

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Odontología**

**Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología**



**Efecto del método de comunicación persuasiva de la fase inicial en la  
modificación de hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento  
periodontal de la Clínica Romadent.**

**Arequipa-Perú, 2022**

Tesis presentada por el Cirujano Dentista:

**Bermejo Galdos, Crane Romanenko**

**ORCID: 0009-0008-9448-0880**

para optar el Título de Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología

Asesora:

**Dra. Portilla Miranda, Serey Doris**

**ORCID: 0000-0002-1403-715X**

Arequipa-Perú  
2024

UCSM-ERP

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA E IMPLANTOLOGIA

### SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS

### DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Septiembre del 2024

**Dictamen: 008287-C-FAO-2024**

Visto el borrador del expediente 008287, presentado por:

**2019972231 - BERMEJO GALDOS CRANE ROMANENKO**

Titulado:

**EFFECTO DEL MÉTODO DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA DE LA FASE INICIAL EN LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE SALUD ORAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LA CLÍNICA ROMADENT. AREQUIPA-PERÚ, 2022**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

**PERIODONCIA E IMPLANTOLOGIA**

**29242362 - GALLEGOS VARGAS HERBERT MARIO  
DICTAMINADOR**



**29567523 - ROJAS VALENZUELA CHRISTIAN VICENTE  
DICTAMINADOR**



**29594866 - ANAYA MUÑOZ LUIS ALFREDO  
DICTAMINADOR**



# Efecto del método de comunicación persuasiva de la fase inicial en la modificación de hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal de la Clínica Romadent. Arequipa-Perú, 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://repositorio.unap.edu.pe">repositorio.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	5%
2	<a href="https://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	5%
3	<a href="https://todosobrecomunicacion.com">todosobrecomunicacion.com</a> Fuente de Internet	4%
4	<a href="https://ctb.ku.edu">ctb.ku.edu</a> Fuente de Internet	4%
5	Submitted to Universidad Nacional Abierta y a Distancia, UNAD, UNAD Trabajo del estudiante	3%
6	<a href="https://repositorio.uap.edu.pe">repositorio.uap.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
7	<a href="https://www.bocasvitis.com">www.bocasvitis.com</a> Fuente de Internet	2%

[repositorio.unh.edu.pe](https://repositorio.unh.edu.pe)



## DEDICATORIA

*A toda mi familia, principalmente a mi esposa, hijos, padres,  
hermanos, personas incondicionales.  
Ellos me ayudan a alcanzar el equilibrio que me permite dar  
todo mi potencial.  
Nunca dejaré de estar agradecido*



**EPÍGRAFE**

*“Estar preparado es importante, saber esperar lo es aún más, pero aprovechar el momento adecuado es la clave de la vida.”*

*Arthur Schnitzler*

## RESUMEN

Esta investigación tiene por objeto evaluar el efecto del método de comunicación persuasiva en la modificación de hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal de la Clínica Romadent, Arequipa.

Corresponde a un estudio comunicacional, prospectiva, longitudinal, descriptivo, de diseño cuasiexperimental y nivel explicativo en que los hábitos de salud oral, fueron evaluados antes y después de la aplicación del mencionado método a través de la técnica de encuesta para generar el pretest y el postest en 211 pacientes. El instrumento fue un formulario conformado por ítems, debidamente validado, el cual permitió obtener información categórica de la variable de interés, la cual fue procesada y tratada estadísticamente mediante frecuencias absolutas y relativas. La comparación fue analizada a través del contraste de Mc Nemar.

Respecto a los resultados, según el contraste  $X^2$  de Mc Nemar, existe diferencia estadística significativa de los hábitos de salud oral entre el pre y postest, en razón a que antes de la comunicación persuasiva predominaron los hábitos **incorrectos** en lo referente a frecuencia, momento y duración del cepillado, así como en el tiempo recambio del cepillado, frecuencia de los colutorios bucales, momento para usar el hilo dental y técnica de cepillado con un promedio porcentual global del 63,91%; y, después de la comunicación persuasiva predominaron los hábitos **correctos** respecto a dichos aspectos (81,25%) sugiriendo con ello la alta eficacia del método de comunicación persuasiva en la mejora de los hábitos de salud oral con una significancia de  $p < 0.05$ .

**Palabras claves:** Comunicación persuasiva, hábitos de salud oral.

## ABSTRACT

This research has the aim to evaluate the persuasive communication method effect on the modification oral health habits in patients with periodontal treatment of Romadent's Clinic, Arequipa.

It is a communicational, prospective, longitudinal, descriptive study of cuasi-experimental design and explicative level on which oral health habits were evaluated before and after applying of mentioned method through survey technique to generate pretest and posttest in 211 patients. The instrument were a formulary rightly validated, conformed by 10 items, that permitted to obtain categoric reformation from variable of interest which was processed and statically treated through absolute and relative frequencies. Comparison was analyzed through Mc Nemar.

According Mc Nemar  $X^2$  test, there is a significative statistic difference of oral health habits between pretest and posttest, because before persuasive communication, incorrect habits predominated about frequency, moment and duration of dental brushing, also in change brush time, frequency of buccal rinsing, moment for using dental thread and brushing technique with a porcentual global average of 36,91%; and, after of persuasive communication, correct habits predominated about mentioned aspects (81.25%), suggesting with that the high efficacy of persuasive communication method on the betterment of oral health habits.

**Key words:** Persuasive communication, oral health habits.

## ÍNDICE

**DEDICATORIA**

**EPÍGRAFE**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**INTRODUCCIÓN..... 1**

**CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO ..... 2**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... 3

1.1. Determinación del problema..... 3

1.2. Enunciado del problema ..... 3

1.3. Descripción del problema. .... 3

1.4. Justificación ..... 5

2. OBJETIVOS ..... 7

3. MARCO TEÓRICO..... 8

3.1. Marco conceptual..... 8

3.1.1. Fase inicial del tratamiento periodontal ..... 8

a. Tratamiento periodontal inicial (control de la infección) ..... 8

b. Comunicación con el paciente periodontal ..... 10

c. Premisas básicas de la comunicación..... 10

d. Comprensión de la entrevista motivacional (EM) ..... 11

e. Principios generales ..... 12

f. Asesoramiento..... 13

g. Armado de la agenda..... 14

3.1.2. Método de la comunicación persuasiva ..... 20

a. Definición..... 20

b. Objetivo..... 20

c. Tipos de Comunicación Persuasiva ..... 21

d. Aplicación ..... 22

3.1.3. Otros métodos ..... 25

a. Modelo del entramado en la entrevista motivacional .....	25
3.1.4. Educación en Salud oral.....	27
a. Concepto .....	27
b. Estrategias de motivación en salud oral .....	27
3.1.5. Hábitos de salud oral.....	30
a. Educación bucodental para niños .....	30
b. Consejos que puede ayudar a mantener una óptima salud oral .....	31
c. Malos hábitos .....	32
d. Elementos de higiene oral .....	33
e. Técnicas de cepillado .....	34
3.1.6. Índice de Higiene oral.....	35
3.1.7. Modelo preceder – proceder .....	39
3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos .....	42
4. HIPÓTESIS.....	46
<b>CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....</b>	<b>47</b>
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	48
1.1. Técnica.....	48
1.2. Instrumentos .....	49
1.3. Materiales de verificación.....	50
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	50
2.1. Ubicación espacial .....	50
2.2. Ubicación temporal.....	50
2.3. Unidades de estudio .....	51
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	51
3.1. Organización.....	51
3.2. Recursos.....	52
3.3. Validación.....	52
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS .....	52
4.1. Plan de procesamiento .....	52
4.2. Plan de análisis .....	53

<b>CAPITULO III: RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	55
DISCUSIÓN.....	75
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>79</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA N° 1:</b>	Frecuencia de cepillado dentario en el pretest y postest .....	55
<b>TABLA N° 2:</b>	Momento más importante para cepillarse los dientes en el pretest y postest .....	57
<b>TABLA N° 3:</b>	Tiempo aproximado de duración del cepillado dentario en el pretest y postest .....	59
<b>TABLA N° 4:</b>	Tiempo de recambio del cepillo dental en el pretest y postest .....	61
<b>TABLA N° 5:</b>	Frecuencia de enjuagues bucales en el pretest y postest.....	63
<b>TABLA N° 6:</b>	Protección dentaria de la pasta fluorada en el pretest y postest.....	65
<b>TABLA N° 7:</b>	Momento ideal para usar el hilo dental en el pretest y postest .....	67
<b>TABLA N° 8:</b>	Forma ideal del cepillado dental en el pretest y postest.....	69
<b>TABLA N° 9:</b>	Consecuencias de una mala técnica de cepillado dental en el pretest y postest .....	71
<b>TABLA N° 10:</b>	Frecuencia de corrección de los hábitos en salud oral en el pretest y postest .....	73

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N° 1:</b>	Frecuencia de cepillado dentario en el pretest y postest .....	56
<b>GRÁFICO N° 2:</b>	Momento más importante para cepillarse los dientes en el pretest y postest.....	58
<b>GRÁFICO N° 3:</b>	Tiempo aproximado de duración del cepillado dentario en el pretest y postest .....	60
<b>GRÁFICO N° 4:</b>	Tiempo de recambio del cepillo dental en el pretest y postest.....	62
<b>GRÁFICO N° 5:</b>	Frecuencia de enjuagues bucales en el pretest y postest .....	64
<b>GRÁFICO N° 6:</b>	Protección dentaria de la pasta fluorada en el pretest y postest .....	66
<b>GRÁFICO N° 7:</b>	Momento ideal para usar el hilo dental en el pretest y postest.....	68
<b>GRÁFICO N° 8:</b>	Forma ideal del cepillado dental en el pretest y postest.....	70
<b>GRÁFICO N° 9:</b>	Consecuencias de una mala técnica de cepillado dental en el pretest y postest .....	72
<b>GRÁFICO N° 10:</b>	Frecuencia de corrección de los hábitos en salud oral en el pretest y postest.....	74

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO N° 1:</b>	MODELO DEL INSTRUMENTO .....	87
<b>ANEXO N° 2:</b>	MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN .....	92
<b>ANEXO N° 3:</b>	MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	98
<b>ANEXO N° 4:</b>	EVIDENCIA FOTOGRÁFICA.....	100
<b>ANEXO N° 5:</b>	DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA.....	104
<b>ANEXO N° 6:</b>	CÁLCULOS ESTADÍSTICOS .....	107
<b>ANEXO N° 7:</b>	MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN .....	112

## INTRODUCCIÓN

La comunicación persuasiva es un método dirigido, motivacional y eminentemente reflexivo basado en el convencimiento del oyente de que los mensajes formulados por el emisor son la mejor propuesta para el logro de su propósito central. El convencimiento supone un necesario cambio de actitud del oyente en la dirección de la perspectiva del emisor.

Este método llevado a la fase inicial del tratamiento periodontal comprende un conjunto de argumentaciones ordenadas, sistemáticas y eficaces que alcanza al periodoncista al paciente a través de acciones y tratamientos destinados a la modificación de los hábitos de higiene oral de éste. Supone pues una concientización efectiva de que el mejor tratamiento periodontal precoz está referido al control estricto de placa bacteriana.

Consecuentemente, el método de la comunicación persuasiva implica un **emisor** que es el tratante que emite el mensaje; el **oyente** que es el paciente que lo recibe, lo procesa intelectual y concientemente; el **convencimiento** que es la aceptación decisional del paciente para cambiar positivamente en dirección al mensaje; la **internalización** de la actitud aprendida y su **exteriorización** a través del cambio conductual expresado en la **modificación del hábito**.

El hábito es una acción inherente al cambio conductual operado en el paciente; es de naturaleza recurrente e inconsciente y que éste la asume como consecuencia del aprendizaje personal o de la comunicación persuasiva. Los hábitos finalmente devienen en prácticas correctas o incorrectas, según se orienten o no en el caso de la fase higiénica periodontal, al control irrestricto de placa microbiana y de irritantes locales.

Como consecuencia de los postulados arriba expresados se pretende evaluar el efecto del método de comunicación persuasiva como componente crucial y gravitante de la fase inicial del tratamiento periodontal en la modificación de hábitos de salud oral conducentes a la normalización de las estructuras periodontales y a la sobrevivencia saludable del órgano dentario.



**CAPITULO I:  
PLANTEAMIENTO TEÓRICO**



## I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Determinación del problema

Durante la práctica diaria en la clínica Romadent se ha visto que la mayoría de pacientes que acuden a consulta no tienen hábitos adecuados de higiene, lo cual repercute negativamente en su salud periodontal.

De otro lado, no se conoce con la precisión matemática del caso cuál podría ser la eficacia del método de comunicación persuasiva de la fase inicial en la modificación en los hábitos de salud bucal en pacientes con tratamiento periodontal, por lo que se considera pertinente llevar a cabo una investigación en este sentido y con este propósito.

El tema ha sido determinado por una acuciosa revisión de antecedentes investigativos y una sistemática consulta a especialistas en el tema. Los primeros han permitido identificar una importante área problemática relativa al tema; y los segundos han propiciado la identificación específica y final del título de la investigación.

#### 1.2. Enunciado del problema

Efecto del método de comunicación persuasiva de la fase inicial en la modificación de hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal de la Clínica Romadent. Arequipa-Perú, 2022

#### 1.3. Descripción del problema.

##### 1.3.1. Área del conocimiento.

- Área General : Ciencias de la salud
- Área Específica : Odontología
- Especialidad : Periodoncia e Implantología
- Línea o tópico : Periodoncia-Preventiva

### 1.3.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición Conceptual	Indicadores	Subindicadores
<b>Método de comunicación persuasiva</b> <b>VE</b>	Motivación del paciente y enseñanza de medidas de higiene bucal con controles y nuevas instrucciones.	Video	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepillado dental</li> <li>• Colutorios bucales</li> <li>• Pasta dental</li> <li>• Hilo dental</li> </ul>
<b>Hábitos de salud oral</b> <b>VR</b>	Es la adopción de nuevas costumbres, para mejorar la salud oral.	Cepillado dental	• Frecuencia
			• Momento
			• Duración
			• Tiempo de recambio
		• Técnica de cepillado	
		Colutorios bucales	• Frecuencia
Pasta dental	• Protección dentaria		
Hilo dental	• Momento para su uso		

### 1.3.3. Interrogantes Básicas

- a. ¿Cuáles son los hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal en el pretest (antes de la comunicación persuasiva)?
- b. ¿Cuáles son los hábitos de salud oral en estos pacientes con tratamiento periodontal en el posttest (después de la comunicación persuasiva)?
- c. ¿Cuáles son las similitudes o diferencias de los hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal entre el pretest y el posttest?

### 1.3.4. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de grupos	5. Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Comunicacional	Prospectivo	Longitudinal	Descriptivo	De campo	Cuasi-experimental	Explicativo

### 1.4. Justificación

La investigación justifica por las siguientes razones:

#### a. Relevancia social

Se considera que el estudio tiene relevancia social porque los resultados a propósito de evaluar el método de comunicación persuasiva beneficiarán a la salud periodontal de los pacientes, dado que, dicho método mejorará las buenas prácticas y hábitos de higiene oral, restringiendo al mínimo la incidencia de factores locales.

En estudios realizados en el Perú, la prevención primaria contempla dos niveles: en el primero, la Promoción General de la Salud”; y en el segundo, “la Protección Específica”. El objetivo de la Promoción General, así entendida, plantea la necesidad de crear las condiciones más favorables para resistir la enfermedad, aumentar la resistencia y colocarlo al paciente en un ambiente favorable.

La Protección Específica es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad (OMS).

#### b. Originalidad

Lo específicamente inédito del estudio radica en el diseño, implementación y ejecución del método de comunicación persuasiva para modificar positivamente

las prácticas y hábitos higiénicos en salud oral, a pesar que pudiera haber algunos antecedentes investigativos parecidos, pero esencialmente diferentes.

**c. Actualidad**

La prevención específica en odontología tiene un elemento común que es el control de placa bacteriana mediante una adecuada higiene oral, teniendo en cuenta que la supresión de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas y pérdidas de inserción periodontal.

**d. Interés Personal**

El tema de prevención de la salud en odontología, se considera bastante importante, ya que es el punto de partida para tener una buena salud oral y como base fundamental y previa para futuros tratamientos, a efecto de lograr el éxito terapéutico correspondiente.

**e. Viabilidad**

El estudio es factible porque se cuenta con los pacientes en la proporción adecuada, así como los recursos, presupuesto, tiempo y el conocimiento metodológico para orientar la investigación.

**f. Alineamiento científico**

El tema guarda conformidad con las líneas de investigación establecidas por la Unidad de Investigación de la Facultad de Odontología y aprobadas por el Vicerrectorado de Investigación.

## 2. OBJETIVOS

- 2.1. Identificar los hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal en el pretest (antes de la comunicación persuasiva).
- 2.2. Identificar los hábitos de salud oral en estos pacientes con tratamiento periodontal en el postest (después de la comunicación persuasiva)
- 2.3. Comparar los hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal entre el pretest y el postest



### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Marco conceptual

##### 3.1.1. Fase inicial del tratamiento periodontal

Esta fase representa el principal tratamiento etiológico. Por ello, el objetivo es lograr que la cavidad bucal esté limpia y sin lesiones infecciosas mediante la eliminación completa de todos los depósitos blandos y duros y de sus factores retentivos. Además, esta fase debe apuntar a motivar al paciente para que haga un control de placa óptimo. La fase inicial del tratamiento periodontal concluye con una reevaluación y la planificación de tratamientos complementarios y de mantenimiento (1).

##### a. Tratamiento periodontal inicial (control de la infección)

- **Entrevista motivacional**

Asesoramiento sobre el cambio de comportamiento en el cuidado periodontal. La salud periodontal se basa sobre conductas adecuadas como el autocontrol regular de la placa dental, la evitación del tabaco y el control de la glucemia cuando hay diabetes mellitus tipo 2. La higiene bucal inadecuada, el consumo de tabaco y la falta de control de la glucosa, por otra parte, tienen un efecto destructivo sobre los tejidos periodontales.

La prevención y el control de la enfermedad periodontal deben encararse tanto a nivel de la población general como a nivel individual. La comunidad odontológica que interviene en la atención de la salud bucal debe comprender los efectos sanitarios de las conductas inapropiadas para orientar con éxito la prevención y la eliminación de la enfermedad. Por consiguiente, los servicios de prevención primaria y secundaria a nivel individual orientados hacia una modificación de las conductas inadecuadas forman parte de la responsabilidad profesional de todos los prestadores de la atención sanitaria bucal (2).

Los datos de los estudios epidemiológicos revelan en forma regular la prevalencia de la enfermedad en más del 50% de la población adulta (3,4). Además de la relación causal con las biopelículas dentales, se ha documentado una relación positiva con el consumo de tabaco, que contribuye a la carga global de la salud pública con casi un tercio de la población adulta que consume diversas formas de tabaco y un número creciente de

muerres anuales por enfermedades vinculadas con el tabaco. Además, los excesos de la dieta influyen en forma significativa en enfermedades crónicas como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, el cáncer, la osteoporosis y las enfermedades bucales. Hay una cantidad creciente de pruebas que indican que la conducta individual del paciente influye sobre el éxito del tratamiento periodontal y hasta es decisiva, puesto que los resultados del tratamiento periodontal son particularmente limitados en pacientes que carecen de la conducta adecuada. En una revisión de la literatura efectuada por Ramseier se comprobó que, después de la eliminación de la placa, el abandono del hábito de fumar era la medida más importante para el tratamiento de la periodontitis crónica (5).

Así, es razonable que en el concepto clínico de la atención periodontal

- 1) se incluya una evaluación de la conducta del paciente y
- 2) si es necesario se apliquen técnicas de asesoramiento eficaz para cambiar la actitud (5).

- **El desafío**

La atención periodontal tradicional incluye la enseñanza de las técnicas correctas de higiene bucal. En la práctica, por ejemplo, se le ofrece al paciente una demostración de la técnica de cepillado adecuada, seguida por recomendaciones sobre la frecuencia y el tiempo destinado a cada cepillado. Los estudios pasados y recientes sobre la eficacia de la enseñanza de la higiene bucal siempre revelaron que el cumplimiento del paciente con el régimen diario de higiene bucal es escaso (6).

Reforzar los hábitos de higiene bucal mediante recomendaciones en más consultas puede compensar en parte la ineficacia de las instrucciones de higiene bucal impartidas una vez o repetida en ocasiones. Sin embargo, debido al poco cumplimiento del paciente, muchas veces se suspenden las visitas de mantenimiento periodontal, lo que culmina con una falta de mantenimiento profesional y con posible recidiva de la enfermedad periodontal (7,8).

## b. Comunicación con el paciente periodontal

Cuando se interactúa con otras personas en la vida diaria se usan diferentes estilos de comunicación, incluso a veces en forma inconsciente. Sin embargo, en la comunicación con el paciente periodontal parece apropiado que el odontólogo adapte específicamente de tanto en tanto su modalidad a las necesidades conductuales del paciente y a su manera propia de comunicarse, presentaron tres modelos de estilos (directivo, de guía, acompañamiento) (9) para que los profesionales usen al comunicarse con sus pacientes en la práctica diaria:

- **Estilo directivo:** consiste en ofrecer asesoramiento de experto y apoyo. Este ha sido el enfoque tradicional en el entorno del consultorio. Las directivas se utilizan cuando hay una buena relación entre el profesional y el paciente. El consejo debe ser oportuno, relevante en lo personal y ofrecido de modo que genere un compromiso en el paciente. El estilo directivo puede usarse una vez que el paciente dice algo como: “¿Qué puedo hacer para detener la necesidad de limpiar cada vez que vuelvo aquí?” (9).
- **Estilo de acompañamiento:** requiere capacidad de escuchar y se lo puede aplicar en situaciones que requieren sensibilidad (como cuando el paciente está triste o preocupado). La finalidad del profesional no es resolver el problema del paciente de inmediato sino darle apoyo y aliento. Como ejemplo, el estilo acompañamiento puede utilizarse cuando el paciente dice algo como: “Me pasan tantas cosas. ¿También me tengo que preocupar por mis dientes?” (9).
- **Estilo de guía:** el profesional colabora con el paciente para ayudarlo a identificar sus propias metas y la mejor manera de alcanzarlas. Este estilo es más apropiado cuando se habla a los pacientes sobre hacer cambios de conducta acerca de la salud, en especial con un paciente ambivalente acerca del cambio. El estilo orientador puede usarse cuando el paciente dice algo como: “Yo sé que fumar no es bueno para mí, pero es el único placer que tengo en la vida” (9).

## c. Premisas básicas de la comunicación

Hay cuatro actividades primarias que considerar cuando se establece la comunicación con el paciente periodontal: preguntas Abiertas, actitud positiva, reflexión y resumen (10).

