos V. Higiene Dental Personal Diaria. Trafford Publishing, 1ª Ed Canadá 2008; 55-60.
- 35) Rajab, E. Effects of stress in dentist's students. J.of dent. Research, 2001; 69, 2, 489-499.
- 36) González Díaz ME, Veitia Cabarrocas F, Lemus Carrederas IS, Nazco Ríos C, Rosa de los Samper H, Morales Aguiar 1ª Edición. Compendio de Periodoncia. Villa Clara: C. Médicas. 2006. p 58-279
- 37) Carranza Newman. Reacción del huésped conceptos básicos Periodontología Clínica octava edición.2000.533-640
- 38) Bardoni N, Escobar A, Mercado Castillo R. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo 1ª Ed. Argentina editorial Médica Panamericas. 2010.
- 39) Mazariegos Cuervo M S. Salud bucal en la adolescencia 1ª ed., revista Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud México, 2012; 12-23
- 40) Gómez Ríos N, Morales M. Determinación de los Índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, Revista chilena. Salud Pública México 2012; Vol. 16 (1): 26-31
- 41) Saliba N A, Tumang A J, Saliba O. Estudio comparado del índice de higiene oral simplificado. Boletín de la oficina sanitaria panamericana (OSP); 77 (2), ago 1974
- 42) Dirección general de promoción de la salud Ministerio de Salud del Perú. Manual de Habilidades Sociales – 2005. paginas 87-90
- 43) Trianes M, De la Morena M, Muñoz A. Competencia social: su educación y tratamiento. 1ª Ed. Málaga. Ediciones Aljibe. 1997.

- 44) Choque R, Lorenzo J. Eficacia del programa de habilidades para la vida en adolescentes escolares de Huancavelica, Perú. *Revista Salud Pública*. 2009; 11(2): 169-181.
- 45) Ministerio de Educación. Tutoría y orientación educativa en la educación secundaria. Lima. 2005.
- 46) Zavala M, Vadez M, Vargas M. Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Rev Electrón Investig Psico educ Psicopedag*. 2008; 15(6): 319-338.
- 47) Orviz S., Novoa T., Palacios M. Evaluación de las Habilidades Sociales. 2009; 6(12): 163-174.
- 48) Masoe A, Blinkhorn A, Taylor J, Blinkhorn F *Adolesc Health Med Ther*. NSW, Australia Published online Jun 19.2015; 6: 101–113.
- 49) *Print Interpersonal Skills, Intelligence, and Personality in Older People* Volume 2 Num. 2 - December 2002 - Pages 147-171
- 50) Wagner PJ, Moseley GC, Grant MM, Gore JR, Owens C. Physicians' emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam* 2002; 34:750-4.
- 51) Villavicencio J. Perfil profesional del odontólogo latinoamericano. Segunda parte. *Revista Estomatología*, 2015, vol. 23, (2)
- 52) Hare B. *Sea asertivo: La manera positiva de comunicarse con eficacia*. 1ªed Barcelona, Gestion2000.2003 .13-77
- 53) Pearson *Comunicación oral Educación*, 2da Ed México 2005 ;27-42
- 54) Beauregard,LA. Bouffard R, Duclos N, *Autoestima: Para quererse más y relacionarse mejor* 1ª ed. NARCEA S.A Ediciones España. 2005; 15-25
- 55) Cañabate Carmona A. *Toma de decisiones: análisis y entorno organizativo* 1ª ed. Univ. Politécnica de Catalunya. 1997.13-21

ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

**“HIGIENE BUCAL Y SU RELACIÓN CON LAS HABILIDADES SOCIALES DE
ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, LIMA 2016”**

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	INDICADOR	METODO
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO	Puntuación según IHOS •Higiene bucal buena; 0.1-1.2 •Higiene bucal regular; 1.3-2.0 •Higiene bucal mala; 2.1-3	TIPO DE INVESTIGACION El tipo de investigación es M experimental, observacional, descriptivo correlacional cu aplicativo.
¿Existe relación entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?	Determinar la relación existente entre la higiene oral y las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.			
PROBLEMAS SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	NIVEL DE HABILIDADES SOCIALES	Cuestionario de habilidades sociales con las correspondientes áreas a evaluar: asertividad, comunicación, autoestima y toma de decisiones la puntuación es: Muy bajo (42), bajo (88-126), promedio bajo (127 -141), promedio (142-151), promedio alto (152-161), alto (162-173), muy alto (210).	POBLACION 78 alumnos MUESTRA 78 alumnos RECOLECCION DE DATOS Se realizó un cuestionario de habilidades sociales. Índice de higiene oral simpl
¿Cuál es el estado de la higiene oral de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?	Evaluar el estado de la higiene oral en estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.			
¿Cuál es el estado del desarrollo de las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?	Conocer el estado del desarrollo de las habilidades sociales de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.			
¿Existe relación entre la higiene oral y sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?	Identificar la relación existente entre la higiene oral y sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.			
¿Existe relación entre las habilidades sociales y el sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016?	Identificar la relación existente entre las habilidades sociales y el sexo de los estudiantes de la escuela profesional de estomatología de la Universidad Alas Peruanas, Lima 2016.			

ANEXO 2

SOLICITO: Autorización para realizar mi tesis

Directora de la Escuela Profesional de Estomatología
Dra. Miriam Vásquez Segura

De nuestra mayor consideración.

Me dirijo a Ud. con el principal motivo de solicitarle una autorización para poder realizar un proyecto de investigación cuyo título es "HIGIENE BUCAL Y SU RELACIÓN CON LAS HABILIDADES SOCIALES EN ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, LIMA 2016".

Sin otro particular y contando con su aprobación y buena voluntad le saludo cordialmente

Bach.Darlynka Pariente Melean
Universidad Alas Peruanas

Lima

ANEXO 4



FICHA DE DATOS PERSONALES

- Llenar con letra imprenta los datos requeridos
- No llenar el espacio que indica Código fotográfico

Nombre:

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Género: Masculino ()

Femenino ()

ANEXO 6

FICHA DE EVALUACIÓN DE HIGIENE ORAL-S

Código:

INDICE DE PLACA BACTERIANA

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

DIENTE	V	V	V	L	V	L	TOTAL
FECHA	1.6	1.1	2.6	3.6	3.1	4.6	

Crterios para registrar la placa bacteriana

- 0= ausencia de placa bacteriana sobre la superficie del diente.
- 1= presencia de placa bacteriana que cubre 1/3 de la superficie del diente.
- 2= presencia de placa bacteriana que cubre 2/3 de la superficie del diente.
- 3= presencia de placa bacteriana que cubre toda la superficie del diente

Código:

ANEXO 5



LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre del alumno:

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tú respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios.

N = NUNCA RV = RARA VEZ AV = A VECES AM= A MENUDO S = SIEMPRE

Recuerda que tú sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.					
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto.					
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4. Si una amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.					
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.					
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumpleaños.					
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.					
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					

12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.					
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.					
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.					
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.					
20. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.					
23. No me siento contento con mi aspecto físico.					
24. Me gusta verme arreglado (a).					
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).					

N = NUNCA RV = RARA VEZ AV = A VECES AM= A MENUDO S = SIEMPRE

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno.					
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					
28. Puedo hablar sobre mis temores.					
29. Cuando algo me sale mal no sé cómo expresar mi cólera.					

30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).					
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.					
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).					
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.					
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.					
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.					
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.					
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.					
38. Hago planes para mis vacaciones.					
39. Realizo cosas positivas que me ayudaran en mi futuro.					
40. Me cuesta decir no por miedo a ser criticado.					
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).					
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					

N = NUNCA RV = RARA VEZ AV = A VECES AM= A MENUDO S = SIEMPRE

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES*

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
 GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____
 FECHA: _____

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios

- N = NUNCA
- RV = RARA VEZ
- AV = A VECES
- AM = A MENUDO
- S = SIEMPRE

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.					
2. Si un amigo (a) habla mal de mí persona le insulto.					
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4. Si una amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito.					
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.					
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.					

*Equipo Técnico del Departamento de Promoción de Salud Mental y de Prevención de Problemas Psicosociales IESM "HD-HN".