- **Hacer preguntas abiertas.** Si se encara al paciente con muchas preguntas cerradas (preguntas que serán respondidas con un “sí” o con un “no”) se lo coloca en un papel pasivo. En cambio, las preguntas abiertas invitan al paciente a la reflexión, a la colaboración y al esfuerzo. Por ejemplo: “¿Cómo se siente sobre su manera de fumar?” (10).
- **Actitud positiva.** Es propio de la naturaleza humana tener una actitud negativa cuando otros evalúan nuestra conducta. El reconocimiento de los esfuerzos del paciente y la valoración de su honestidad reducirá la actitud defensiva, facilitará la franqueza y la posibilidad de cambios. Por ejemplo: “Usted dice con claridad por qué no le importa demasiado su cepillado y aprecio su honestidad” (10).
- **Reflexión.** La reflexión es la manera fundamental de demostrar empatía (capacidad de comprender el punto de vista de la otra persona). Eso 1) capta el significado subyacente de las palabras del paciente, 2) es conciso, 3) se expresa como una observación o un comentario y 4) transmite comprensión y no enjuiciamiento. Por ejemplo: “Realmente usted parece haber perdido la esperanza de dejar de fumar alguna vez” (10).
- **Resumen.** Resumir demuestra interés, organiza la entrevista y encarrila las cosas de ser necesario. Es la compilación de las ideas sobre el cambio que el paciente ha expresado durante la entrevista. Por ejemplo: “De modo que una gran parte suya no se siente lista para cambiar ahora mismo. Usted realmente disfruta fumando, pero está un poco preocupado por la manera en que la gente reacciona cuando descubre que usted fuma. ¿Es así?” (10).

#### d. Comprensión de la entrevista motivacional (EM)

La entrevista motivacional (EM) se basa en una noción diferente del cambio de la conducta humana. Supone que el conocimiento es insuficiente para generar cambios de conducta y que el cambio conductual sostenido es mucho más posible cuando se conecta con valores individuales. En otras palabras, la motivación arranca “desde dentro del paciente” y no le es impuesta desde el exterior por un profesional. En la EM se supone que las personas tienen “dentro de ellas” sus propias razones para cambiar y que el papel del profesional es provocar y reforzar esas razones.

La EM se originó en el campo de las adicciones, pero de a poco se ha ido aplicando a una amplia variedad de otros problemas de cambio de conducta, como con el tabaco, la comida y el ejercicio (11,12). El método fue creado por William Richard Miller como producto de sus observaciones en el enfoque de confrontación, que era el tratamiento corriente de pacientes alcohólicos en la década de 1970. En cambio, observó que la literatura de investigación sugería que los resultados positivos se relacionaban casi siempre con una unión fuerte o “alianza terapéutica” entre consejero y paciente.

La EM fue definida como “un método centrado en el paciente que fomenta la motivación intrínseca al cambio mediante la exploración y la resolución de las ambivalencias”. El elemento “centrado en el paciente” se refiere al acento puesto en la comprensión y la elaboración desde la perspectiva del paciente y su visión de lo que significa lograr un cambio de conducta. Así, por ejemplo, en lugar de hablarle simplemente al paciente sobre los beneficios de dejar de fumar (desde la perspectiva del profesional), el profesional invita al paciente a describir su propio punto de vista acerca de las ventajas y desventajas de seguir fumando. Si bien la perspectiva del paciente es central, porque la EM también da directivas, el profesional da pasos deliberados para facilitar un resultado conductual particular. Así, por ejemplo, sin ignorar las preocupaciones del paciente acerca del cambio, el profesional refuerza y alienta de manera selectiva la elaboración de todas las afirmaciones del paciente orientadas hacia la posibilidad o los beneficios de efectuar un cambio. Mediante el esclarecimiento y la elaboración de las razones propias del paciente para cambiar, la motivación para el cambio que se fomenta es intrínseca o interna, en lugar de ser impuesta desde afuera. Este método se apoya en el supuesto de que las personas casi siempre son ambivalentes en lo que respecta a cambiar su conducta (casi siempre pueden identificar los pros y los contras del cambio). Por ello, los profesionales de la EM tratan de realzar las razones intrínsecas para el cambio mediante la facilitación del análisis y la resolución de la ambivalencia subyacente del paciente (13).

#### **e. Principios generales**

Aunque los métodos y las técnicas de la EM proporcionan abundantes guías sobre qué hacer o no hacer cuando se asesora a los pacientes, Miller y Rollnick señalaron que para ser un profesional eficaz en la aplicación de la EM es más importante estar imbuido del espíritu subyacente que es capaz de aplicar la colección de técnicas (13). Estos autores identificaron cuatro principios generales que captan el criterio que fundamenta el método:

- El profesional debe expresar empatía por el dilema del cambio conductual del paciente. En otras palabras, debe transmitir que acepta la perspectiva del paciente mostrando y expresando comprensión de los sentimientos e inquietudes del paciente.
- Debe crear la discrepancia entre la conducta actual del paciente y la que le gustaría tener para ser coherente con sus metas y valores más amplios. Por ejemplo, la meta de ser fuerte o responsable, o buen esposo o padre, puede estar vinculada con ser sano y sugiere la necesidad de mejorar las conductas relacionadas con la salud.
- Revertir la resistencia. Cuando los pacientes argumentan contra el cambio hay una fuerte tendencia a caer en la trampa de oponer argumentos contrarios. En consecuencia, el paciente gasta toda su energía en argumentar contra el cambio, precisamente lo opuesto a lo que se busca y que quizá lo convierta en menos proclive al cambio. Por lo tanto, quienes realizan la EM evitarán la discusión y apelarán a revertir la resistencia.
- Apoyar la autoeficiencia o la confianza del paciente en su capacidad de cambiar. No es probable que los pacientes logren un cambio aun cuando estén motivados si no saben cómo hacerlo. Por eso, los conductores de la EM deben tratar de fomentar la confianza de sus pacientes mediante recursos como expresar su confianza en la capacidad del paciente de cambiar o señalar logros pasados o pasos en la dirección correcta (14).

#### **f. Asesoramiento**

Aunque en este capítulo hemos destacado la diferencia entre la educación sanitaria orientada por el consejo y la EM, es importante reconocer que a veces es conveniente dar información para encarar las preguntas, los malentendidos y la falta de conocimientos del paciente. El código de aptitudes (Moyers y cols.) para las EM que se usa con el fin de evaluar el cumplimiento profesional de los principios de la EM distingue entre aconsejar sin permiso, que está prohibido, y aconsejar con permiso, algo coherente con los principios de la EM. En esencia, es coherente con la EM proporcionar información cuando el paciente lo desea y está interesado en recibirla. Los profesionales suelen equivocarse al aconsejar demasiado pronto en un encuentro con el paciente; esto lleva a que el paciente perciba que el profesional tiene una agenda y que está tratando de “presionarlo”. En cambio, al realizar la EM es común hallar que el mecanismo de provocar la perspectiva del paciente revela brechas en su conocimiento, preguntas, inquietudes y malentendidos sobre los cuales el paciente apreciaría recibir más información. Entonces, el profesional puede suministrar información

particularmente relevante que es mucho más probable que sea bien recibida. Rollnick y cols (15). esbozaron un proceso de tres pasos que sirve como guía para aconsejar con un estilo acorde con la EM:

- **Paso 1:** promover la disposición y el interés del paciente en escuchar la información. Por ejemplo, un profesional podría decirle a un paciente: “Poseo cierta información relacionada con (tal tema) que a Ud. puede interesarle. ¿Le interesaría escuchar más sobre ello?”.
- **Paso 2:** suministrar la información.
- **Paso 3:** promover la reacción del paciente frente a la información presentada. La prosecución facilitará que el paciente integre la información nueva de una manera que aporte otra perspectiva e incremente la motivación para el cambio. Por el contrario, la prosecución puede revelar mayores vacíos de conocimiento o malentendidos de los que se pueden despejar. Si un paciente “rechaza” la información, es importante no entrar en debate. Por lo general es mejor reconocer simplemente la perspectiva del paciente con expresiones como “esta información no parece relevante en su situación” y pasar a un tema de conversación más productivo (15).

#### **g. Armado de la agenda**

Es frecuente que haya más de un comportamiento que afecta la salud bucal del paciente. El logro de cambios pequeños puede hacer sentir al paciente más confiado para hacer otros cambios (16).

En estas situaciones es importante comenzar por donde el paciente se siente más cómodo y alentarle a proponer de qué quiere hablar en vez de seleccionar lo que al profesional le parece el tema más urgente. Una herramienta clínica útil es la “ficha de armado de agenda” (15). La ficha de agenda contiene una cantidad de representaciones gráficas enmarcadas por círculos de diferentes temas de la salud bucal y algunos círculos negros de otros factores que puede introducir el paciente. El paciente selecciona el tema del que quisiera hablar primero.

#### **h. Escala de disposición al cambio**

Puede llevar varias sesiones hasta que el paciente haga cambios de salud importantes. Es probable que después de una entrevista breve se den solo pequeños pasos hacia el cambio.

El odontólogo que comprende cómo limitar sus expectativas después de cada sesión se sentirá menos inclinado a presionar al paciente. Si se tiene una visión de largo plazo se puede saber qué puede lograr el paciente en un lapso breve y por lo tanto habrá menor frustración con los pacientes ambivalentes. El profesional no puede esperar que sus pacientes con enfermedad periodontal estén listos para cambiar sus hábitos bucales y su consumo de tabaco simplemente porque les gustaría tener buena salud bucal (13). La evaluación de la disposición del paciente a cambiar implica aprender sobre la motivación del paciente y la autoeficiencia para cambiar (15). Si utiliza dos preguntas sobre motivación y autoeficiencia, el odontólogo puede formarse una idea bastante completa de cuál es la posición del paciente en cuanto a querer cambiar en un plazo corto. Al evaluar la motivación y la autoeficiencia, el profesional busca descubrir los motivadores y los valores específicos del paciente para vincular esto con el comportamiento de cambio deseado (15).

#### **Escala de motivación (importancia):**

- De una escala de 1 a 10, donde 10 es absolutamente importante y 1 no tiene ninguna importancia, ¿cómo calificaría usted la importancia del cepillar sus dientes con regularidad?
- ¿Por qué lo valoró como (X) en lugar de 1?
- ¿Por qué lo valoró como (X) en lugar de 10? Obsérvese que la segunda pregunta revela los motivos del paciente y la tercera pregunta revela la ambivalencia del paciente (17).

#### **Escala de autoeficiencia (confianza):**

- Si estuviera convencido de que cepillar sus dientes con regularidad es muy importante, en una escala de 1 a 10, ¿cuánto confía en que podrá hacerlo? 1 significa ninguna confianza y 10 confianza total.
- ¿Por qué lo valoró como (X) en lugar de 1?
- ¿Por qué lo valoró como (X) en lugar de 10? (18).

### **i. Evidencias en la atención odontológica**

Un estudio inicial que investigaba el efecto de la EM en la atención odontológica examinó los efectos de utilizar la EM en comparación con la educación sanitaria tradicional con el fin

de motivar a 240 madres de niños pequeños con alto riesgo de tener caries dentales para que cumplieran una dieta adecuada para la prevención de caries (19). Una sesión de EM y seis llamados telefónicos de seguimiento durante un año además de un folleto y un video educativo fueron más eficaces que el folleto y el video solos para prevenir caries dentales nuevas en los niños al cabo de 2 años.

Este resultado coincide con los resultados de un metanálisis que halló que la EM es eficaz para hacer cambios en la alimentación. Con relación a la periodontología clínica, los estudios a corto y a largo plazo demostraron un efecto positivo sobre la higiene bucal medido por los índices de placa y sobre la inflamación gingival medida con índices gingivales. Almomani y cols (20), pudieron demostrar un efecto positivo significativo sobre la higiene bucal en un ensayo de 2 meses. Jönsson y cols. (21) hicieron el seguimiento de dos pacientes durante 2 años para evaluar el efecto de un programa de higiene bucal diseñado a medida sobre los índices periodontales. Después de sesiones de EM donde se utilizaron las técnicas que se describen en este capítulo, así como instrucciones de higiene bucal sobre una base individual, como se describe en el Capítulo 36, los dos pacientes mejoraron su higiene bucal y su salud gingival en esos dos años. Después, los mismos autores demostraron el efecto positivo de la EM en un estudio más grande con 113 pacientes durante 12 meses. En un estudio reciente de Godard y cols (22) el mejoramiento de la higiene bucal aportó la mayor satisfacción del paciente en un grupo sometido a EM.

#### **j. Fase I o Inicial o Higiénica**

Tenemos que tener en cuenta que el paciente simultáneamente está siendo evaluado y tratado por otras especialidades odontológicas como: operatoria dental, Endodoncia, cirugía oral, ortodoncia y rehabilitación oral según su propia necesidad (23).

Desde el punto de vista periodontal hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Educación y Motivación al paciente:**

El paciente debe ser informado en cuanto a la enfermedad que presenta, que es la enfermedad periodontal y los aspectos del agente causal, el medio ambiente y la susceptibilidad del huésped. Debe conocer lo que es la placa bacteriana y la forma de eliminarla eficazmente mediante la higiene oral. También debe conocer los Factores de Riesgo para la Enfermedad Periodontal como son el Tabaco y la Diabetes. Si es mujer el

paciente debe saber de la influencia de las hormonas en los tejidos periodontales (embarazo, menopausia, uso de anticonceptivos etc (23).

- **Control de placa Microbiana:**

Generalmente se realiza con el uso de sistemas reveladores de placa microbiana. Puede ser líquido o en tabletas (RED-COTE, REPLAK, etc).

También sin el uso de reveladores de placa, con un espejo bucal y un explorador o una sonda periodontal que se pasará por las superficies dentarias, arrastrando un detrito blando blanquecino que se enseñará al paciente con el uso de un espejo facial.

Disuelto el revelador (10 gotas o 1 tableta) y distribuido por todos los dientes se indica al paciente que se enjuague para eliminar el exceso del producto. Con el uso de un espejo facial se podrá enseñar al paciente la placa microbiana coloreada, usando para ello una sonda periodontal o explorador y un espejo bucal.

El Índice de O'leary nos permite medir sencillamente las áreas con placa microbiana. Se toman las cuatro caras de las piezas dentarias presentes (mesial, distal, vestibular y lingual o palatino). Se hace una regla de tres simple y se halla el porcentaje de piezas con Placa Microbiana.

Cuando la higiene es mala el revelador se debe utilizar diario o interdiario. (50 a 100% del Índice de O'leary) Cuando la higiene es regular puede ser utilizado una o dos veces por semana (16 a 49% del Índice de O'leary)

Cuando la higiene es buena o excelente puede ser utilizado una o dos veces al mes en forma indefinida (0 a 15% del Índice de O'leary (23).

- **Instrucción de Higiene Oral:**

Se enseñará la paciente el uso de:

**Cepillo Dental:**

Normalmente el cepillo debe ser de consistencia suave y cabeza chica (Ej. Oral B # 35 Indicator, Butler 411, etc.)

El paciente al estar muy motivado tratará de realizar su mayor esfuerzo y para que no se erosione las encías tan fácilmente como con los otros cepillos se recomienda empezar con el uso de cepillos Ultrasuaves para que no interrumpa la limpieza de sus dientes. Existen diversos modelos de todas las formas y tamaños y muchas marcas (Colgate, PRO, Aqua Fresh, Kolynos, Oral B etc.). El criterio a tener en cuenta es que el mejor cepillo para el paciente es con el que él realiza más efectivo y cómodo el cepillado (23).

Se recomienda su uso después de cada alimento.

### **Técnicas de Cepillado:**

Existen varias técnicas de cepillado de acuerdo al movimiento que se realice.

Tenemos: movimientos horizontales, verticales, vibratorios, rotatorios y combinados.

Se ha enseñado la técnica Vibratoria en todos los casos de instrucción de cepillado, puesto que era el movimiento principal que realizaban los pacientes el horizontal.

Es importante tener en cuenta que el cepillado debe ser individualizado de acuerdo a cada paciente (23).

### **Colocación del Cepillo:**

Se coloca sobre las caras libres en un ángulo de 45° con dirección apical y con una ligera presión sobre las piezas dentarias se realiza movimientos horizontales cortos por un tiempo aproximado de 10 segundos.

El paciente tiene que sentir que a la vez que se está cepillando los dientes el cepillo logra contactar con el margen gingival (23).

### **Secuencia:**

Se comienza por Vestibular desde las piezas 1,8 y 1,7 y se continúa de dos en dos hasta las piezas 2,7 y 2,8, luego se pasa a las caras palatinas de las mismas piezas y se continúa hasta las piezas 1,8 y 1,7. Se prosigue con las piezas inferiores, comenzando por Vestibular de las piezas 4,8 y 4,7 y se continúa hasta las piezas 3,7 y 3,8. Luego se pasa a las caras linguales de estas piezas y se termina en las piezas 4,8 y 4,7.

La posición del cepillo en todas las piezas debe ser horizontal, pero por comodidad del paciente en las piezas antero superiores y antero inferiores por las caras palatino y lingual respectivamente se pueden colocar en posición vertical y realizar un movimiento vertical. Hay que tener en cuenta que es muy difícil que el paciente adopte esta técnica de cepillado prontamente, por lo que se debe estar instruyendo y controlando por lo menos hasta en tres oportunidades como mínimo o hasta que su índice de higiene sea excelente (23).

### **Cepillo Interdental:**

En nuestro medio tenemos de la línea Oral B y Butler, ambos presentan dos formas de escobillas: la troncocónica y la cilíndrica.

Están indicados en pacientes que presentan espacios interdetales amplios, presencia de puentes fijos, aparatología ortodóncica fija y presencia de implantes dentales. Se recomienda su uso por lo menos una vez al día, (de preferencia en la noche antes de acostarse) introduciendo el cepillo en cada espacio interproximal, primero por vestibular (5 a 10 segundos) y luego por palatino (5 a 10 segundos) La secuencia de comienzo a fin es similar a la realizada con el uso del cepillo dental (23).

### **Hilo Dental:**

Tenemos dos tipos: hilo dental convencional (con cera y sin cera) y el hilo dental especial (Súper Floss de Oral B) (23).

### **Hilo Dental convencional:**

Existen de diferentes marcas, con grosores variados, con cera o sin cera. Son efectivos en pacientes sin enfermedad periodontal, sin la presencia de prótesis fija o aparatología fija ortodóncica.

Una manera práctica de utilizar el hilo es recortando unos 25 a 30 centímetros y anudando los extremos. Así se podrá coger el hilo con ambas manos sin que se resbale y además se podrá utilizar el hilo en toda su extensión. Se pueden realizar movimientos verticales u horizontales sobre las superficies proximales de las piezas dentarias; la

secuencia será la misma que la realizada para el uso del cepillo. Se recomienda demorarse 5 segundos en cada superficie proximal. Informe de Casos Clínicos (23).

### **Hilo Dental Súper Floss:**

Es el mejor hilo dental en la actualidad, presenta tres partes: una porción es un hilo convencional (30 cm) se continúa con una porción parecida a una esponja (15 cm) y termina con una parte plástica (10 cm). La parte de la esponja es la parte activa que arrastra y remueve mejor la placa microbiana interproximal. La parte plástica sirve de pasador de hilo por debajo de los puentes fijos o de los alambres de ortodoncia. Se recomienda su uso por lo menos una vez al día y la secuencia será la misma que la realizada para el uso del cepillo. El tiempo de uso en cada cara proximal es de 5 segundos aproximadamente (23).

### **Otros:**

Tenemos palillos interdentes, pasadores de hilo (se usan debajo de los puentes en Prótesis Fija Colectiva), las horquillas para hilo dental (para personas con destreza manual disminuida (Paraplejías, Enfermedad de Parkinson etc.) (23).

## **3.1.2. Método de la comunicación persuasiva**

### **a. Definición**

La Comunicación Persuasiva es aquel tipo de comunicación en el cual los mensajes tienen el único propósito de conseguir que el oyente apoye y transforme su pensamiento a favor de la perspectiva del emisor (24).

### **b. Objetivo**

- Es crear un cambio de actitud para influir en el comportamiento del otro. Pero, esto no es nada fácil.
- Para que este tipo de comunicación sea eficaz, debe dirigirse a las necesidades, valores y deseos de la audiencia.
- Las personas responden mejor a la comunicación persuasiva cuando sienten que el ente emisor es similar a ellos, ya sea en edad, ocupación o estatus socioeconómico (24).

### **c. Tipos de Comunicación Persuasiva**

Existen cuatro tipos de este tipo de comunicación:

#### **c.1. Comunicación Persuasiva Intrapersonal**

La comunicación intrapersonal implica un pensamiento reflexivo o vocalización interna.

En palabras sencillas, la comunicación intrapersonal persuasiva ocurre cuando tratas de convencerte a ti mismo de hacer algo.

Si alguna vez has estado en el borde de un trampolín y has intentado convencerte de saltar, estabas practicando la comunicación intrapersonal persuasiva.

Otra situación típica es cuando lidias con una situación estresante y te hablas a ti mismo para calmarte (25).

#### **c.2. Comunicación Persuasiva Interpersonal**

La comunicación interpersonal es la comunicación entre dos personas que ya poseen un vínculo estrecho.

Por su lado, la comunicación interpersonal persuasiva implica el uso de técnicas persuasivas entre estas personas.

¿Alguna vez le has rogado a tu madre que te deje salir hasta tarde? Adivina qué. Estabas practicando la comunicación interpersonal persuasiva.

Dado que este subtipo de comunicación se produce entre dos personas, puede utilizar elementos de composición como la lectura persuasiva y visuales, así como el habla conversacional (25).

#### **c.3. Comunicación Persuasiva Grupal**

La comunicación grupal ocurre entre individuos que pueden no tener un vínculo estrecho y establecido.

Este tipo de comunicación también ocurre en un entorno más amplio donde hay más de dos personas presentes.

La comunicación persuasiva grupal involucra más a menudo a una o más personas que tratan de convencer a un grupo de algo.

Es posible que hayas experimentado una comunicación persuasiva en grupo mientras trabajabas en un proyecto grupal en clase o tratabas de decidir qué hacer con tus amigos un viernes por la noche.

La principal diferencia entre la comunicación persuasiva interpersonal y la comunicación persuasiva en grupo es el número de personas involucradas. Al igual que la primera, la comunicación persuasiva en grupo hace uso de muchas combinaciones de técnicas de audio, visuales y verbales para convencer a su audiencia (25).

#### **c.4. Comunicación Persuasiva pública y de masas**

La comunicación pública se centra en la persona que transmite un mensaje público y abierto.

El mensajero puede estar actuando, posiblemente dando un discurso frente a una audiencia en vivo. Por ejemplo, un abogado que presenta su alegato final estaría practicando una comunicación pública persuasiva.

La comunicación de masas es la comunicación pública que se transmite a través de los medios de comunicación a un público más amplio.

La amplia distribución de materiales de lectura persuasiva, anuncios, noticieros y programas de radio, todos ellos entran en la categoría de comunicación de masas persuasiva (25).

#### **d. Aplicación**

Esta forma de comunicación puede ser aplicada de forma efectiva a través de las siguientes técnicas:

##### **d.1. Demostrar credibilidad**

Para persuadir a tu público, debes demostrar credibilidad y autoridad.

¿Sabes por qué una conferencia empieza con la narración de la hoja de vida del ponente?  
O, ¿por qué un docente suele comenzar presentando donde trabajo o algunos de sus logros?

Es sencillo: Las personas son más receptivas a alguien que ven como una figura de autoridad, sea una autoridad directa (como un jefe), o si la persona es un referente o líder en su industria o profesión.

También es importante tener a la mano alguna evidencia de lo que uno habla. Por ejemplo, estadísticas impresas o documentos oficiales.

Antes de que puedas persuadir a tu audiencia, primero debe captar su atención y demostrar por qué vale la pena su tiempo para escuchar su idea o sugerencia.

Comience con una anécdota que ilustre el punto que está tratando de exponer o con un hecho sorprendente que les diga por qué lo que tiene que decir es importante. Por ejemplo, si estás tratando de persuadir a un directorio de adoptar una política de no fumar, comience con una estadística sobre cuántos días de baja por enfermedad toman los fumadores en comparación con los no fumadores (25).

#### **d.2. Adaptar el mensaje al medio**

Lo que convence por escrito no necesariamente convence cuando se hace verbalmente.

Por ejemplo, puedes incluir números y estadísticas en un documento escrito porque los lectores pueden tomarse su tiempo para interpretar los datos. Pero, si usted bombardea a los oyentes con estas mismas figuras durante un discurso, puede confundirlos y perder su atención.

Por lo general, la interacción interpersonal (cara a cara) es más efectiva para persuadir a los demás porque se puede crear una conexión personal con el público y utilizar el contacto visual, los gestos y otras señales no verbales para mantener su atención.

A nivel de marketing, es algo conocido el hecho de que, a mayor precio del ticket, mayor contacto humano debe tener la venta. La venta de un departamento requiere de asesores de venta que atiendan personalmente a los posibles clientes, mientras que las ventas online son perfectas para productos de costo o medio (25).

#### **d.3. Transmitir los beneficios**

Es más fácil persuadir a la audiencia cuando se les puede mostrar cómo les beneficia su propuesta.

Si planeas pedirle a tu personal que trabaje horas extras durante una temporada muy ocupada, infórmale cómo el dinero extra generado financiará beneficios adicionales para ellos o mejoras en el lugar de trabajo.

Por otra parte, si estás tratando de convencer a tu supervisor para que te permita trabajar desde tu casa a tiempo parcial, menciona estudios que ilustren que los empleados son más productivos cuando se les permite trabajar a distancia.

Si estás presentando una idea a un cliente, explícale cómo el uso de tu idea le generará ganancias o beneficios (25).

#### **d.4. Usar el lenguaje corporal**

En un proceso de comunicación persuasiva, la comunicación no verbal es tan o más importante que la verbal.

Si cruzas los brazos, tu audiencia puede percibirte como hostil o enojado. Si tiembles, es posible que te vean como débil o incierto. Si haces poco contacto visual, ellos pueden pensar que estás escondiendo algo.

Para vender un producto, un servicio o un mensaje a tu audiencia, conéctate con ellos manteniendo contacto visual. Proyecta autoridad y confianza al ponerte de pie. Demuestra tu sinceridad y apertura relajando los brazos y manteniéndolos a los lados – a menos que los estés usando para hacer gestos – en lugar de cruzarlos por detrás o delante de ti (25).

#### ***Ejemplos de Comunicación Persuasiva***

A continuación, te presentamos algunos ejemplos de este tipo de comunicación:

- Un comunicador profesional sabe persuadir a una audiencia para que escuche un mensaje determinado. El simple hecho de reconocer y recordar el punto principal del orador significa que él o ella han hecho un trabajo bastante bueno.
- Un líder puede persuadir a una audiencia para que inviertan en su producto o empresa.
- Un jefe persuade a sus empleados para que actúen de acuerdo a ciertas políticas empresariales.

¿Tienes algún comentario? ¡Nos encantaría leerte!

### 3.1.3. Otros métodos

#### a. Modelo del entramado en la entrevista motivacional

Para implementar la EM en el consultorio dental es preciso hallar la forma de asegurar el espíritu colaborador y empático del método. Suvan y cols. presentaron un “modelo del entramado”, que intenta captar los elementos interdependientes de la visita odontológica utilizando el concepto de hilos entrelazados. La comunicación y el intercambio de información se entremezclan con la evaluación clínica y el tratamiento (26).

#### **Banda I: Establecimiento de la relación**

El objetivo de relacionarse es para comprometer al paciente con rapidez y crear un ambiente donde puedan darse el tratamiento odontológico tradicional y el asesoramiento y un cambio de conducta al mismo tiempo. Conseguir esto depende de muchos más elementos que del tiempo que se le dedica. Un saludo cálido y cordial es decisivo para crear un ambiente de mutua confianza y respeto. Además, cosas básicas como la manera como se sientan profesional y paciente contribuyen a que el paciente se sienta invitado al diálogo como un par y no con la sensación de que será el receptor del consejo de un experto. Estas acciones simples hacen sentir que el profesional y el paciente tienen el mismo control de la situación y no que uno domina. Comenzar por una pregunta abierta que permita exponer la molestia principal del paciente o la razón de su concurrencia es otro paso simple y valioso. Estos momentos de apertura dan el marco para el resto de la visita y le ahorran al odontólogo un tiempo valioso más adelante en la sesión. Antes de proceder a la evaluación clínica, es importante enumerarle al paciente brevemente los elementos del procedimiento y después preguntarle si está conforme con realizarlo en ese momento. Pedir permiso es una manera simple de que el paciente asienta y al mismo tiempo se le brinda una sensación de autonomía. Puede ser útil explicar al paciente la importancia de la información que le dio al comienzo a la asistente. Estas pequeñas acciones ayudan a que el paciente participe de la consulta en lugar de ponerlo en un sitio pasivo o de solo estar sentado en el sillón durante el procedimiento de evaluación (26).

#### **Banda II: Intercambio de información**

Esta segunda parte de la interacción suele tener lugar después de la evaluación clínica del estado de salud bucal del paciente. Este intercambio de información permite que

profesional y paciente conozcan sus mutuas perspectivas y crea un cuadro más preciso del problema clínico y del enfoque del tratamiento. La entrevista puede tomar diferentes formas. Una manera de suministrar información es que el profesional mantenga la atención en la participación del paciente mediante el método promover-suministrar-promover. Comenzar por lo que el paciente ya sabe (promover), inmediatamente hace que el paciente piense, reflexione y reconozca su pericia. Desde ese punto de partida y con permiso, se puede ofrecer información a medida para ese caso (suministrar). Quizás el paso más importante es la pregunta para averiguar qué sentido tiene para el paciente la información suministrada (promover). Esta pregunta puede abrir la puerta a un diálogo rico con la oportunidad de conversar sobre el cambio.

Entre llegar a esta fase central de la visita y avanzar hacia adelante se realiza una serie de tareas clínicas como la valoración y el tratamiento. Las conversaciones sobre el cambio de conducta son muy valiosas cuando profesional y paciente están en condiciones de hablar con libertad. Esto no se realiza cuando el paciente no puede ser un participante en igualdad de condiciones, como cuando no puede hablar o cuando siente dolor o malestar después de procedimientos clínicos (26).

### **Banda III: Cierre**

La tercera banda tiene lugar y funciona al cierre de la visita. Consiste en un resumen breve del tratamiento clínico que se ha suministrado y todo efecto colateral molesto previsible después del tratamiento. Una función igual de importante es resumir brevemente las conversaciones sobre el cambio conductual. Esto le da al profesional la oportunidad de revisar las metas consensuadas en la Banda II. Para estar seguros de que esta conversación es colaboradora, el profesional ha de preguntar al paciente si hay algo que quisiera agregar al plan, o chequea con él los puntos más importantes. Si el paciente no está muy cansado, es posible hablar sobre otras opciones de tratamiento. Sin embargo, para la mayoría de los pacientes, no es el mejor momento para debatir cosas importantes ya que suelen querer dejar el sillón ni bien termina la sesión (26).

### **Cinta A: Estilo de comunicación**

Al comienzo del capítulo se presentaron los estilos de comunicación, destacando que hay un espectro en el cual el directivo y el de acompañamiento están en los extremos y el de guía en el medio como estilo intermedio en el cual participan ambas partes de la misma

manera. Un movimiento solvente entre los tres estilos constituye una interacción eficiente con el paciente. En el modelo, el estilo de comunicación se caratula como una cinta vertical entretejida en toda la visita. Esto retrata que, en ciertos momentos de la sesión, un estilo tenderá a ser más ventajoso que otro. La participación máxima del paciente sin afectar la responsabilidad y la capacidad del profesional de brindar información importante se facilitará mediante el uso del estilo de guía. Ciertas técnicas fundamentales de comunicación como la de hacer preguntas abiertas fomentan el intercambio en ambos sentidos que caracteriza al estilo de guía. Sin embargo, de esto no se infiere que sea el único estilo de comunicación que se usa durante la visita (27).

### **Cinta B: Herramientas para cambiar la conducta de salud**

La segunda cinta vertical representa las muchas herramientas de cambio conductual que pueden facilitarle al paciente la activación de la interacción durante la visita. Como la cinta A, el profesional puede escoger la herramienta que le parezca más favorable en ciertos puntos de la visita o la conversación. Esta elección está orientada por la meta de crear una atmósfera relajada donde las conversaciones son espontáneas e individualizadas para cada paciente (27).

#### **3.1.4. Educación en Salud oral**

##### **a. Concepto**

El concepto de Educación para la Salud exige un trabajo basado en barreras conductuales que presenta la comunidad para eliminar malos hábitos de conducta con respecto a la salud general con el fin de buscar modificar o reforzar conductas o comportamientos que beneficien la salud de la población. La educación en salud tiene como propósito mantener la salud de las personas en un estado óptimo (28).

##### **b. Estrategias de motivación en salud oral**

En la educación en salud no solo se debe dar información, sino desarrollar estrategias para comunicarse y lograr la motivación del paciente, como una vía para alcanzar cambios en sus actitudes y comportamientos. La comunicación requiere de realimentación como un medio para reconocer si se están presentando cambios (29).

La comunicación es un proceso planificado, encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales. Promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas. Es un componente importante de todos los servicios y actividades de promoción de la salud. Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales (30).

Existen diferentes estrategias y medios con las cuales se estimula y motiva al paciente de forma didáctica, para que entienda la importancia de desarrollar actitudes y prácticas adecuadas hacia su salud oral, las cuales se nombran a continuación (31):

### **b.1. Charlas (colectiva e individual)**

Debe estar preparada con un guion, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extra verbal y utilizar medios de apoyo. La realimentación permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido. La eficacia de la charla dependerá de las siguientes condiciones fundamentales:

- Autodominio y confianza en sí mismo.
- Seguridad y pleno dominio del tema a tratar.
- Planeamiento que asegure el buen orden y concatenación de los hechos que se expondrán y comentarán oralmente.
- Los esfuerzos del lenguaje, pertenecientes a la llamada “fase gesticuladora-visual”; ellos son: gesticulación, expresión fisonómica y mirada (31)

### **b.2. Demostración (colectiva e individual)**

En la demostración, como técnica educativa, la vista es el medio dominante de comunicación. Es un proceso de observación, si bien puede ir seguida por un “hacer algo” por parte del que observa. En sí misma, como otros sistemas didácticos, la demostración abarca varios elementos: exposición oral, muestra de materiales didácticos, preguntas, exámenes, aplicación práctica. Sin embargo, se aplica la palabra demostración al tipo de

lección caracterizada por la acción de mostrar algo. Para que sea realmente eficaz, la demostración debe ir seguida de alguna forma de aplicación por parte del alumno (31)

### **Características de la demostración**

- La demostración no se encuentra limitada a los objetos materiales o a las ideas en relación inmediata con ellos. Al enseñar una habilidad, se hace naturalmente indispensable una demostración por medio de una actuación seguida.
- Una demostración efectiva requiere algo más que un demostrador y un público. Los materiales audiovisuales (pizarrón, cinta de video, caballete con papel, una película, una grabación, una gráfica, un diagrama) son, con frecuencia, tan necesarios como el propio demostrador. Para no hacer una explicación verbal, se explica con algo (demostración); de aquí podemos deducir que la demostración es una implicación triple: demostrador, público y auxiliar explicativo (31).

### **Usos, ventajas y desventajas**

La enseñanza correcta es casi siempre una suerte de arte teatral; el educador dispone y arregla la escena de palabra y obra, de tal modo que los educandos pueden aprender en el momento adecuado. De aquí que la demostración debe estar presente en todo momento del acto educativo, tanto en el educador como en el educando. Si ahora se piensa en una demostración más elaborada, se deberá tener en cuenta la secuencia del aprendizaje y la estructura de la materia para decir en qué momento corresponde hacer esa demostración. En general, la demostración se usa como vía en todas las materias de aprendizaje, desde las más concretas hasta las más abstractas (32,33,34,35).

#### **Ventajas:**

- Favorecer la relación teoría-práctica, esto es, la praxis. Es multimedia y, por ello, se apoya en más variables de aprendizaje (sensorial, intelectual, motriz).
- Evita equívocos conceptuales y verbales (32,33,34,35).

#### **Desventajas:**

- Exagerar la “dramaticidad” de la técnica a expensas del tema.

- Si el grupo es muy grande, no se podrá hacer una evaluación individual más exhaustiva.
- No todos los participantes oyen, ven y entienden con igual claridad (32,33,34,35).

### **b.3. Apoyo didáctico**

Deben estar en correspondencia con los objetivos, temas, auditorio, lugar y situación donde se desarrollará la actividad educativa. Se pueden utilizar plegables, marcadores con mensajes de salud, pizarra, láminas, rotafolios, papelógrafos, proyector y diapositiva, modelo dental y cepillo dental. En la ejecución del apoyo se requiere de un trabajo elaborado previamente, que por lo general es producto de la reflexión o análisis que el grupo mismo ha realizado (32,33,34,35).

#### **3.1.5. Hábitos de salud oral**

Es muy necesario que los más pequeños adquieran unos correctos hábitos de higiene bucodental desde la infancia, interioricen por qué es importante y cuáles pueden ser las consecuencias de desatender el cuidado de su boca a corto y largo plazo (36).

##### **a. Educación bucodental para niños**

La educación en higiene dental permite que los niños sientan el cuidado bucodental como una parte más de su rutina diaria desde una edad muy temprana y la lleven a cabo con naturalidad, previniendo el desarrollo de futuros problemas como la caries y, más adelante, la enfermedad periodontal.

Los puntos más importantes de esta educación son:

- Cepillado diario. Hay que escoger un cepillo adecuado según la edad del niño, con un mango ergonómico y grueso que facilite la maniobrabilidad como el cepillo de dientes. Es recomendable limpiar las superficies dentales laterales con movimientos circulares y las superficies masticatorias de delante hacia atrás.
- Gel dentífrico. El cepillado debe acompañarse con una pasta o gel dental que contenga flúor, cuya cantidad varía en función de la edad, ya que éste ayuda a fortalecer el esmalte y disminuir las probabilidades de desarrollar caries. El gel dentífrico previene la caries y cuida dientes y encías gracias a su baja abrasividad.

- Sedas y cintas dentales. La seda o cinta dental elimina la placa bacteriana allí donde el cepillo no llega, lo que evita el desarrollo de caries interproximal (entre los dientes), una de las más frecuentes, y previene la aparición de enfermedades de las encías. La seda dental con flúor y menta es una buena opción para introducir este hábito en su rutina debido a su suavidad y la sensación de frescura. La edad recomendada para introducir la seda dental es alrededor de los 6 años, cuando los dientes de los niños comienzan a tocarse unos con otros. Hasta aproximadamente los 8 ó 10 años, cuando sean capaces de hacerlo solos, los niños normalmente necesitarán la asistencia de un adulto.
- Noche. Todos los cepillados son importantes, pero uno en concreto lo es especialmente, el cepillado nocturno. Durante la noche producimos menos saliva y nuestra boca está expuesta a las bacterias, por lo que el cepillado nocturno es primordial para evitar la aparición de caries.
- Azúcar. Evitar el abuso de alimentos azucarados y establecer la relación entre la ingesta de estos alimentos con una buena limpieza dental posterior. Los azúcares más pegajosos, como los presentes en caramelos o gominolas, son los más perjudiciales debido a su capacidad de retención. También es recomendable que los niños no piquen entre horas para que la exposición a los azúcares no sea constante (37).

#### **b. Consejos que puede ayudar a mantener una óptima salud oral**

- Consume suficiente fibra: La ingesta adecuada de alimentos con alto contenido de fibra no sólo ayuda el buen funcionamiento del tracto intestinal, sino que hace también un efecto de barrido sobre la superficie dentaría mientras vamos comiendo. De esta manera, por ejemplo, al comer una manzana, el hecho de morderla, en cierta medida, barre la superficie de los dientes, eliminando restos de otros alimentos. Evidentemente esto no reemplaza el cepillado, pero ejerce un efecto favorable.
- Come alimentos ricos en grasas sanas: Los alimentos como las almendras, los anacardos y los aguacates, entre otros, contienen grasas buenas para el organismo en general, y que también ayudan a proteger y a mantener en buena salud la superficie del esmalte. De esta manera, es ideal consumir -aunque de forma moderada- estos ingredientes.
- Evita los carbohidratos refinados: Aquí no sólo hablamos de las famosas golosinas, sino que incluimos también la bollería industrial, la repostería, las harinas blancas, el azúcar

como tal, entre otros. Los alimentos ricos en carbohidratos refinados son el sustrato perfecto para favorecer el desarrollo de las bacterias causales de la caries ya que al degradarse sus restos en la cavidad bucal disminuye el pH del medio.

- Come abundantes frutas que contengan vitamina C: Es bien sabido que nuestro organismo necesita un adecuado aporte de vitaminas y minerales, una específica que necesitamos para la buena salud de los dientes es la vitamina C, presente en tomates, cítricos, fresas, etc. Sin embargo, es importante tener en cuenta que debemos esperar de 15 a 30 minutos antes de cepillarnos tras la ingesta de alimentos ácidos para permitir a la saliva realizar su efecto de amortiguación del pH bucal.
- Evita la ingesta excesiva de alimentos que producen tinción dental: Si bien los alimentos ricos en betacarotenos son necesarios para la salud, y a muchos de nosotros nos agrada beber té y café, debemos ingerirlos en la cantidad moderada. Su consumo excesivo puede producir tinciones amarillentas en la superficie dentaria, y aunque éstas pueden mejorar o ceder tras una profilaxis o blanqueamiento dental realizados por el odontólogo, corremos el riesgo de volver a presentar una decoloración si continuamos ingiriéndolos en exceso.
- Garantiza un aporte suficiente de calcio biodisponible: Actualmente existe polémica acerca de si consumir o no lácteos y de cuán biodisponible o no se encuentra el calcio procedente de estos derivados. Algunas fuentes de calcio biodisponible, aparte de los lácteos, son el tofu, el sésamo, las sardinas, las coles de Bruselas, la espinaca, las naranjas, los espárragos, el apio, el ajo, entre otros (38).

### c. **Malos hábitos**

Un mal hábito es una conducta adquirida por la repetición, u originado por tendencias instintivas, que puede ocasionar daño a la persona que lo realiza. Desde el punto de vista de la salud bucal, existen diversos tipos de patrones de conducta nocivos que se instalan precozmente en la vida, los que pudiesen generar consecuencias negativas a quienes los realizan. Estos se refieren a la aplicación de fuerzas deformantes que rompen el equilibrio entre los huesos, y los músculos, en un niño en pleno crecimiento y desarrollo. Los malos hábitos se pueden clasificar en: malos hábitos de succión, malos hábitos de interposición, y malos hábitos de respiración. La consecuencia de un mal hábito es su posibilidad de causar o agravar una maloclusión (problemas relacionados con el orden en la posición de los

dientes y su relación con los dientes de la otra arcada) en algunos niños con cierta predisposición (39).

#### **d. Elementos de higiene oral**

Para la remoción de la placa bacteriana se requiere establecer condiciones que conduzcan a su control óptimo y así prevenir el crecimiento microbiano subgingival, evitando la inflamación y la pérdida de inserción o reducirlas al mínimo (38).

Para ello, se han desarrollado diferentes elementos utilizados para la higiene oral, los cuales han evolucionado dependiendo de las necesidades de los pacientes.

Estos elementos básicos son:

##### **Cepillo dental:**

Previo conocimiento de los determinantes de riesgos, tanto sociales como biológicos del paciente, según el caso:

- Recomiende cepillos con texturas medía, suave y extra suave para uso en niño/as, adultos y jóvenes. Solamente recomiende texturas duras y extra duras en adultos para el cepillado de sus prótesis
- Sugiera el uso de cepillos dentales con cabezas flexibles y cerdas unipenacho frontales para mayor alcance. Recomiende el uso de cepillos de cerdas entrecruzadas para mayor alcance interproximal. En pacientes que presentan implantes dentales, recomiende el uso de cepillos eléctricos rotacionales, combinado con el cepillo manual
- Recomiende el cepillado dental por un tiempo de duración de 2-4 minutos, 3 veces al día.
- Aunque se debe insistir en la importancia de tener cepillo dental propio para la realización del cepillado, es importante ofrecer otra alternativa a las personas que no tengan posibilidad de adquirirlo. En estos casos, se sugerirá el uso de elementos alternativos como gasas o trozos de tela limpia (40).

## e. Técnicas de cepillado

### **Técnica de Bass**

En esta técnica de cepillado dental el cepillo se coloca en ángulo de 45 grados contra la unión del diente con la encía, luego se realiza un movimiento horizontal para eliminar la placa bacteriana. Para las caras internas de los incisivos superiores e inferiores, se cepilla verticalmente con el cepillo. La superficie de masticación de los molares y premolares se cepilla por medio de movimientos de frotamiento hacia adelante y atrás (41).

### **Técnica de Bass modificada**

Se coloca el cepillo con una inclinación de 45° respecto al eje axial de los dientes y se presiona ligeramente contra el surco gingival. Se trata de realizar unos movimientos vibratorios anteroposteriores, pero sin desplazar el cepillo de su punto de apoyo. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes y las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo. En la cara masticatoria de los dientes se aplican movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos (41).

### **Técnica de Charters**

El cepillo se coloca a 45° respecto del eje mayor del diente y las cerdas del cepillo se dirigen hacia la superficie masticatoria de los dientes. Las cerdas se fuerzan para que penetren en el espacio que está entre los dientes con un ligero movimiento rotatorio desde la zona de masticación hacia la encía. Los lados de las cerdas contactan con el margen de la encía produciendo un masaje que se repite en cada diente. Las superficies masticatorias se limpian con un movimiento rotatorio ligero. En la cara interna de los dientes anteriores el cepillo se coloca verticalmente y trabajan solo las cerdas de la punta. Esta técnica es eficaz cuando hay aplanamiento de las papilas interdentarias, es decir, cuando la zona de encía que se encuentra entre diente y diente es más plana, dejando un espacio entre ellos, ya que permite la penetración de las cerdas (41).

### **Técnica de Stillman Modificada**

Las cerdas se colocan a 45° respecto de la raíz de los dientes sobre la zona de la encía, en una posición similar al método rotatorio, descansando parcialmente en la encía. El cepillo

se sitúa de forma horizontal ejecutando un movimiento hacia la zona oclusal, es decir, el borde de los dientes anteriores o la zona de masticación de los posteriores.

Se hace un barrido desde la encía hacia el diente, de esta manera se limpia la zona interproximal (interdental) y se masajea el tejido gingival, evitando enfermedades dentales (41).