N= Nunca, RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.					
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.					
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.					
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.					
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.					
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.					
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.					
20. Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.					
23. No me siento contento (a) con mi aspecto físico.					
24. Me gusta verme arreglado (a).					
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).					
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno.					
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.					

N= Nunca, RV= Rara Vez, AV= A veces, AM= A menudo, S= Siempre

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
28. Puedo hablar sobre mis temores.					
29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera.					
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).					
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.					
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).					
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.					
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.					
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema.					
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.					
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas.					
38. Hago planes para mis vacaciones.					
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.					
40. Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado (a).					
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as).					
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

CLAVE DE RESPUESTAS DE LA LISTA DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES*

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas.*	5	4	3	2	1
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto. *	5	4	3	2	1
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.	1	2	3	4	5
4. Si una amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito. *	5	4	3	2	1
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años.	1	2	3	4	5
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa. *	5	4	3	2	1
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.	1	2	3	4	5
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola. *	5	4	3	2	1
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla. *	5	4	3	2	1
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que me dicen.	1	2	3	4	5
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender. *	5	4	3	2	1
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.	1	2	3	4	5
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor.	1	2	3	4	5
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias. *	5	4	3	2	1
20. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5

* Equipo Técnico del Departamento de Promoción de Salud Mental y de Prevención de Problemas Psicosociales: IESM "HD-HN".

**CLAVE DE RESPUESTAS DE LA LISTA DE EVALUACIÓN DE LAS
HABILIDADES SOCIALES***

HABILIDAD	N	RV	AV	AM	S
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	1	2	3	4	5
23. No me siento contento con mi aspecto físico. *	5	4	3	2	1
24. Me gusta verme arreglado (a).	1	2	3	4	5
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).	1	2	3	4	5
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno. *	5	4	3	2	1
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5
28. Puedo hablar sobre mis temores.	1	2	3	4	5
29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera. *	5	4	3	2	1
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).	1	2	3	4	5
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).	1	2	3	4	5
33. Rechazo hacer las tareas de la casa. *	5	4	3	2	1
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema.	1	2	3	4	5
35. Dejo que otros decidan por mí cuando no puedo solucionar un problema. *	5	4	3	2	1
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones.	1	2	3	4	5
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas. *	5	4	3	2	1
38. Hago planes para mis vacaciones.	1	2	3	4	5
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro.	1	2	3	4	5
40. Me cuesta decir no, por miedo a ser criticado (a). *	5	4	3	2	1
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos (as) están equivocados (as).	1	2	3	4	5
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.	1	2	3	4	5

NOTA: LOS ASTERISCOS (*) SON RESPUESTAS DE VALOR INVERSO

CUADRO DE AREAS Y DE ITEMS

AREAS DE LA LISTA DE	ITEMS
ASERTIVIDAD	1 AL 12
COMUNICACION	13 AL 21
AUTOESTIMA	22 AL 33
TOMA DE DECISIONES	34 AL 42

CATEGORIAS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

CATEGORIAS	PUNTAJE DIRECTO DE ASERTIVIDAD	PUNTAJE DIRECTO DE COMUNICACIÓN	PUNTAJE DIRECTO DE AUTOESTIMA	PUNTAJE DIRECTO DE TOMA DE DECISIONES	TOTAL
MUY BAJO	0 A 20	MENOR A 19	MENOR A 21	MENOR A 16	MENOR A 88
BAJO	20 A 32	19 A 24	21 A 34	16 A 24	88 A 126
PROMEDIO BAJO	33 A 38	25 A 29	35 A 41	25 A 29	127 A 141
PROMEDIO	39 A 41	30 A 32	42 A 46	30 A 33	142 A 151
PROMEDIO ALTO	42 A 44	33 A 35	47 A 50	34 A 36	152 A 161
ALTO	45 A 49	36 A 39	51 A 54	37 A 40	162 A 173
MUY ALTO	50 A MAS	40 A MAS	55 A MAS	41 A MAS	174 A MAS

**PERFIL DIAGNOSTICO DE LA LISTA DE EVALUACIÓN DE LAS
HABILIDADES SOCIALES**

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: M (____) F (____)