### **Técnica Horizontal o de Fones**

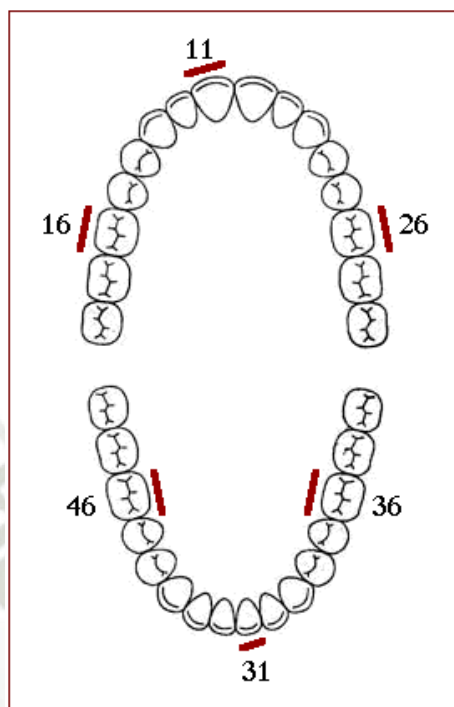
Las cerdas del cepillo se colocan a 90° con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia delante como en el barrido. Esta técnica se recomienda para niños pequeños o en personas con habilidades manuales disminuidas. No obstante, es recomendable que los padres cepillen los dientes de los niños hasta que éstos tengan entre 9 y 10 años y puedan hacerlo por sí solos (41).

#### **3.1.6. Índice de Higiene oral**

En 1960. Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés *oral hygiene index*); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés *oral hygiene index simplified*). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y cálculo. Se usó el impreciso término *desechos* dado que no era práctico diferenciar entre la placa, los desechos y la materia alba. Asimismo, lo práctico de establecer el peso y grosor de los depósitos blandos incitó a la suposición de que en tanto más sucia se encontrase la boca, mayor sería el área cubierta por los desechos. Esta inferencia también denota un factor relativo al tiempo, dado que mientras más tiempo se abandonen las prácticas de higiene bucal, mayores son las probabilidades de que los desechos cubran la superficie del diente.

El OHI-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés *simplified debris index*) un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés *simplified calculus index*). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Sólo se emplean para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor ó una sonda periodontal (OMS), y no se usan agentes reveladores. Las seis superficies dentales examinadas en el OHI-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior

derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho (42,43).



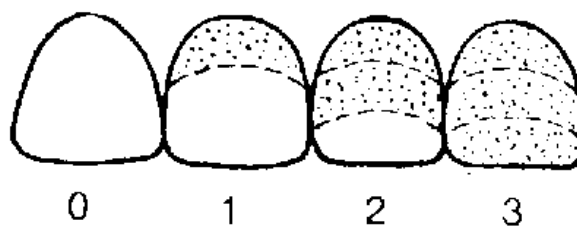
Tomado de Carranza, Periodontología clínica de Glickman (42,43).

Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Para el DI-S, se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival, según los criterios expuestos en el cuadro siguiente.

Criterio para calificar los componentes sobre los desechos bucales (DI-S) y el cálculo (CI-S) en el índice de higiene oral simplificado (OHI-S) (42,43).

#### Índice de desechos bucales (DI-S)

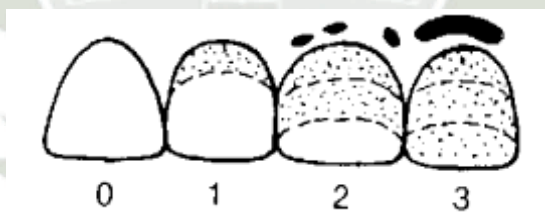
- |          |   |
|----------|---|
| <b>0</b> | No hay presencia de residuos o manchas.   |
| <b>1</b> | Desechos blandos que cubren no más de una tercera parte de la superficie dental o hay presencia de pigmentación extrínseca sin otros residuos, sin importar la superficie cubierta. |
| <b>2</b> | Desechos blandos que cubren más de una tercera parte, pero menos de la tercera parte de la superficie dental expuesta   |
| <b>3</b> | Residuos blandos que cubren más de la tercera parte de la   |



Tomado de Carranza, Periodontología clínica de Glickman (42,43).

### Índice del cálculo (CI-S)

- 0** No hay sarro presente
- 1** Cálculo supragingival que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental expuesta
- 2** Sarro supragingival que cubre más de un tercio, pero menos de dos tercios partes de la superficie dental expuesta o hay presencia de vetas individuales de cálculo subgingival alrededor de la porción cervical del diente, o ambos.
- 3** Sarro supragingival que cubre más de dos tercios de la superficie dental expuesta, o hay una banda gruesa continua de cálculo subgingival alrededor de la parte cervical del diente, o ambos



Tomado de Carranza, Periodontología clínica de Glickman (42,43).

La calificación DI-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.

La valoración CI-S se practica colocando con cuidado un explorador dental en el surco gingival distal y llevándolo en sentido subgingival desde el área de contacto distal hacia la mesial (una mitad de la circunferencia dental es considerada como la unidad de calificación). El cuadro anterior incluye los criterios para calificar el componente referente al sarro en el parámetro OHI-S. La puntuación CI-S se obtiene por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.

La calificación OHI-S por persona es el total de las calificaciones DI-S y CI-S por sujeto (42,43).

A continuación, se expresan los valores clínicos de la limpieza bucal respecto a los desechos que es posible relacionar con las calificaciones DI-S agrupadas:

Adecuado	0.0 - 0.6
Aceptable	0.7 - 1.8
Deficiente	1.9 - 3.0

Los valores clínicos de la higiene bucal que pueden vincularse con las calificaciones OHI-S para grupos son los siguientes:

Adecuado	0.0 - 1.2
Aceptable	1.3 - 3.0
Deficiente	3.1 - 6.0

La relevancia del parámetro OHI-S es que, al igual que el índice de placa, es muy empleado en todo el mundo y contribuye de manera considerable a la comprensión de la enfermedad periodontal. También se empleó en los estudios Ten-State Nutrition Survey, NHS, NHANES y HHANES. El alto grado de relación ( $r= 0.82$ )<sup>146</sup> entre el OHI-S e índice de placa permite, si se conoce una de las dos calificaciones, calcular la otra mediante un análisis de regresión. La eficacia principal del OHI-S es su utilización en estudios epidemiológicos y en la valoración de los programas de educación sobre la salud dental (ensayos longitudinales). También puede evaluar el grado de aseo bucal de un individuo y puede, en grado más limitado, servir en

estudios clínicos. El índice es de fácil uso dado que los criterios son objetivos, el examen puede realizarse sin demora y se puede alcanzar un nivel alto de capacidad de duplicación con un mínimo de sesiones de capacitación (42,43).

### 3.1.7. Modelo preceder – proceder

El modelo PRECEDER-PROCEDER fue desarrollado para ser utilizado en la salud pública. Sus principios básicos, sin embargo, se pueden aplicar también a otros asuntos comunitarios. Como resultado, lo trataremos como modelo no sólo para intervención de salud, sino para intervenciones comunitarias en general. Y en efecto, PRECEDER/PROCEDER se enfoca en la comunidad como la fuente principal de promoción de la salud.

En la última mitad del siglo XX, a medida que los avances médicos iban eliminando muchas enfermedades infecciosas, las condiciones crónicas (enfermedades cardíacas, ataques al corazón, cáncer, diabetes) se volvieron las principales causas de discapacidad y muerte en el mundo desarrollado. El enfoque del cuidado de la salud, por lo tanto, pasó del **tratamiento** de la enfermedad a la prevención de estas condiciones, y más recientemente, a la **promoción** activa de comportamientos y actitudes - dieta apropiada, ejercicio y reducción de estrés, por ejemplo - que por sí mismos hacen mucho para mantener la salud, mejorar la calidad de vida y garantizar la longevidad.

**El método PRECEDER-PROCEDER** se basa en algunas suposiciones acerca de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y por extensión, también acerca de otros asuntos comunitarios. Éstos incluyen:

- Dado que los comportamientos y actividades relacionadas con la promoción de la salud casi siempre son voluntarios, cualquier labor de promoción de salud debe involucrar precisamente a las personas cuyos comportamientos o acciones se desean cambiar. PRECEDER-PROCEDER debería ser un proceso participativo que involucre a todos los interesados – los afectados por el asunto en cuestión - desde el principio.
- **La salud es, por su propia naturaleza, un asunto comunitario.** Está influenciada por las actitudes de la comunidad, moldeada por el ambiente de la comunidad (físico, social, político y económico) y matizada por la historia de la comunidad.
- **La salud es una parte integral de un contexto mayor, probablemente más claramente definida como calidad de vida,** y es dentro de ese contexto donde se le debe considerar. Es sólo uno de los muchos factores que hacen la vida mejor o peor para los individuos y la

comunidad como un todo. Por consiguiente, la salud influye y es influenciada por mucho más de lo que parece directamente conectado a ella.

- **Finalmente, la salud es más que el bienestar físico o la ausencia de enfermedad, dolencia o lesión.** Es una constelación de factores - económicos, sociales, políticos, ecológicos y físicos - que conllevan a vidas sanas y de buena calidad para individuos y comunidades.

Esta amplia perspectiva de la salud se extiende a otros asuntos comunitarios. Podemos definir la salud de la comunidad como su buen estado en muchas áreas, de las cuales la salud física de los ciudadanos es sólo una. Los indicadores de buena salud de una comunidad incluyen cuán bien ésta:

- Contribuye a la estabilidad de las familias.
- Cría y apoya a los niños.
- Fomenta el aprendizaje de por vida.
- Provee trabajo importante para sus ciudadanos.
- Invita a participar en el proceso democrático.
- Se preocupa por aquellos que necesitan ayuda.
- Protege y mantiene el medio ambiente.
- Fomenta las artes.
- Valora y promueve la diversidad racial y cultural.
- Trabaja para promover y mantener la seguridad y el bienestar físico de sus integrantes.

PRECEDE (PRECEDER, en español) y PROCEED (PROCEDER, en español) son acrónimos (palabras en las que cada letra es la primera letra de una palabra). Aunque en español el acrónimo no encaja a la perfección, equivale a algo así como “Predisponer, Reforzar y Establecer Constructos de Diagnóstico y Evaluación Educativa y Ambiental”. Tal como lo implica su nombre, representa el proceso que precede o lleva hacia una intervención.

El acrónimo de "PROCEED", en español equivaldría a Política y Constructos Reguladores y Organizativos en Desarrollo Educativo y Ambiental, lo cual fiel a su nombre, describe cómo proceder con la intervención en sí.

*PRECEDER* tiene cuatro fases, las cuales exploraremos en mayor detalle más adelante en esta sección:

**Fase 1:** Identificar el resultado final deseado.

**Fase 2:** Identificar y establecer prioridades entre los asuntos de salud o comunitarios, así como también los determinantes de comportamiento y ambientales que entorpecen la obtención de ese resultado, o las condiciones que se deben alcanzar para lograr ese resultado; e identificar los comportamientos, estilos de vida y/o factores ambientales que afectan esos asuntos o condiciones.

**Fase 3:** Identificar los factores que contribuyen a la predisposición, facilitación y refuerzo, que pueden afectar los comportamientos, actitudes y factores ambientales con prioridad en la Fase 2.

**Fase 4:** Identificar los factores administrativos y normativos que influyen lo que puede ser implementado.

Otra suposición bajo el modelo PRECEDER-PROCEDER es que un proceso de cambio debería enfocarse inicialmente en el resultado, no en la actividad (muchas organizaciones se proponen crear un cambio comunitario sin detenerse a considerar ni los efectos que pueden tener sus acciones, ni si el cambio que buscan es el que la comunidad quiere o necesita). Las cuatro fases de PRECEDER, por lo tanto, lógicamente avanzan hacia atrás desde el resultado deseado, hacia dónde y cómo se podría intervenir para lograr ese resultado, hacia los asuntos administrativos y normativos que necesitan ser abordados con el objeto de organizar exitosamente dicha intervención. Se puede considerar que todas estas fases son de formación.

PROCEDER tiene cuatro fases (que también se discutirán con más detalle más adelante) que cubren la implementación en sí de la intervención y su evaluación detallada, trabajando hacia atrás desde el punto de partida original - el resultado final deseado del proceso.

**Fase 5:** Implementación (el diseño y la realización de la intervención en sí).

**Fase 6:** Evaluación del proceso. ¿Se están realmente haciendo las cosas que se planificó hacer?

**Fase 7:** Evaluación del impacto. ¿Está la intervención logrando el impacto deseado en la población objetivo?

**Fase 8:** Evaluación del resultado. ¿Está la intervención conduciendo al resultado final (el resultado deseado) previsto en la Fase 1? (44).

### 3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos

#### 3.2.1. Internacionales

- a. **Título:** Estrategias de comunicación utilizadas durante el tratamiento odontológico pediátrico: un estudio piloto. 2019

**Autor:** Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E.

**Resumen:** La comunicación verbal eficaz es esencial para el éxito del tratamiento odontológico. El objetivo de este estudio fue examinar cualitativa y cuantitativamente las técnicas de comunicación utilizadas por los estudiantes de posdoctorado pediátrico durante el tratamiento. Se examinó el funcionamiento de un modelo de comunicación compuesto por tres enfoques lingüísticos (permisivo, empático y personal) junto con otras estrategias comunes a los tres. El grupo de estudio estuvo compuesto por 24 niños (14 niños y 10 niñas) de 3 a 12 años de edad. Los cuatro dentistas eran residentes de segundo año en odontología pediátrica. Las conversaciones se grabaron y se analizaron lingüística y estadísticamente. La frecuencia de uso de cada enfoque se tabuló y se correlacionó con la ansiedad, la cooperación durante el tratamiento, el éxito del tratamiento y el estado de ánimo informados por los niños al final del tratamiento. Todos los dentistas utilizaron los tres enfoques; el enfoque permisivo, que proporcionaba información sobre el procedimiento, fue el más utilizado. El enfoque empático fue el menos utilizado. Las pruebas de correlación mostraron que el enfoque empático fue el más significativamente relacionado con el éxito del tratamiento. La frecuencia de uso de los tres enfoques de comunicación por parte de los odontólogos se muestra en la Tabla 1. Los resultados del enfoque permisivo se subdividieron en sus componentes, es decir, información procedimental, información sensorial, uso de la demostración y dar razones. El enfoque permisivo se utilizó en todas las reuniones con una frecuencia promedio de 26 veces por sesión, principalmente a través de la información de procedimiento. La información sensorial se utilizó con mucha menos frecuencia, y en el 17% no se ofreció ninguna información de este tipo. La demostración se utilizó en todas las sesiones menos en una, con un promedio de 4 y las razones se dieron solo 2 veces en promedio. En el 42% de las reuniones, no se dieron razones al niño durante el tratamiento. El abordaje empático fue poco utilizado (4%). En el 54% se utilizó solo una o dos veces, y en el 25%, no se utilizó ninguna oración empática. El enfoque personal fue más "popular" y se utilizó en todas las reuniones y, en más del 50%, se utilizó más de 10

veces. En la Tabla 1 también se presentan las estrategias comunes a los tres enfoques. El refuerzo positivo fue una parte importante de la comunicación con el niño y se utilizó 50 veces en promedio, con un amplio rango de 9 a 380. A menudo se utilizaba la instrucción; Por el contrario, la persuasión se utilizó 3 veces y no se utilizó en absoluto en el 33% de las sesiones. Dar sensación de control se utilizó con moderación y no se utilizó en absoluto en el 33% de las sesiones. La distracción se utilizó solo en cuatro ocasiones, y la asertividad se utilizó en cinco niños (promedio  $< 1$ ). Solo en dos ocasiones, hubo contacto físico intencional (45).

- b. Título:** Modelar la teoría del comportamiento planificado para predecir las intenciones de los adultos de mejorar los comportamientos de salud bucal. Arabia Saudita. 2022

**Autor:** Rajeh MT.

**Resumen:** El presente estudio tuvo como objetivo aplicar la teoría del comportamiento planificado (TPB) para identificar predictores de las intenciones de los adultos para mejorar los comportamientos de salud bucal. Este estudio transversal se realizó con 1.328 adultos que viven en la ciudad de Jeddah, Arabia Saudita. Se distribuyó un cuestionario de 64 ítems que evaluaba la intención de comportamiento, el conocimiento de la salud bucal (OHK) y los constructos TPB (actitudes, control conductual percibido y normas subjetivas). Se utilizaron estadísticas descriptivas y modelos de ecuaciones estructurales (SEM) para describir los datos y examinar las asociaciones entre las variables. Un valor  $p$  de  $< 0,05$  se consideró significativo. El análisis reveló que el modelo TPB explicó el 72% de la varianza en las intenciones de comportamiento de salud bucal (OHBI), lo que indica un buen ajuste del modelo. Los constructos TPB de actitudes ( $\beta = 0,299$ ), normas subjetivas ( $\beta = 0,035$ ) y control conductual percibido ( $\beta = 0,144$ ) fueron predictores significativos de OHBI, mientras que OHK no lo fue. La actitud fue el predictor más fuerte de las intenciones de mejorar los comportamientos de salud bucal. Los hallazgos sugieren que este modelo podría ser un marco útil para diseñar programas de promoción e intervención en materia de salud bucal. Dichos programas deberían centrarse en cambiar las actitudes de los adultos, las influencias positivas de las relaciones cercanas y mejorar la autoeficacia de los adultos con problemas de salud bucal para mejorar su comportamiento en materia de salud bucal (46).

- c. **Título:** Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. México. 2018

**Autor:** Núñez Soto Ileana Vanesa, Parés Vidrio Gustavo, López Pérez Rubén

**Resumen:** La mayoría de las investigaciones relacionadas con la primera visita del niño al consultorio dental se han centrado en la ansiedad de los padres y poco se ha investigado sobre su actitud. El propósito de este trabajo fue identificar la actitud de algunos padres de familia con relación a la primera consulta dental de sus hijos. En la Clínica “Reforma” de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, se realizó la investigación con sesenta padres de familia que solicitaban por primera vez atención dental para sus hijos, y se efectuó en dos etapas; la primera con una encuesta de medición de actitudes previa a la consulta dental. Posteriormente al azar se dividió al grupo en “testigo” y “experimental”, con este último se pasó a la segunda etapa, la cual consistió en una plática de información sobre la importancia de la primera consulta odontológica de sus hijos (comunicación persuasiva). Consecutivamente, se reunió al grupo aplicando nuevamente la encuesta. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 9.0. Para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas se aplicó la prueba de  $X^2$  con un nivel de significancia de 0.05. Esta investigación demostró que aun con el empleo de la comunicación persuasiva el grupo experimental no logró un cambio de actitud (47).

### 3.2.2. Nacionales

- a. **Título:** Programa de salud bucal sonrío feliz, para prevenir enfermedades bucodentales en niños de la Institución Educativa José Carlos Mariátegui en Torata – 2018

**Autor:** Cuayla Ventura

**Resumen:** El objetivo general fue Determinar si el Programa de salud bucal “Sonríe Feliz” “influye significativamente en la prevención de enfermedades bucodentales en niños de la I.E. “José Carlos Mariátegui”, Torata 2018. Se concluyó que El índice de higiene oral después de aplicar el programa “Sonríe Feliz”, presentaron más de la mitad de los alumnos una higiene oral adecuado en el 67.7%, el 30.3% aceptable y solo un 1.8% deficiente. El proceso estadístico realizado para obtener el nivel de conocimiento, ha permitido demostrar que existe una alta diferencia significativa al comparar el antes y después de la intervención

del programa “Sonríe Feliz” en los niños de I.E. José Carlos Mariátegui de Torata, 2018 (48).

- b. Título:** Efecto de un programa preventivo sobre higiene oral sangrado gingival y conocimiento en salud bucal de una Institución Educativa en Loreto – 2018

**Autor:** Cueva Vásquez, Julissa Pilar; Flores Pacheco, Iris Vanessa

**Resumen:** El objetivo general de esta investigación fue determinar el efecto de un programa preventivo sobre higiene oral, sangrado gingival y conocimiento en salud bucal en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de Loreto en el año 2018. Se concluyó que la intervención educativa fue eficaz aumentando el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de Loreto en el año 2018 (49).

### 3.2.3. Locales

- a. Título:** Efecto de un programa educativo sobre higiene oral en gingivitis de niños portadores de asma bronquial del Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa. 2017

**Autor:** Benavides, E.

**Resumen:** La investigación presento como objetivo, determinar el efecto de la aplicación de un programa educativo sobre la higiene oral en la gingivitis en niños portadores de asma bronquial del Hospital III Yanahuara EsSalud. La investigación permitió concluir que, la aplicación de un programa educativo sobre higiene oral en la gingivitis de niños portadores de asma bronquial fue efectivo y altamente significativo ( $p < 0,05$ ) ya que el nivel de higiene oral mejora y la presencia de gingivitis disminuye (50).

- b. Título:** Eficacia del programa educativo promocional de salud bucal sonriendo, en el índice de higiene oral simplificado en niños y adolescentes entre las edades de 7 a 11 y 12 a 17 años de la Aldea Sagrada Familia del Distrito de Alto Cayma, Arequipa – 2019

**Autor:** Miranda Miriam

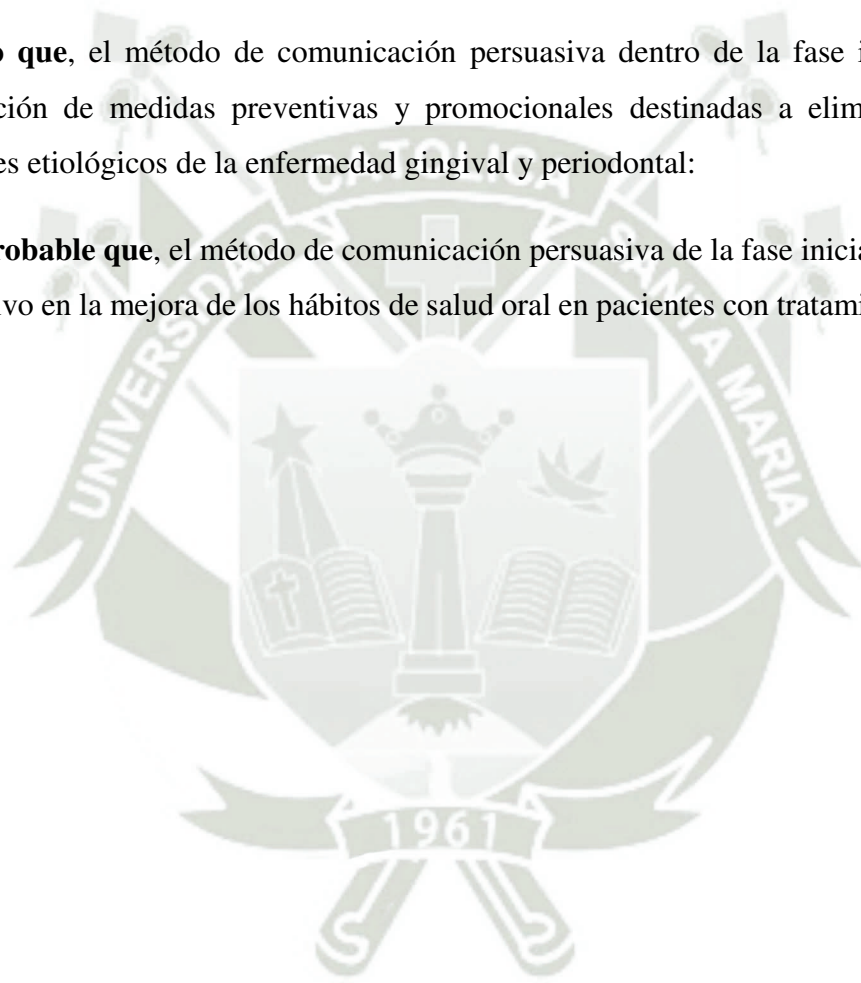
**Resumen:** El objetivo general fue determinar cuál será el índice de higiene oral que demuestran los niños y adolescentes entre las edades de 7 a 11 y 12 a 17 años de la Aldea Sagrada Familia del distrito de Alto Cayma antes de la aplicación del Programa Educativo

Promocional de salud Bucal “Sonriendo”. Se concluyó que, Al inicio de la evaluación, antes de la aplicación del programa, los índices de higiene oral simplificado en ambos grupos fueron similares, después de la aplicación del programa de salud bucal ambos grupos mostraron mejores niveles de higiene oral, lo que demuestra la eficacia del programa educativo promocional de salud bucal “SONRIENDO” (51).

#### 4. HIPÓTESIS

**Dado que**, el método de comunicación persuasiva dentro de la fase inicial implica la adopción de medidas preventivas y promocionales destinadas a eliminar los factores locales etiológicos de la enfermedad gingival y periodontal:

**Es probable que**, el método de comunicación persuasiva de la fase inicial tenga un efecto positivo en la mejora de los hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal.





**CAPITULO II:  
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

## II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

#### 1.1. Técnica

##### 1.1.1. Especificación

La técnica utilizada fue el **cuestionario**, implementada y aplicada para recoger información de los hábitos de salud oral antes y después de la administración del método de la comunicación persuasiva.

##### 1.1.2. Esquematización

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	TÉCNICA
Hábitos de salud oral	Cepillado dental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia</li> <li>• Momento</li> <li>• Duración</li> <li>• Tiempo de recambio</li> <li>• Técnica de cepillado</li> </ul>	Cuestionario
	Colutorios bucales	Frecuencia	
	Pasta dental	Protección dentaria	
	Hilo dental	Momento para su uso	

##### 1.1.3. Descripción de la técnica

La técnica comprendió las siguientes etapas:

- **Pretest**

Corresponde al estudio de la variable respuesta, esto es, de los hábitos de salud bucal que refirieron los pacientes antes del tratamiento experimental.

- **Tratamiento experimental**

Comprendió la aplicación formalizada del método de la comunicación persuasiva a través de un **VIDEO EDUCATIVO** presentado por el tesista al grupo de participantes por medio de la plataforma Meet. Dicho video consistió:

- **Cepillado dental:** en cuanto a su frecuencia, momento, duración, tiempo de recambio del cepillo y técnica de cepillado.
- **Colutorios bucales:** Frecuencia.
- **Pasta dental:** Protección dentaria.
- **Hilo dental:** Momento para su uso.

- **Postest**

Estuvo referido al estudio postestímulo de la variable hábitos de salud oral manifestados por los pacientes después de la comunicación persuasiva.

- **Comparación**

De los hábitos de salud oral entre el pretest y el postest para determinar la eficacia del método en la medida en que dichos hábitos mejoraron.

#### 1.1.4. Esquema básico

GE	O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>
----	----------------	---	----------------

**Leyenda:**

GE: Grupo experimental

O<sub>1</sub>: Pretest

X: Comunicación persuasiva

O<sub>2</sub>: Postest

## 1.2. Instrumentos

### 1.2.1. Instrumento documental

#### a. Especificación

Se utilizó un **formulario de preguntas**, de naturaleza estructurada, elaborado en función a los indicadores y subindicadores de la variable respuesta. Este estuvo constituido por 9 ítems de elección múltiple y

respuestas cerradas, a efecto de viabilizar el registro de datos y el procesamiento.

### b. Estructura

VARIABLE	INDICADORES	EJES	SUB INDICADORES	SUBEJES
Hábitos de salud oral	Cepillado dental	1	• Frecuencia	1.1
			• Momento	1.2
			• Duración	1.3
			• Tiempo de recambio	1.4
• Técnica de cepillado			1.5	
	Colutorios bucales	2	Frecuencia	2.1
	Pasta dental	3	Protección dentaria	3.1
	Hilo dental	4	Momento para su uso	4.1

### c. Modelo del instrumento

Figura en anexos.

#### 1.2.2. Instrumentos mecánicos

- Computadora y accesorios

#### 1.3. Materiales de verificación

- Útiles de escritorio

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en el ámbito específico Clínica Romadent, ubicada en la Urb. Alameda Salaverry Calle 5 C-46 Arequipa, Perú.

### 2.2. Ubicación temporal

La investigación se llevó a cabo en el año 2022.

### 2.3. Unidades de estudio

#### a. Alternativa

Población.

#### b. Caracterización de la población

##### b.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con tratamiento periodontal
- Ambos géneros
- De edad adulta
- Que den su consentimiento expreso

##### b.2. Criterios de exclusión

- Deseo de no participar en el estudio teniendo los criterios de inclusión
- Deserción
- Condición incapacitante

#### c. Tamaño de la población

N = 211 pacientes (con los criterios de inclusión)

Tomado del registro de pacientes de la Clínica Romadent. 2022

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización

- Autorización del odontólogo
- Consentimiento expreso de los pacientes
- Selección de los pacientes
- Validación del instrumento
- Aplicación del instrumento

### 3.2. Recursos

#### a. Recursos Humanos

**a.1. Investigador** : C.D. Bermejo Galdos Romanenko Crane

**a.2. Asesora** : Dra. Serey Portilla Miranda

#### b. Recursos Físicos

Ambiente e infraestructura de la Clínica Romadent.

#### c. Recursos Económicos

El presupuesto para la recolección y otras tareas investigativas fue financiado por el tesista.

#### d. Recursos Institucionales

UCSM

### 3.3. Validación

El formulario fue validado por: Gladys Ramos Cahua, especialista en Salud Familiar y Comunitaria, en su estudio, “Conocimiento de higiene bucal en estudiantes del 5to y 6to grado de nivel primario de la I.E. Ernesto Bonilla del Valle, Jauja 2018”. Para la fiabilidad se utilizó el método Alpha de Cronbach.

## 4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

### 4.1. Plan de procesamiento

#### a. Tipo

Manual y computarizado (SPSS V. 26).

#### b. Operaciones

##### b.1. Clasificación

La información obtenida fue ordenada en una MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN que figura en los anexos de la tesis.

**b.2. Codificación**

Se empleó una codificación dígita.

**b.3. Recuento**

Se elaboraron matrices de conteo.

**b.4. Tabulación**

Se emplearon tablas de entrada simple y doble.

**b.5. Graficación**

Se construyeron gráficas de barras.

**4.2. Plan de análisis**

**a. Tipo de análisis**

Cuantitativo, unifactorial, univariado, categórico.

**b. Tratamiento estadístico**

<b>VARIABLE INVESTIGATIVA</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA</b>	<b>PRUEBA</b>
<b>Hábitos de salud oral</b>	Cualitativo	Nominal	Frecuencias absolutas  Frecuencias porcentuales	$X^2$ de Mc  Nemar



**CAPITULO III:  
RESULTADOS**

## PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

**TABLA N° 1:**

**Frecuencia de cepillado dentario en el pretest y postest**

FRECUENCIA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Una vez	0	0,00	1	0,47
Dos veces	0	0,00	15	7,10
Después de cada comida	3	1,42	193	91,46
Sólo al levantarse	208	98,58	2	0,94
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

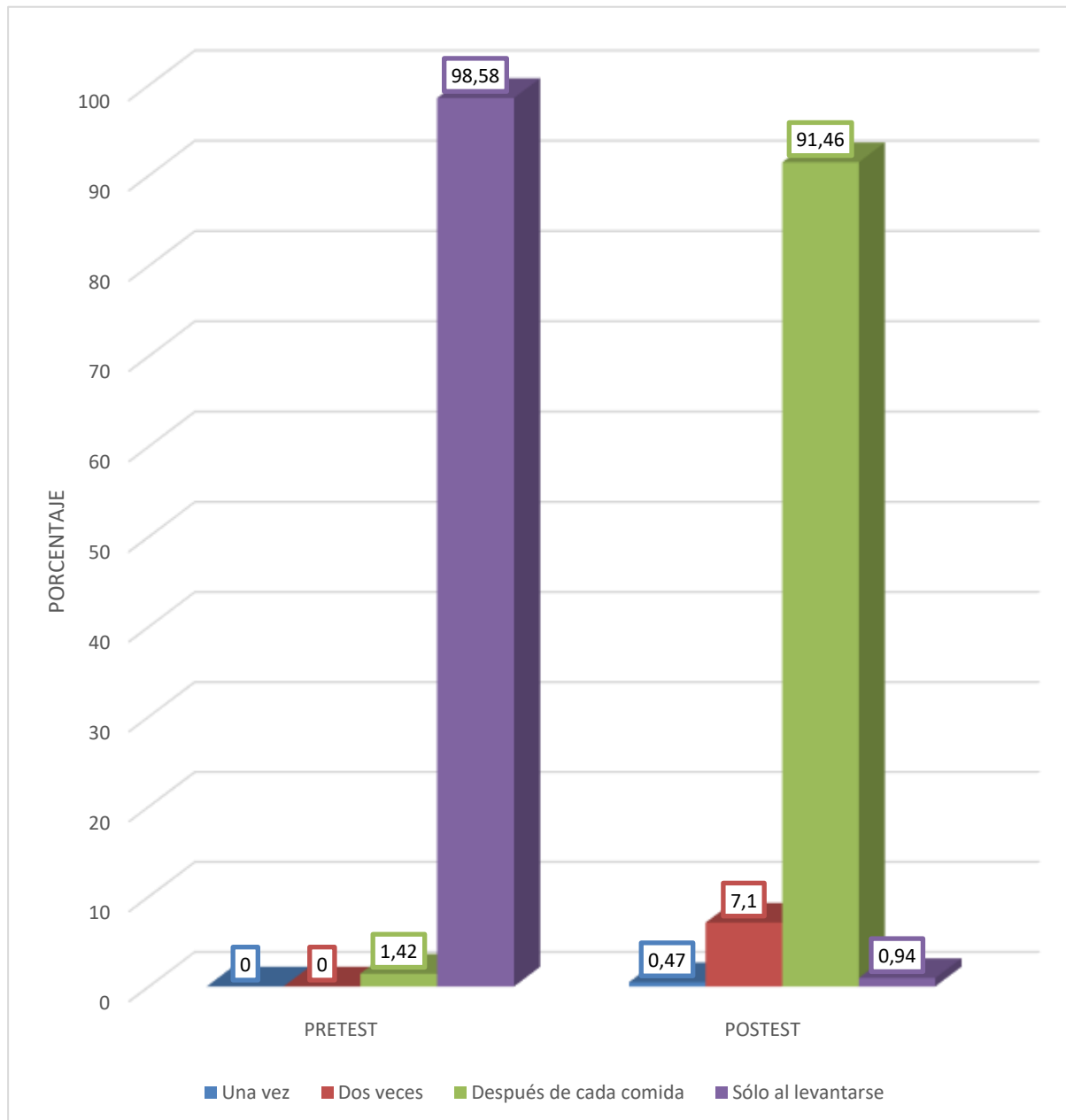
**$X^2: 343.90 > VC: 3.84$**

En el pretest predominó la respuesta, ciertamente incorrecta referida por los pacientes con tratamiento periodontal, de que el cepillado dentario debe realizarse sólo al levantarse.

En el postest la mayoría de pacientes respondió que el cepillado debe efectuarse después de cada comida, que es la respuesta correcta; seguido por los que manifestaron hacerlo dos veces; luego por los que expresaron realizarlo sólo al levantarse; y, finalmente por los que indicaron efectuarlo una vez.

Por lo expresado, se colige que el método de la comunicación persuasiva es altamente eficaz en la mejora de los hábitos referidos a la frecuencia del cepillado dentario y en atención a la prueba  $X^2$  que indicó haber diferencia estadística significativa de este indicador entre el pre y postest.

**GRÁFICO N° 1:**  
**Frecuencia de cepillado dentario en el pretest y postest**



**TABLA N° 2:**

**Momento más importante para cepillarse los dientes en el pretest y postest**

MOMENTO	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Antes del desayuno	35	16,59	3	1,42
Después del desayuno	11	5,21	22	10,42
Antes de acostarse	45	21,33	168	79,62
Después de todas las comidas	120	56,87	18	8,53
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

$X^2: 143.40 > VC: 3.84$

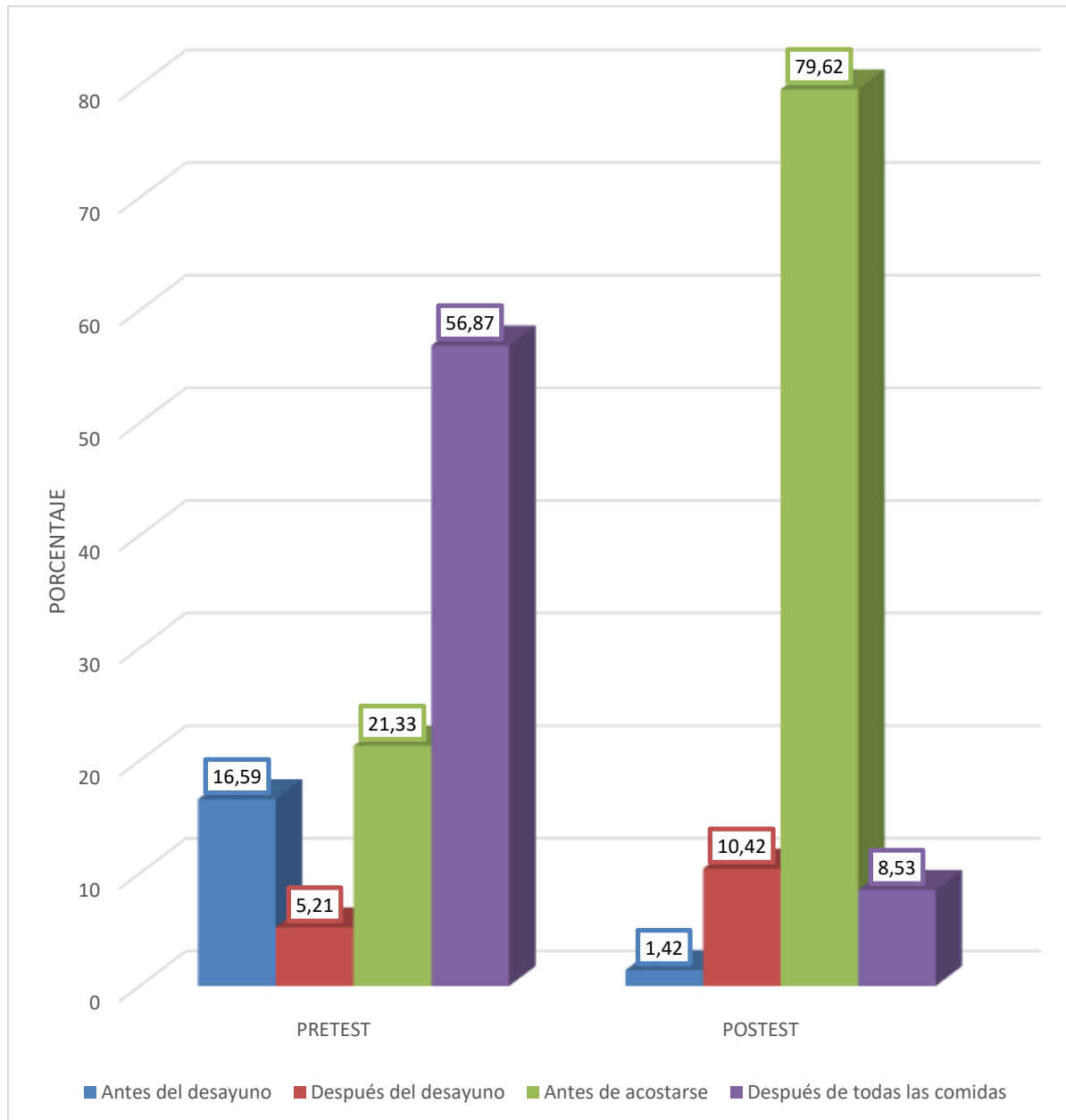
Respecto al momento para cepillarse los dientes en el pretest, predominaron los pacientes que refirieron hacerlo después de las comidas, aseveración por cierto incorrecta; seguido decrecientemente por aquellos que manifestaron hacerlo antes de acostarse; luego antes del desayuno; y finalmente después de éste.

Sin embargo, en el postest, la mayoría de pacientes indicó cepillarse los dientes antes de acostarse como el momento más importante para hacerlo, respuesta indudablemente correcta; seguido por los que lo consideraron después del desayuno; luego por los que indicaron hacerlo después de las comidas; y finalmente antes del desayuno.

Por consiguiente y en base a la prueba  $X^2$ , existe diferencia estadísticamente significativa en referencia al momento más importante para cepillarse los dientes entre el pre y postest, dejando entrever la objetiva eficacia del método de la comunicación persuasiva respecto al aludido indicador.

### GRÁFICO N° 2:

#### Momento más importante para cepillarse los dientes en el pretest y postest



**TABLA N° 3:**

**Tiempo aproximado de duración del cepillado dentario en el pretest y postest**

TIEMPO APROXIMADO	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
1 minuto	44	20,85	7	3,32
2 minutos	67	31,75	34	16,11
3 minutos	65	30,81	162	76,78
5 minutos	35	16,59	8	3,79
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

$X^2: 89.70 > VC: 3.84$

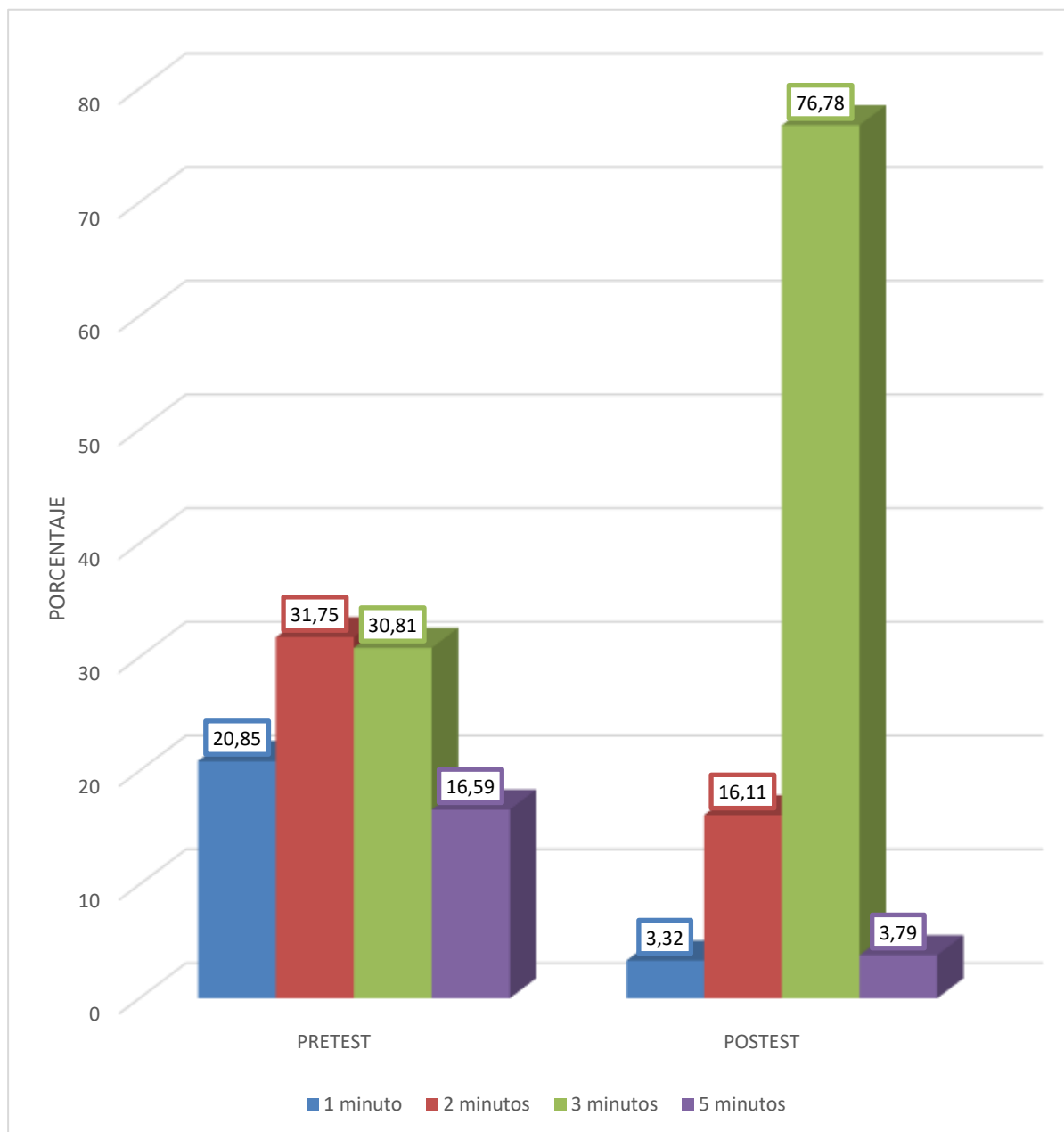
En el pretest, la mayoría de pacientes consideró que el tiempo de duración del cepillado debe de ser de 2 minutos, respuesta errónea; seguida por la de 3 minutos (correcta); luego la de 1 minuto; y finalmente la de 5 minutos.

Sin embargo, en el postest los pacientes indicaron mayormente que el tiempo aproximado de duración del cepillado dentario debe ser de 3 minutos (respuesta correcta); seguido por aquellos que afirmaron hacerlo durante 2 minutos; luego por los que aseveraron realizarlo por 5 minutos; y finalmente por los que consideraron efectuarlo durante 1 minuto.

Consecuentemente y en base al contraste  $X^2$ , existe diferencia estadística significativa del tiempo de duración del cepillado dentario entre el pretest y el postest, deduciéndose sin duda una gran eficacia de la comunicación persuasiva respecto a este indicador.