COLEGIO: _____ AÑO DE ESTUDIO: _____

NOMBRE DE EVALUADOR: _____

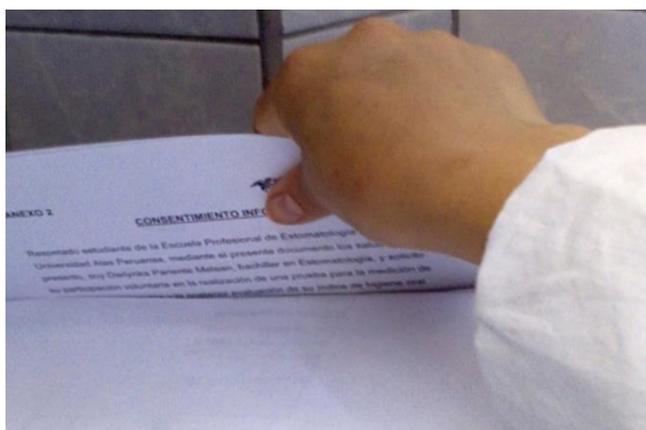
FECHA: _____

Categorías		Muy bajo	Bajo	Promedio bajo	Promedio	Promedio alto	Alto	Muy alto
Áreas	Puntaje							
Asertividad								
Comunicación								
Autoestima								
Toma de Decisiones								
Puntaje Total								

ANEXO N°7
RECOPIACIÓN FOTOGRAFICA



Fotografía N°1: Realizando los cuestionarios



Fotografía N°2 depositamos cuestionarios en ánforas para preservar el derecho a su intimidad



Fotografía N°3: Entrega de pastilla reveladora a cada estudiante



Fotografía N° 4: Resultados después de la pastilla reveladora



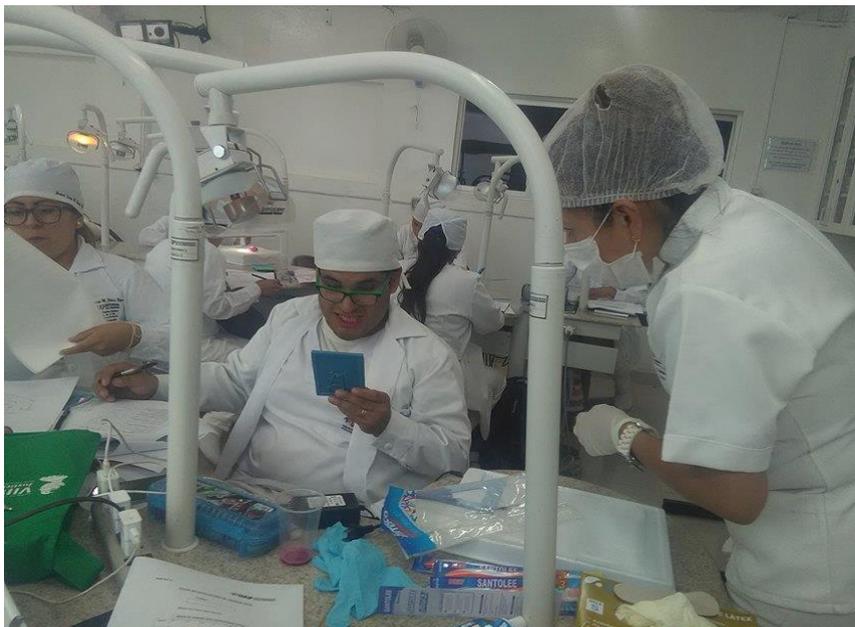
Fotografía N° 5: Descripción de hallazgos del índice de higiene oral IHOS



Fotografía N° 6 : Evaluando índice de higiene oral IHOS



Fotografía N° 7: Resultados del índice de higiene IHOS



Fotografía N° 8 : Conservando Normas de bioseguridad



Fotografía N° 9: Resultados de pastilla reveladora



Fotografía N°10 Evaluando resultados del índice de higiene oral IHOS



Fotografía N° 11: Analizando resultados del índice de higiene oral IHOS