### GRÁFICO N° 3:

Tiempo aproximado de duración del cepillado dentario en el pretest y postest



**TABLA N° 4:**  
**Tiempo de recambio del cepillo dental en el pretest y postest**

TIEMPO DE RECAMBIO	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Cada mes	46	21,80	4	1,89
De 2 a 3 meses	113	53,55	51	24,17
Cada 6 meses	31	14,69	33	15,64
Cuando las cerdas del cepillo estén deterioradas	21	9,95	123	58,29
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

**$X^2: 109.68 > VC: 3.84$**

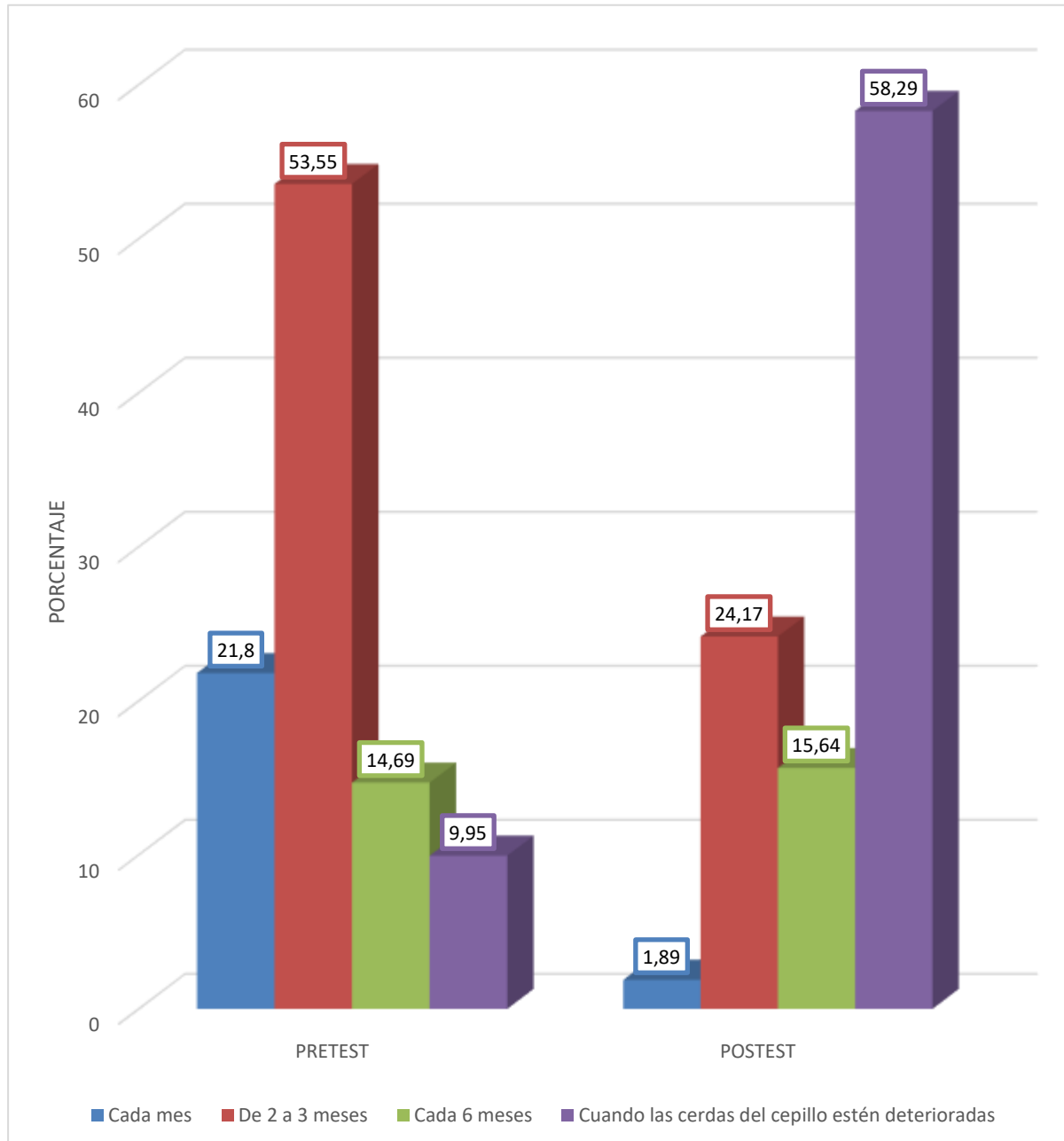
En el pretest, respecto al tiempo de recambio del cepillo, la mayoría de pacientes consideró que debe efectuarse de 2 a 3 meses, seguida por la respuesta de cada mes; luego cada 6 meses; y finalmente, la respuesta correcta, ciertamente la menos prevalente, referida a que cuando las cerdas del cepillo estén deterioradas.

En el postest se acrecentó la frecuencia de respuestas respecto a que el cepillo debe cambiarse cuando las cerdas de éste estén deterioradas (respuesta correcta); seguido por las que consideraron hacerlo entre 2 y 3 meses; luego por las que afirmaron efectuarlo cada 6 meses; y finalmente las que indicaron realizarlo cada mes.

Por consiguiente, y de acuerdo a la prueba  $X^2$ , existe diferencia estadística significativa del tiempo de recambio del cepillo dental entre el pretest y el postest, dejando entre ver la clara eficacia de la comunicación persuasiva en este sentido.

### GRÁFICO N° 4:

#### Tiempo de recambio del cepillo dental en el pretest y postest



**TABLA N° 5:**  
**Frecuencia de enjuagues bucales en el pretest y postest**

FRECUENCIA DE ENJUAGUES	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Una vez al día	88	41,71	12	5,69
2 veces al día	72	34,12	16	7,58
Cuando el doctor lo prescriba	41	19,43	175	82,93
Sólo cuando comió mucho	10	4,74	8	3,79
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

$$X^2: 135.94 > VC: 3.84$$

En el pretest, respecto a la frecuencia de enjuagues bucales la mayoría de pacientes indicó que la hacía una vez al día, seguido por aquellos que precisaron hacerlo 2 veces al día; luego los que refirieron hacerlo cuando el doctor lo prescriba (hábito correcto); y finalmente cuando se comió mucho.

En el postest, la mayoría de pacientes refirió efectuar enjuagues bucales cuando el doctor la prescriba (respuesta correcta); seguido por los que afirmaron hacerlo cada 2 días; luego por los que indicaron efectuarlos 1 vez al día; y finalmente por los que expresaron realizarlos sólo cuando se comió demasiado.

Según la prueba  $X^2$  de Mc Nemar existe diferencia estadística significativa de la frecuencia de enjuagues bucales entre el pretest y postest, sugiriendo con ello una alta eficacia de la comunicación persuasiva en este propósito.

### GRÁFICO N° 5:

#### Frecuencia de enjuagues bucales en el pretest y postest

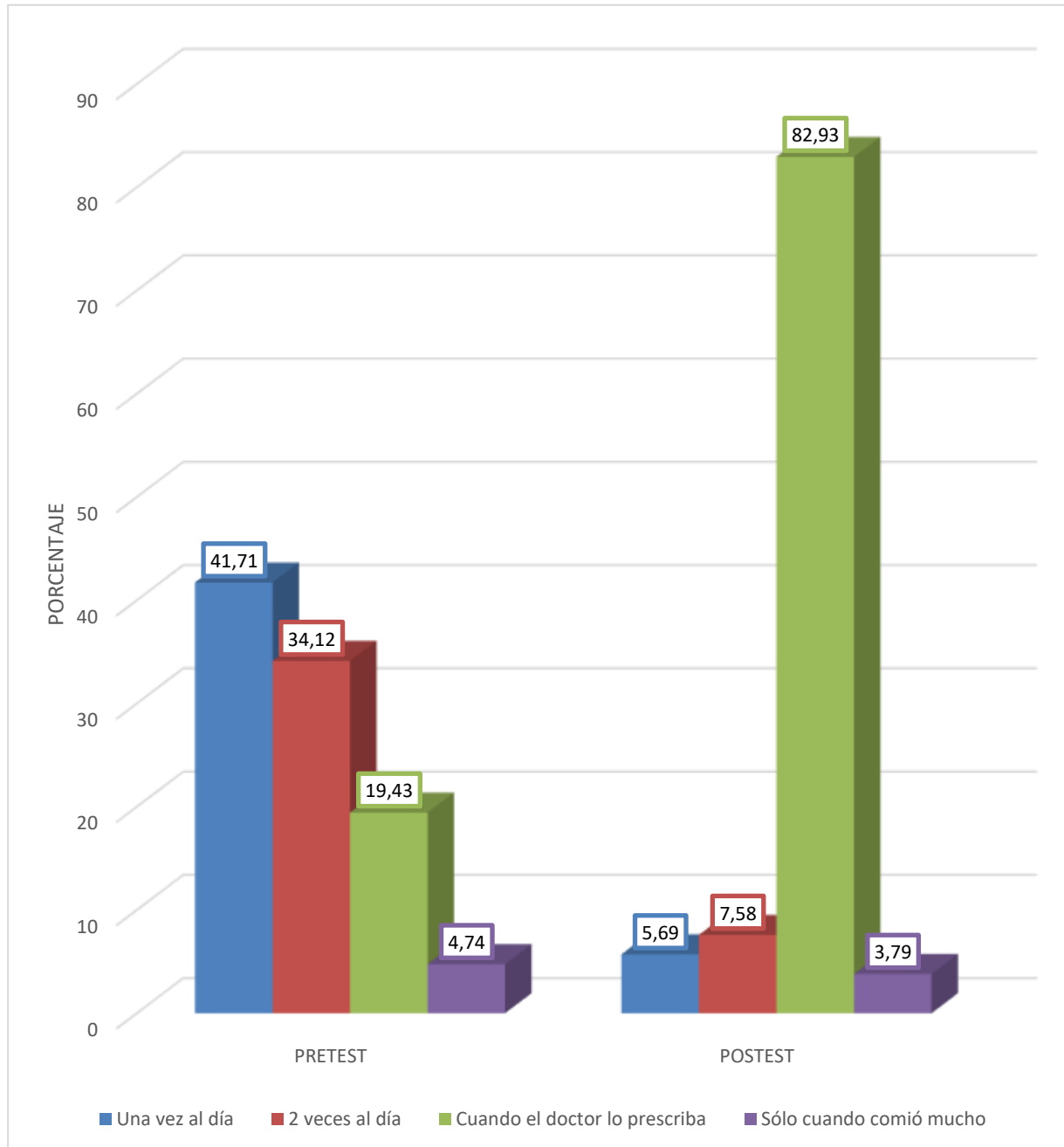


TABLA N° 6:

## Protección dentaria de la pasta fluorada en el pretest y postest

PROTECCIÓN DENTARIA	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
SI	192	91,00	196	92,89
NO	19	9,00	15	7,10
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

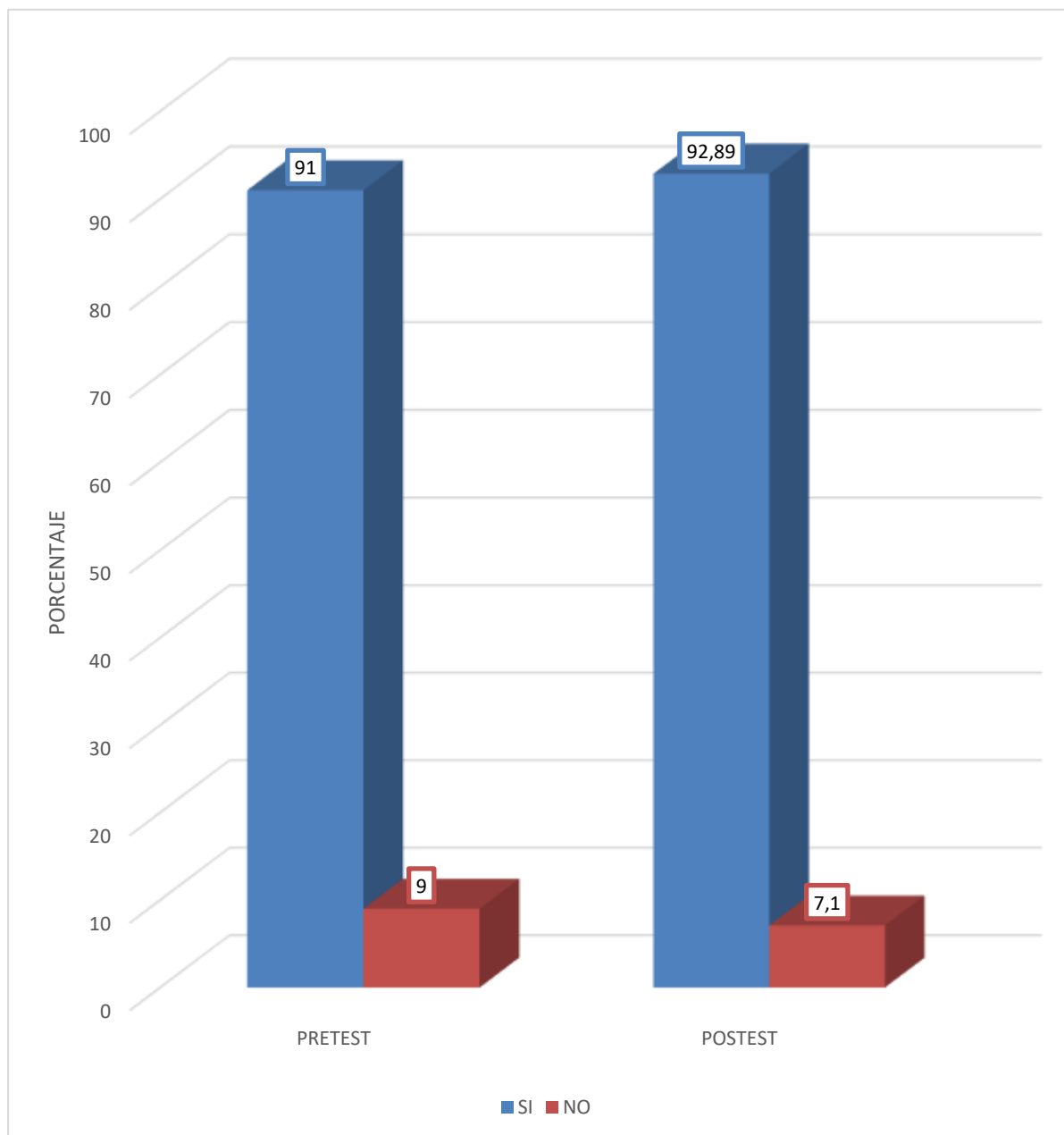
$$X^2: 0.52 < VC: 3.84$$

Respecto a que, si la pasta dental fluorada protege al diente, la mayoría de pacientes la admitieron tanto en el pretest como el postest, con porcentajes muy similares, respondiendo por ende mayormente de modo correcto en ambas etapas.

Según la prueba  $X^2$  de Mc Nemar, no existe diferencia estadística significativa respecto a la protección dentaria de la pasta fluorada entre el pretest y postest, lo que indica una actitud correcta similar en ambas etapas, por lo que la comunicación persuasiva no es significativamente eficaz en este indicador, en razón a la alta eficacia identificada en el pretest y a la conservación de la misma en el postest.

### GRÁFICO N° 6:

#### Protección dentaria de la pasta fluorada en el pretest y postest



**TABLA N° 7:**  
**Momento ideal para usar el hilo dental en el pretest y postest**

HILO DENTAL	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Antes del cepillado	14	6,64	7	3,32
Después de cada comida	68	32,22	27	12,80
Sólo cuando existe empaquetamiento	66	31,28	16	7,58
Después del cepillado	63	29,85	161	76,30
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

$X^2: 124.72 > VC: 3.84$

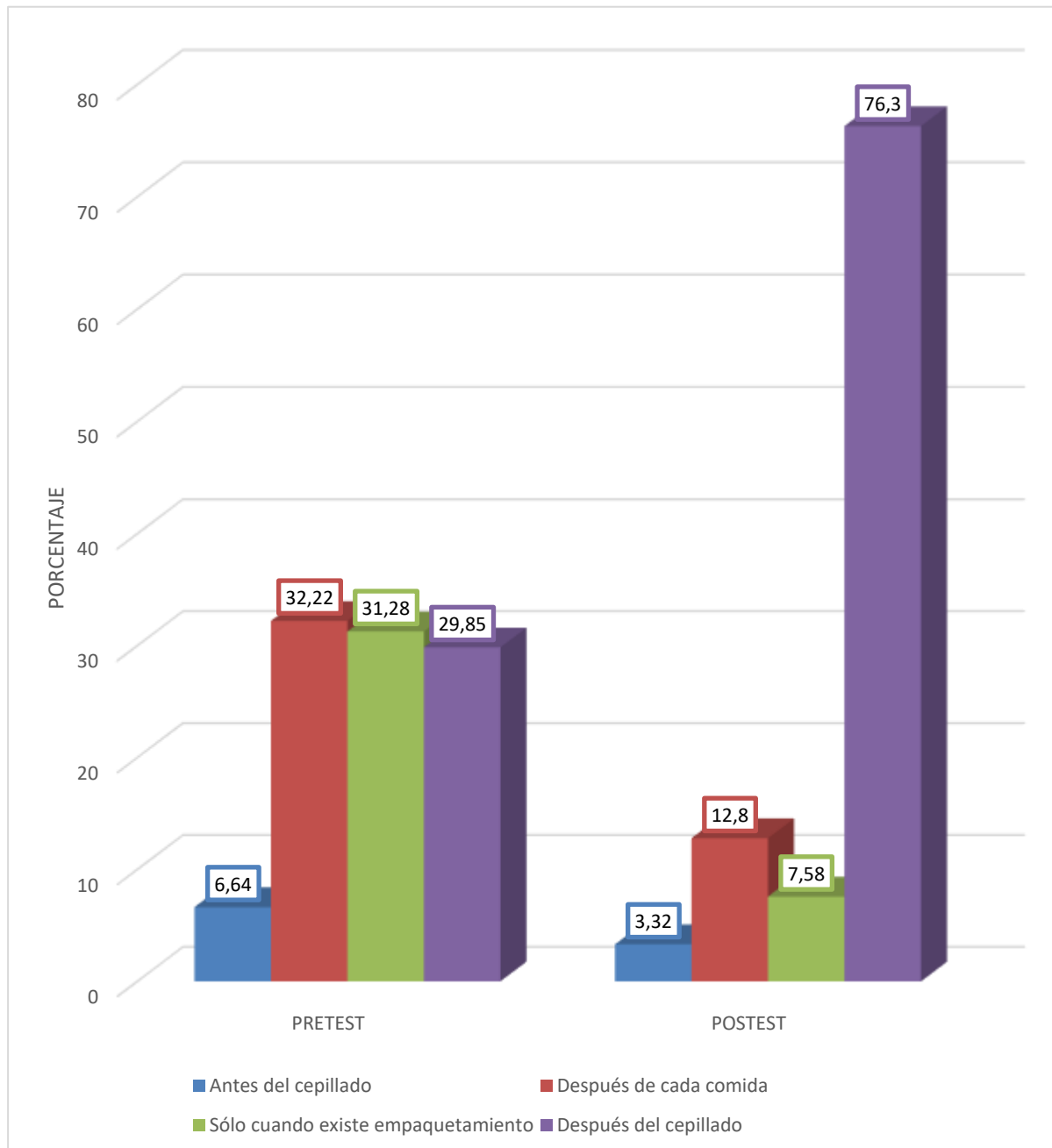
En referencia al momento adecuado para usar el hilo dental, la mayoría de pacientes indicó en el pretest que, sería después de la comida; seguido por aquellos que precisaron sólo cuando existe empaquetamiento alimenticio; luego después del cepillado (respuesta correcta); y finalmente antes del cepillado.

En el postest la mayoría de pacientes consideraron que el momento ideal para usar el hilo dental debe ser después del cepillado (respuesta correcta); seguido por los que indicaron hacerlo después de cada comida; luego por aquellos que expresaron efectuarlo solo cuando existe empaquetamiento alimenticio; y finalmente por los que afirmaron realizarlo antes del cepillado.

Consecuentemente y en base a la prueba  $X^2$ , existe diferencia estadística significativa en el momento ideal para usar el hilo dental entre el pretest y postest, con lo que queda confirmada la eficacia de la comunicación persuasiva en este sentido.

### GRÁFICO N° 7:

#### Momento ideal para usar el hilo dental en el pretest y postest



**TABLA N° 8:**  
**Forma ideal del cepillado dental en el pretest y postest**

FORMA DE CEPILLADO	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Horizontal	12	5,69	28	13,27
Vertical	100	47,39	7	3,32
De izquierda a derecha	22	10,43	7	3,32
Circular	77	36,49	169	80,09
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

$X^2: 82.50 > VC: 3.84$

Respecto a la forma adecuada de cepillado dental, la mayoría de pacientes indicó en el pretest que, se cepillan verticalmente; seguido por los que apelan a la técnica circular (correcta); luego los que se cepillan de izquierda a derecha; y, finalmente los que recurren a la técnica horizontal.

Sin embargo, en el postest la mayoría de pacientes consideró que la técnica correcta de cepillado dental es a través de la forma circular; seguido por los que la realizan horizontalmente; a continuación, por los que se cepillan vertical y transversalmente de izquierda a derecha con el mismo porcentaje.

De acuerdo a la prueba  $X^2$  Mc Nemar existe diferencia estadística significativa respecto a la forma ideal del cepillado dentario entre el pretest y postest, con lo que se confirma la alta eficacia de la comunicación persuasiva en la técnica de cepillado.

### GRÁFICO N° 8:

#### Forma ideal del cepillado dental en el pretest y postest

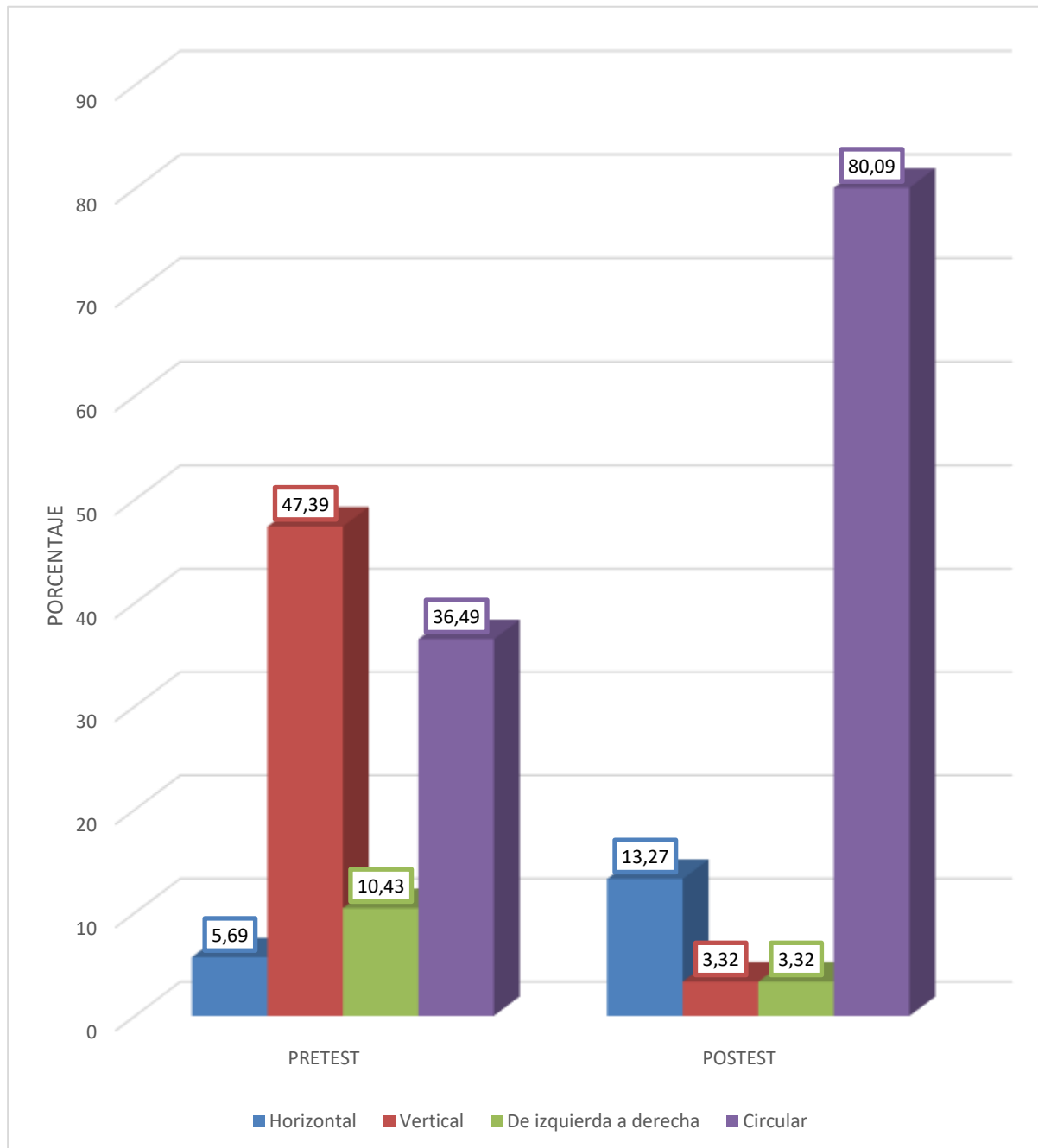


TABLA N° 9:

## Consecuencias de una mala técnica de cepillado dental en el pretest y postest

CONSECUENCIAS	PRETEST		POSTEST	
	N°	%	N°	%
Aliento fresco	7	3,32	1	0,47
Encía y dientes sanos	16	7,58	9	4,27
Acumulación de sarro	172	81,52	196	92,89
Ayuda a eliminar caries	16	7,58	5	2,37
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>	<b>211</b>	<b>100,00</b>

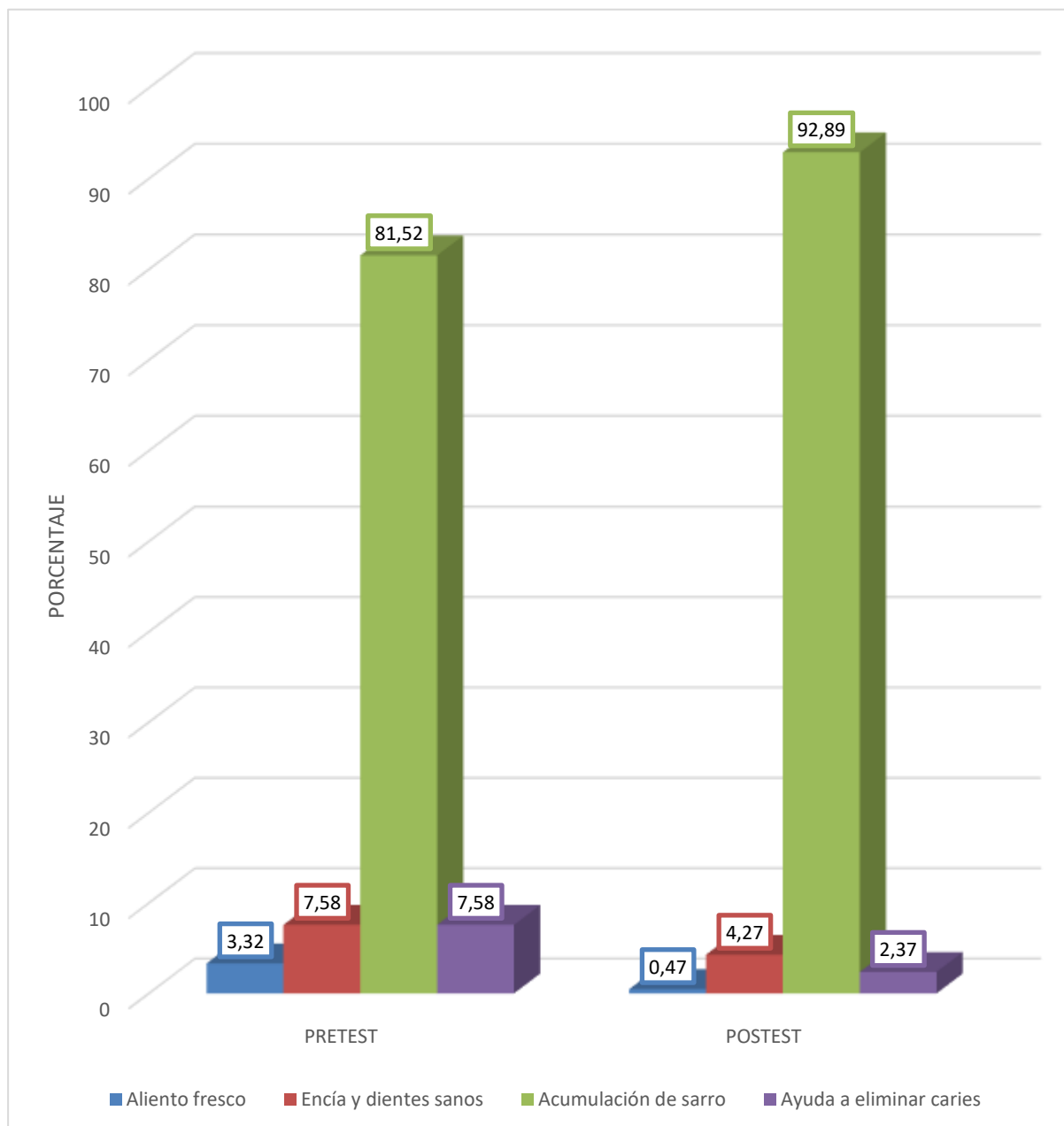
$$X^2: 12.22 > VC: 3.84$$

En lo que concierne a las consecuencias de una mala técnica de cepillado dental, la mayoría de pacientes respondió correctamente tanto en el pretest y postest, al indicar la acumulación de sarro; seguida por la obtención de encía y dientes sanos, así como, la eliminación de caries dental con el mismo porcentaje en ambos casos; y finalmente la tenencia de aliento fresco.

Según la prueba  $X^2$  de Mc Nemar existe diferencia estadística significativa respecto a las consecuencias de una mala técnica de cepillado entre el pretest y postest con lo que se confirma la eficacia de la comunicación persuasiva en este propósito y, debido a la diferencia porcentual en favor del postest.

### GRÁFICO N° 9:

#### Consecuencias de una mala técnica de cepillado dental en el pretest y postest



**TABLA N° 10:**

**Frecuencia de corrección de los hábitos en salud oral en el pretest y postest**

HÁBITOS	PRETEST				POSTEST				SIGNIFICACIÓN
	Correcto		Incorrecto		Correcto		Incorrecto		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
1. Frecuencia del cepillado	3	1,42	208	95,58	193	91,47	18	8,53	$X^2: 343.90 > VC: 3.84$ $p < 0.05$
2. Momento para el cepillado	45	21,33	166	78,67	168	79,62	43	20,38	$X^2: 143.40 > VC: 3.84$ $p < 0.05$
3. Duración del cepillado	65	30,81	146	69,19	162	76,78	49	23,22	$X^2: 89.70 > VC: 3.84$ $p < 0.05$
4. Tiempo de recambio	21	9,95	190	90,05	123	58,29	88	41,71	$X^2: 109.68 > VC: 3.84$ $p < 0.05$
5. Frecuencia de colutorios	41	19,43	170	80,57	175	82,94	36	17,06	$X^2: 135.94 > VC: 3.84$ $p < 0.05$
6. Protección dentaria	192	91,00	19	9,00	196	92,89	15	7,11	$X^2: 0.52 < VC: 3.84$ $p > 0.05$
7. Momento para el uso del hilo dental	63	29,85	148	70,14	161	76,30	50	23,70	$X^2: 124.72 > VC: 3.84$ $p < 0.05$
8. Técnica de cepillado	77	36,44	134	63,51	169	80,09	42	19,91	$X^2: 82.50 > VC: 3.84$ $p < 0.05$
9. Consecuencias de una mala técnica de cepillado	172	81,52	39	18,48	196	92,89	15	7,11	$X^2: 12.22 > VC: 3.84$ $p < 0.05$
<b>Promedio porcentual</b>		<b>35,76</b>		<b>63,91</b>		<b>81,25</b>		<b>18,67</b>	

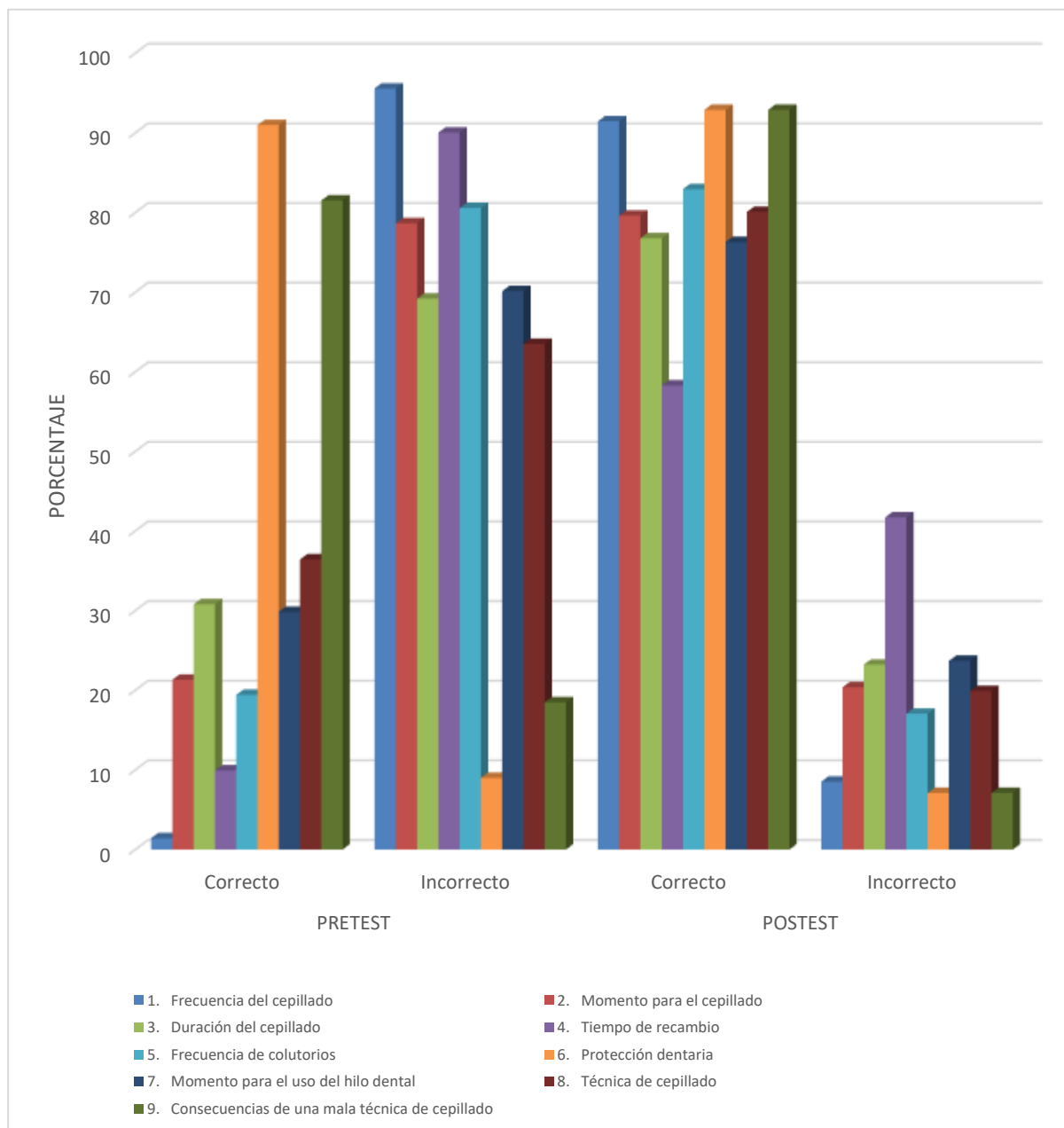
En el pretest predominó la práctica de hábitos incorrectos con un porcentaje global promedio del 63,91%, siendo la ejecución del cepillado dental en una frecuencia inadecuada y el recambio del cepillo a destiempo, los malos hábitos más frecuentes en esta etapa.

En postest predominaron los hábitos correctos asumidos globalmente en un 81,25%, siendo más frecuentes los hábitos referidos a protección dentaria y consecuencias de una mala técnica de cepillado, lo que sugiere una evidente eficacia del método de la comunicación persuasiva en la mejora sistemática de los hábitos de salud oral.

Asimismo, la prueba  $X^2$  de Mc Nemar indicó diferencia estadística significativa de los hábitos de salud oral expuestos en la presente tabla entre el pretest y el postest, excepto en la protección dentaria de la pasta fluorada en que la actitud al respecto fue similar en ambas etapas.

**GRÁFICO N° 10:**

**Frecuencia de corrección de los hábitos en salud oral en el pretest y postest**



## DISCUSIÓN

Según el contraste  $X^2$  de Mc Nemar, existe diferencia estadística significativa en la mayoría de los hábitos de salud oral entre el pre y postest, en razón a que antes de la comunicación persuasiva predominaron los hábitos **incorrectos** en lo referente a frecuencia, momento y duración del cepillado, así como en el tiempo recambio del cepillo, frecuencia de los colutorios bucales, momento para usar el hilo dental y técnica de cepillado con un promedio porcentual global del 63,91%; y, después de la comunicación persuasiva predominaron los hábitos **correctos** respecto a dichos aspectos con el 81,25%, sugiriendo con ello la alta eficacia del método de comunicación persuasiva en la mejora de los hábitos de salud oral con una significancia de  $p < 0.05$ .

Sarnat, et al (45) a propósito del efecto de la comunicación verbal en el éxito del tratamiento periodontal, evaluó la eficacia de tres enfoques lingüísticos permisivo, empático y personal. Las pruebas de correlación mostraron que el enfoque empático fue el que más significativamente se relacionó con el éxito del tratamiento. A semejanza del presente hallazgo, la comunicación persuasiva utilizada en la tesis fue altamente eficaz en la modificación de hábitos en salud oral, a juzgar por la diferencia estadística detectada entre el pre y el postest.

Rajeh (46) en su investigación respecto a la eficacia de la teoría del comportamiento planificado (TPB) en la mejora de las intenciones de cambio del comportamiento en salud bucal, encontró que la actitud fue el predictor más fuerte en la mejora mencionada, lo que podría guardar similitud con el presente estudio al advertir cambios positivos en la adopción de hábitos de higiene oral.

Núñez, et al (47) respecto a la evaluación de las actitudes de los padres frente a la primera consulta odontológica como premisa fundamental para internalizar adecuados hábitos de salud oral, detectó que con el empleo de la comunicación persuasiva, el grupo experimental no exhibió un cambio de actitud diferenciada, lo que contrasta en gran medida con lo obtenido en la tesis en relación a la demostrada eficacia de dicho método en la modificación de hábitos en salud oral.

Por su parte Cuayla (47), a propósito de probar la eficacia del Programa de Salud Bucal en la prevención de enfermedades bucodentales, obtuvo una alta diferencia significativa en el nivel

de conocimiento sobre prevención entre el pretest y el postest, hallazgo que guarda conformidad con lo registrado en la presente investigación en el sentido, que se confirmó la diferencia entre el antes y el después de la aplicación del método de comunicación persuasiva en la mejora de los hábitos en salud oral.

Cueva & Flores (48) determinó que la aplicación de un Programa Preventivo fue altamente eficaz aumentando el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en estudiantes de secundaria. Al respecto, los resultados de la tesis son muy coincidentes con lo expresado en este antecedente, dado que, la comunicación persuasiva aplicada en el presente estudio fue altamente eficaz en la modificación positiva de los hábitos de salud oral.

Benavides (50) luego de probar la eficacia clínicamente relevante en el nivel de higiene oral, por lo que la significancia fue altamente significativa ( $p < 0.05$ ), hallazgo muy concordante con lo obtenido en el presente estudio en lo que se refiere a la mejora de los hábitos de higiene oral subsecuentes a la aplicación del método de comunicación persuasiva.

Miranda (50) al evaluar investigativamente la repercusión de un programa educativo promocional obtuvo una mejora significativa en el nivel de higiene oral, hallazgo que podría considerarse coincidente que lo registrado en esta tesis como resultado fundamental, cual es la mejora relevante de los hábitos de higiene oral luego de la aplicación de la comunicación persuasiva como procedimiento motivacional especialmente importante dentro de la fase inicial del tratamiento periodontal.

## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

Respecto a los hábitos de salud oral en el PRETEST (antes de aplicar el método de comunicación persuasiva), la mayoría de pacientes con tratamiento periodontal de la Clínica Romadent mostraron hábitos incorrectos en lo que respecta a la frecuencia del cepillado con el 98,58%, momento ideal para el cepillado con el 78,67%, duración del cepillado dentario con el 69,19%, tiempo de recambio del cepillo con el 90,05%, frecuencia de colutorios con el 80,57%, momento para usar el hilo dental con el 70,14%, y técnica de cepillado con el 63,51%, haciendo un promedio global porcentual del 78,24% de incorrección en los hábitos.

### SEGUNDA:

En lo concerniente a los hábitos de salud oral en el POSTEST (después de aplicado el método de comunicación persuasiva), la mayoría de los pacientes de dicha clínica, refirieron hábitos correctos respecto a frecuencia de cepillado con el 91,46%, momento del cepillado con el 79,62%, duración del cepillado con el 76,78%, tiempo de recambio, con el 58,29%, frecuencia de colutorios con el 82,93%, momento para el uso del hilo dental con el 76,30%; y técnica de cepillado con el 80,09%, haciendo un promedio global de corrección del 77,92% de corrección en los hábitos, equivalente a la eficacia real del método.

### TERCERA:

Según la prueba  $X^2$  de Mc Nemar existe diferencia estadística significativa en la mayoría de los hábitos de salud oral entre el pretest y el posttest, con lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna o de la investigación con un nivel de significación de  $p < 0.05$ .

## RECOMENDACIONES

1. Recomendar a los cirujanos dentistas de la Clínica Romadent realizar una evaluación minuciosa detectando la necesidad de tratamiento periodontal que puedan presentar los pacientes.
2. Se recomienda instalar programas de manejo de las necesidades de tratamiento periodontal en la Clínica Romadent; considerando que la enfermedad periodontal tiene una etiología multifactorial, siendo la mala higiene oral una de sus causas.
3. Se recomienda manejar la higiene oral de los pacientes antes de realizar algún tratamiento periodontal y sobre todo conociendo la necesidad de tratamiento periodontal, con el objeto de ser congruente con la indicación diagnóstica.
4. Se sugiere comparar investigativamente la eficacia del método de comunicación persuasiva con otras estrategias en la modificación positiva de hábitos de higiene oral, a efecto de establecer diferencias o similitudes en su propósito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perio-Expertise. La primera fase del plan de tratamiento periodontal y periimplantario es la fase etiológica, con el objetivo de controlar la infección. [Online].; 2022 [cited 2024 agosto 30. Available from: <https://www.perioexpertise.es/enfermedades-encias/tratamiento-fase-etiologica>.
2. Cárdenas Velastegui JD, Castro Freire DM, Dávila Alemán LF, Miranda Rosero O. Enfermedad periodontal y su relación con la diabetes. Rev. Finlay. 2023 setiembre; 13(3): p. 339-346.
3. Albandar J, BNrunelle J, Kingman A. Destructive Periodontal Disease in Adults 30 Years of Age and Older in the United States, 1988-1994. Journal of Periodontology. 1999 January; 70(1): p. 13-29.
4. Albandar J. Periodontal diseases in North America. Rev. Periodontol. 2002; 29(12): p. 31-69.
5. Lordelo M. El tabaco y su influencia en el periodonto. Avances en Periodoncia e Implantología Oral. 2005 abril; 17(1).
6. Johansson L, Oster B, Hamp S. Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. J Clin Periodontol. 1984 noviembre; 11(10).
7. Demetriou N, Tsami-Pandi A, Parashis A. Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. J Periodontol. 1995 febrero; 66(2): p. 145-9.
8. Perio-Expertise. Fase mantenimiento. [Online].; 2022 [cited 2024 agosto 31. Available from: <https://www.perioexpertise.es/enfermedades-encias/tratamiento-fase-mantenimiento>.

9. Aesinergy. Comunicación con tu paciente: claves para mejorarla. [Online].; 2023 [cited 2024 agosto 30. Available from: <https://aesinergy.es/claves-mejorar-la-comunicacion-con-tu-paciente/>.
10. Indeed. Qué tipo de preguntas cerradas o abiertas incluye una encuesta. [Online].; 2024. Available from: <https://mx.indeed.com/orientacion-profesional/desarrollo-profesional/preguntas-cerradas-abiertas-incluye-encuesta#:~:text=Las%20preguntas%20cerradas%20son%20aquellas,preguntas%20permiten%20obtener%20datos%20precisos.>
11. Burke B, Dunn C, Atkins D, Phelps J. The Emerging Evidence Base for Motivational Interviewing: A Meta-Analytic and Qualitative Inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2004; 18(4).
12. Hettema J, Steele J, Miller W. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005; 1: p. 91-111.
13. Miller W, Rollnick S. *Motivational Interview. Helping People Change*. Primera ed. New York: The Guilford Press; 2013.
14. Ruiz Dodobara F. *Influencia de la autoeficacia en el ámbito académico. Tesis para la obtención del Título Profesional*. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2019.
15. Miller R, Rollnick S. *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Primera ed. Barcelona: Paidós; 1999.
16. Bandura A. *Self-efficacy in Changing Societies*. Primera ed. New Yor: Cambridge University Press; 2009.
17. Clinical Noguero. *La importancia de lavarse los dientes correctamente 3 veces al día*. [Online].; 2024. Available from: <https://www.clinicanoguero.com/blog/importancia-cepillarse-dientes/>.

18. Sanjuán Suárez P, et al. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*. 2000; 12(2): p. 509-513.
19. Weinstein C, Tomlinson S, Curran M. Toward a Conception of Culturally Responsive Classroom Management. *Journal of Teacher Education*. 2004 enero; 55(1): p. 25-39.
20. Almomani F, Williams K, Catley D, Brown C. Effects of an oral health promotion program in people with mental illness. *J Dent Res*. 2009 julio; 88(7): p. 948-52.
21. Jönsson B, Ohrn K, Oscarson N, Lindberg P. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *J Clin Periodontol*. 2009 diciembre; 36(12): p. 1025-34.
22. Godard A, Dufour T, Jeanne S. Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol*. 2011 diciembre; 38(12): p. 1099-105.
23. Allende Rojas P. Informe de acsos clínicos. Informe Profesional para optar el Título de Especialista en Periodoncia. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
24. Universidad Europea Online. ¿Qué es la comunicación persuasiva y cuáles son sus tipos? [Online].; 2024. Available from: <https://peru.universidadeuropea.com/blog/tipos-comunicacion-persuasiva/>.
25. Indeed. Comunicación persuasiva: variantes y técnicas. [Online].; 2024. Available from: <https://es.indeed.com/orientacion-laboral/desarrollo-profesional/comunicacion-persuasiva#:~:text=Existen%20cuatro%20tipos%20de%20comunicaci%C3%B3n,comunicaci%C3%B3n%20persuasiva%20interpersonal.>
26. Ramseier C, Suvan J. Health behavior change in the dental practice: Wiley-Blackwell; 2010.

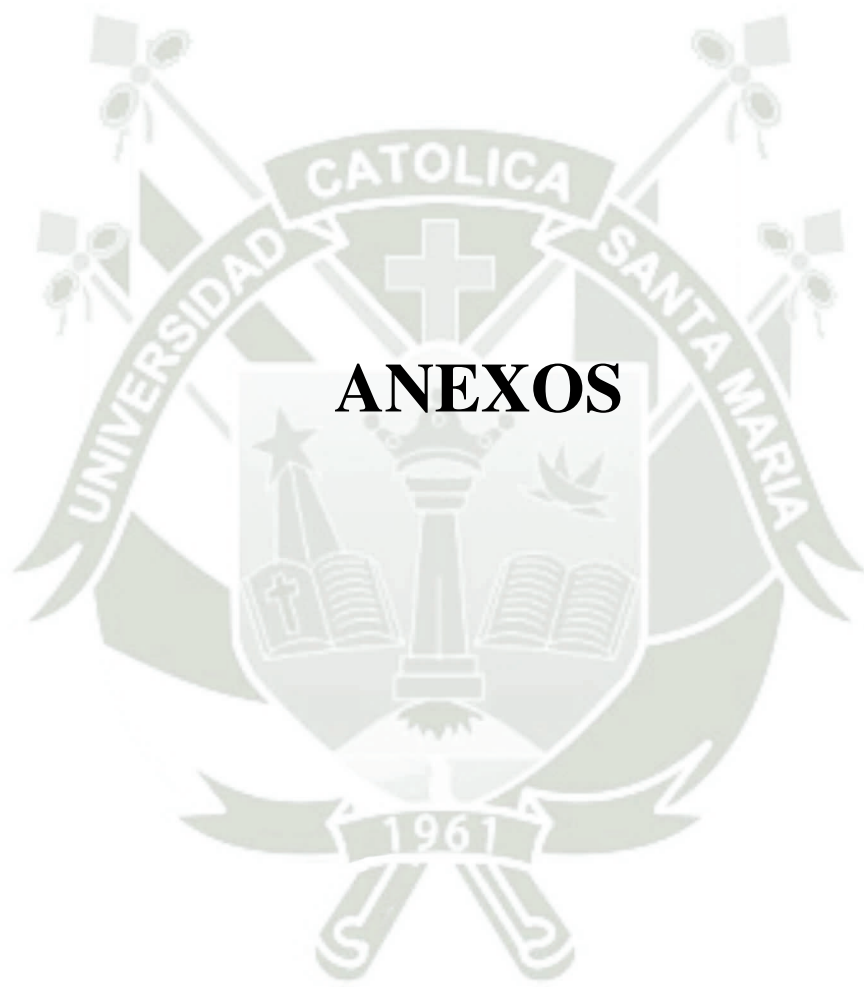
27. UNICEF. Desarrollo de materiales para el cambio de comportamiento en salud. Primera ed. Santo Domingo, República Dominicana: Elaborado con el apoyo técnico y financiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Representación de la República Dominicana; 2019.
28. Dirección Nacional de Ireción Nacional de CEN-CINAI. Manual de Educación en Salud Oral. [Online].; 2012 [cited 2024 agosto 29. Available from: <https://www.cen-cinai.go.cr/wp-content/uploads/2023/03/Manual-de-educacion-en-Salud-Oral.pdf>.
29. Fombellida F, Enrile De Rojas F, Goikoetxea M, Santos A. Estrategias para optimizar la enseñanza de la higiene bucal y la motivación en la consulta dental. Rev oficial de la Sociedad Española de Periodoncia. 2006; 16(2): p. 85-92.
30. Suárez Y. La comunicación y las relaciones públicas. Primera ed. España; 2006.
31. Institución Universitaria Colegios de Colombia - UNICOC. Guía de práctica clínica en salud oral. Higiene oral. [Online].; 2010 [cited 2024 agosto 30. Available from: <https://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Higiene%20Oral.pdf>.
32. Moreno Castañeda M, Bravo Licuort M. Psicología de actuación en la adolescencia y su influencia en el desarrollo psíquico. En: Moreno Castañeda MI. Psicología del desarrollo. Recife pen Ambuco Brasil. Rev Bras Ciencia Saúde. 2002; 3(2): p. 217-24.
33. Fernández L, González R, Nazco N, López A. Salud bucal comunitaria [monografía en CD-ROM]. Primera ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
34. Almeida C, Petersen P, Andre S, Tosiano A. Changes in oral health status of 6-12 years old school children in Portugal Community. Dent Health Journal. 2003; 20(4): p. 216-26.
35. Hugoson A, Lundugren D, Asklow B. Effect of three different dental health preventive programmers on Young adult individuals: a randomized, blinded, parallel

- group. Controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. J. Clin Periodontol. 2007; 34: p. 407-415.
36. Clínica Universidad de los Andes. La importancia de una buena salud bucal en niños. [Online].; 2023 [cited 2024 setiembre 1. Available from: <https://www.clinicauandes.cl/noticia/la-importancia-de-una-buena-salud-bucal-en-ninos>.
  37. Morata Alba JMAL. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? Rev Pediatr Aten Primaria. 2019 octubre-diciembre; 21(84).
  38. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial. La higiene oral. [Online].; 2023 [cited 2024 julio 12. Available from: <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/la-higiene-oral>.
  39. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Niños y Niñas Preescolares. [Online].; 2007 [cited 2024 mayo 12. Available from: <https://educra.cl/wp-content/uploads/2016/09/DOC2-Programa-de-promocion-y-prevencion-en-salud-bucal-para-ninos-y-ninas-preescolares.pdf>.
  40. Universidad San Sebastián. Higiene bucal, elementos y uso. [Online].; 2020 [cited 2024 mayo 12. Available from: <https://resources.uss.cl/upload/2021/09/61378b2f3e767-61378b2f3eb6dHigiene-bucal-elementos-y-uso.pdf.pdf>.
  41. MAPFRE. Técnicas de cepillado dental. [Online].; 2024. Available from: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/cuidados-dentales/uso-del-cepillo-dental/>.
  42. Carranza F. Periodontología clínica de Glickman. 10th ed. México: Interamericana; 2016.
  43. Lindhe J. Periodontología clínica e implantología odontológica. cuarta ed. España: Panamericana; 2017.

44. Centro para la Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Kansa. Sección 2. PRECEDER / PROCEDER. [Online].; 2023 [cited 2024 julio 12. Available from: <https://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/vision-general/modelos-de-desarrollo-para-la-salud-en-la-comunidad/PRECEDER-PROCEDER/principal#:~:text=El%20m%C3%A9todo%20PRECEDER%20PROCEDER%20se,acerca%20de%20otros%20asuntos%20comunitarios.>
45. Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *Pediatr Dent*. 2019 agosto; 23(4): p. 337-42.
46. Rajeh M. Modeling the theory of planned behavior to predict adults' intentions to improve oral health behaviors. *BMC Public Health*. 2022 julio; 22(1): p. 1391.
47. Núñez Soto IV, Parés Vidrio G, López Pérez R. Evaluación de las actitudes de los padres de familia hacia la primera consulta odontológica de sus hijos. *Rev. Odont. Mex*. 2018 marzo; 10(1).
48. Cuayla Ventura MD. Programa de Salud Bucal “Sonríe Feliz” para Prevenir Enfermedades Bucodentales en Niños de la I.E. “José Carlos Mariátegui”, Torata 2018. Tesis para optar por el Título Profesional. Torata : Universidad César Vallejo; 2018.
49. Cueva Vásquez JP, Flores Pacheco IV. Efecto de un programa preventivo sobre Higiene Oral, Sangrado Gingival y Conocimiento en salud bucal en una Institución Educativa, Loreto – 2018. Informe final de Tesis requisito para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Loreto : Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2018.
50. Benavides Febres EV. Efecto de un programa educativo sobre higiene oral en gingivitis de niños portadores de asma bronquial del Hospital III Yanahuara EsSalud, Arequipa. 2018. Tesis para optar por el Título Profesional. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2017.

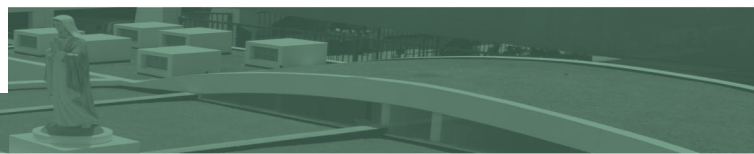
51. Miranda Corrales ME. Eficacia del Programa Educativo Promocional de Salud Bucal “Sonriendo” en el Índice de Higiene Oral Simplificado en Niños y Adolescentes entre las Edades de 7 a 11 y 12 a 17 Años de la Aldea Sagrada Familia del Distrito de Alto Cayma– Arequipa 2014. Tesis para optar por el Título Profesional. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2014.







**ANEXO N° 1:**  
**MODELO DEL INSTRUMENTO**



## FORMULARIO DE PREGUNTAS

### PRETEST

Formulario N° .....

**Enunciado:** EFECTO DEL MÉTODO DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA DE LA FASE INICIAL EN LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE SALUD ORAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LA CLÍNICA ROMADENT. AREQUIPA-PERÚ, 2022

Edad: ..... Género (M) (F)

**1. ¿Cuántas veces al día debe cepillarse los dientes?**

- a) Una vez
- b) Dos veces
- c) Después de cada comida
- d) Sólo al levantarse

**2. ¿Cuándo es el momento más importante para cepillarse los dientes?**

- a) Antes del desayuno
- b) Después del desayuno
- c) Antes de acostarme
- d) Después de todas las comidas

**3. ¿Cuánto es el tiempo aproximado que debe durar el cepillado de dientes?**

- a) 1 minuto
- b) 2 minutos
- c) 3 minutos
- d) 5 minutos

**4. ¿Cada cuánto tiempo debo cambiar el cepillo dental?**

- a) Cada mes
- b) Cada dos a tres meses
- c) Cada seis meses
- d) Cuando las cerdas del cepillo estén deterioradas

- 5. ¿Cuántas veces crees que debes usar enjuagues bucales?**
- a) Una vez al día
  - b) Dos veces al día
  - c) Cuando el doctor lo prescriba
  - d) Sólo cuando comí mucho
- 6. ¿La pasta dental con flúor es importante para proteger el diente?**
- a) Si
  - b) No
- 7. ¿Cuándo es el momento ideal que se debe usar el hilo dental?**
- a) Una vez al día
  - b) Después de cada comida
  - c) Sólo cuando tengo alimentos entre diente y diente
  - d) Después del cepillado
- 8. ¿Cuál es la forma ideal de cepillado dental?**
- a) Horizontal
  - b) De arriba para abajo
  - c) De izquierda a derecha
  - d) Circular
- 9. ¿Qué consecuencias causa una mala técnica de cepillado dental?**
- a) Buen aliento fresco
  - b) Encías y dientes en buen estado
  - c) Acumulación de sarro
  - d) Ayuda a eliminar las caries

## FORMULARIO DE PREGUNTAS

### POSTEST

Formulario N° .....

**Enunciado:** EFECTO DEL MÉTODO DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA DE LA FASE INICIAL EN LA MODIFICACIÓN DE HáBITOS DE SALUD ORAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LA CLÍNICA ROMADENT. AREQUIPA-PERÚ, 2022

Edad: ..... Género (M) (F)

**1. ¿Cuántas veces al día debe cepillarse los dientes?**

- a) Una vez
- b) Dos veces
- c) Después de cada comida
- d) Sólo al levantarse

**2. ¿Cuándo es el momento más importante para cepillarse los dientes?**

- a) Antes del desayuno
- b) Después del desayuno
- c) Antes de acostarme
- d) Después de todas las comidas

**3. ¿Cuánto es el tiempo aproximado que debe durar el cepillado de dientes?**

- a) 1 minuto
- b) 2 minutos
- c) 3 minutos
- d) 5 minutos

**4. ¿Cada cuánto tiempo debo cambiar el cepillo dental?**

- a) Cada mes
- b) Cada dos a tres meses
- c) Cada seis meses
- d) Cuando las cerdas del cepillo estén deterioradas

- 5. ¿Cuántas veces crees que debes usar enjuagues bucales?**
- a) Una vez al día
  - b) Dos veces al día
  - c) Cuando el doctor lo prescriba
  - d) Sólo cuando comí mucho
- 6. ¿La pasta dental con flúor es importante para proteger el diente?**
- a) Si
  - b) No
- 7. ¿Cuándo es el momento ideal que se debe usar el hilo dental?**
- a) Una vez al día
  - b) Después de cada comida
  - c) Sólo cuando tengo alimentos entre diente y diente
  - d) Después del cepillado
- 8. ¿Cuál es la forma ideal de cepillado dental?**
- a) Horizontal
  - b) De arriba para abajo
  - c) De izquierda a derecha
  - d) Circular
- 9. ¿Qué consecuencias causa una mala técnica de cepillado dental?**
- a) Buen aliento fresco
  - b) Encías y dientes en buen estado
  - c) Acumulación de sarro
  - d) Ayuda a eliminar las caries



**ANEXO N° 2:  
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN**

## MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

**ENUNCIADO:** EFECTO DEL MÉTODO DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA DE LA FASE INICIAL EN LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE SALUD ORAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LA CLÍNICA ROMADENT. AREQUIPA-PERÚ, 2022

UE	EDAD	GÉNERO	HÁBITOS DE SALUD ORAL																		
			PRETEST									POSTEST									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	42	M	d	a	a	a	a	a	si	a	a	a	a	a	a	si	a	a	a		
2.	58	F	d	a	a	a	a	a	si	a	a	a	b	a	a	a	si	a	a	b	
3.	70	M	d	a	a	a	a	a	si	a	a	a	b	a	a	a	si	a	a	b	
4.	69	M	d	a	a	a	a	a	si	a	a	a	b	b	a	a	si	a	a	b	
5.	67	F	d	a	a	a	a	a	si	a	a	a	b	b	a	b	a	si	a	a	b
6.	45	M	d	a	a	a	a	a	si	a	a	a	b	b	a	b	a	si	a	a	b
7.	63	M	d	a	a	a	a	a	si	a	a	a	b	b	a	b	a	si	a	a	b
8.	69	F	d	a	a	a	a	a	si	a	a	b	b	b	b	b	a	si	b	a	b
9.	45	M	d	a	a	a	a	a	si	a	a	b	b	b	b	b	a	si	b	a	b
10.	47	M	d	a	a	a	a	a	si	a	a	b	b	b	b	b	a	si	b	a	b
11.	51	F	d	a	a	a	a	a	si	a	a	b	b	b	b	b	a	si	b	a	c
12.	58	M	d	a	a	a	a	a	si	a	a	b	b	b	b	b	a	si	b	a	c
13.	56	F	d	a	a	a	a	a	si	a	b	b	b	b	b	b	b	si	b	a	c
14.	48	M	d	a	a	a	a	a	si	a	b	b	b	b	b	b	b	si	b	a	c
15.	49	F	d	a	a	a	a	a	si	b	b	b	b	b	b	b	b	si	b	a	c
16.	57	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	b	b	b	b	b	b	si	b	a	c
17.	49	F	c	a	a	a	a	a	si	b	b	b	c	b	b	b	b	si	b	a	c
18.	46	M	c	a	a	a	a	a	si	b	b	b	c	b	b	b	b	si	b	a	c
19.	43	F	c	a	a	a	a	a	si	b	b	b	c	b	b	b	b	si	b	a	c
20.	47	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	b	c	b	b	b	b	si	b	a	c
21.	45	F	d	a	a	a	a	a	si	b	b	b	c	b	b	b	b	si	b	a	c
22.	68	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	b	e	b	b	b	b	si	b	a	c
23.	62	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	b	c	b	b	b	b	si	b	a	c
24.	63	F	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	b	b	b	b	si	b	a	c
25.	60	F	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	b	b	b	b	si	b	a	c
26.	70	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	b	si	b	a	c
27.	40	F	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	b	si	b	a	c
28.	42	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	b	si	b	a	c
29.	58	F	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	b	a	c
30.	70	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	b	a	c
31.	69	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	b	a	c
32.	67	F	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	b	a	c
33.	45	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	b	a	c
34.	63	F	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	b	b	c
35.	69	M	d	a	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	b	b	c
36.	45	F	d	b	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	b	b	c
37.	47	M	d	b	a	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	c	c	c

UE	EDAD	GÉNERO	HÁBITOS DE SALUD ORAL																	
			PRETEST									POSTEST								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38.	51	F	d	b	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	c	c	c
39.	58	M	d	b	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	c	c	c
40.	56	F	d	b	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	c	c	c
41.	48	M	d	b	a	a	a	si	b	b	c	c	c	b	b	c	si	c	c	c
42.	49	F	d	b	a	a	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	c	c
43.	57	M	d	b	a	a	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	d	c
44.	49	M	d	b	a	a	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	d	c
45.	46	F	d	b	b	a	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	d	c
46.	43	M	d	b	b	a	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	d	c
47.	47	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	d	c
48.	45	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	d	c
49.	68	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	d	c
50.	62	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	c	d	c
51.	63	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	d	d	c
52.	60	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	d	d	c
53.	70	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	d	d	c
54.	40	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	d	d	c
55.	42	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	b	c	si	d	d	c
56.	58	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
57.	70	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
58.	69	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
59.	67	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
60.	45	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
61.	63	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
62.	69	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
63.	45	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
64.	47	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
65.	51	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
66.	58	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
67.	56	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
68.	48	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
69.	49	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
70.	57	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
71.	49	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
72.	46	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
73.	43	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
74.	47	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
75.	45	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
76.	68	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
77.	62	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
78.	63	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
79.	60	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
80.	70	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
81.	40	M	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c
82.	42	F	d	c	b	b	a	si	b	b	c	c	c	c	c	c	si	d	d	c

UE	EDAD	GÉNERO	HÁBITOS DE SALUD ORAL																	
			PRETEST									POSTEST								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
83.	58	M	d	c	b	b	a	si	c	b	c	c	c	c	c	si	d	d	c	
84.	70	M	d	c	b	b	a	si	c	b	c	c	c	c	c	si	d	d	c	
85.	69	F	d	c	b	b	a	si	c	b	c	c	c	c	c	si	d	d	c	
86.	67	M	d	c	b	b	a	si	c	b	c	c	c	c	c	si	d	d	c	
87.	45	M	d	c	b	b	a	si	c	b	c	c	c	c	c	si	d	d	c	
88.	63	F	d	c	b	b	a	si	c	b	c	c	c	c	c	si	d	d	c	
89.	69	M	d	c	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
90.	45	M	d	c	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
91.	47	F	d	c	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
92.	51	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
93.	58	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
94.	56	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
95.	48	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
96.	49	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
97.	57	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
98.	49	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
99.	46	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
100.	43	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
101.	47	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
102.	45	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
103.	68	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
104.	62	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
105.	63	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
106.	60	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
107.	70	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
108.	40	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
109.	42	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
110.	58	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
111.	70	M	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
112.	69	F	d	d	b	b	b	si	c	b	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
113.	67	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
114.	45	F	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
115.	63	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
116.	69	F	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
117.	45	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
118.	47	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
119.	51	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
120.	58	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
121.	56	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
122.	48	F	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
123.	49	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
124.	57	F	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
125.	49	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
126.	46	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c
127.	43	F	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	e	si	d	d	c

UE	EDAD	GÉNERO	HÁBITOS DE SALUD ORAL																	
			PRETEST									POSTEST								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
128.	47	F	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
129.	45	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
130.	68	F	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
131.	62	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
132.	63	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
133.	60	M	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
134.	70	F	d	d	c	b	b	si	c	c	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
135.	40	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
136.	42	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
137.	58	F	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
138.	70	F	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
139.	69	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
140.	67	F	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
141.	45	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
142.	63	F	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
143.	69	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
144.	45	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
145.	47	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
146.	51	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
147.	58	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
148.	56	M	d	d	c	b	b	si	c	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
149.	48	M	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
150.	49	F	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
151.	57	M	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
152.	49	M	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
153.	46	M	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
154.	43	F	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
155.	47	M	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
156.	45	M	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
157.	68	M	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
158.	62	F	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
159.	63	M	d	d	c	b	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
160.	60	F	d	d	c	c	b	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
161.	70	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
162.	40	F	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
163.	42	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
164.	58	F	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
165.	70	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
166.	69	F	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
167.	67	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
168.	45	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
169.	63	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
170.	69	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
171.	45	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
172.	47	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c

UE	EDAD	GÉNERO	HÁBITOS DE SALUD ORAL																	
			PRETEST									POSTEST								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9
173.	51	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
174.	58	F	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
175.	56	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
176.	48	F	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
177.	49	M	d	d	c	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
178.	57	F	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
179.	49	M	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
180.	46	F	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
181.	43	M	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
182.	47	F	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
183.	45	M	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
184.	68	F	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
185.	62	M	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
186.	63	F	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
187.	60	M	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
188.	70	F	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
189.	40	M	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
190.	42	F	d	d	d	c	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
191.	58	M	d	d	d	d	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
192.	70	F	d	d	d	d	c	si	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
193.	69	M	d	d	d	d	c	no	d	d	c	c	c	c	d	c	si	d	d	c
194.	67	F	d	d	d	d	c	no	d	d	c	c	d	c	d	c	si	d	d	c
195.	45	F	d	d	d	d	c	no	d	d	c	c	d	c	d	c	si	d	d	c
196.	63	M	d	d	d	d	c	no	d	d	d	c	d	c	d	c	si	d	d	c
197.	69	F	d	d	d	d	c	no	d	d	d	e	d	c	d	c	si	d	d	c
198.	45	M	d	d	d	d	c	no	d	d	c	d	c	d	c	no	d	d	c	
199.	47	F	d	d	d	d	c	no	d	d	d	e	d	c	d	c	no	d	d	c
200.	51	M	d	d	d	d	c	no	d	d	d	c	d	c	d	c	no	d	d	c
201.	58	F	d	d	d	d	c	no	d	d	d	c	d	c	d	c	no	d	d	c
202.	56	M	d	d	d	d	d	no	d	d	d	c	d	c	d	c	no	d	d	c
203.	48	M	d	d	d	d	d	no	d	d	d	c	d	c	d	c	no	d	d	c
204.	49	F	d	d	d	d	d	no	d	d	d	c	d	d	d	c	no	d	d	c
205.	57	M	d	d	d	d	d	no	d	d	d	c	d	d	d	c	no	d	d	c
206.	49	M	d	d	d	d	d	no	d	d	d	c	d	d	d	c	no	d	d	c
207.	46	M	d	d	d	d	d	no	d	d	d	c	d	d	d	c	no	d	d	d
208.	43	F	d	d	d	d	d	no	d	d	d	c	d	d	d	c	no	d	d	d
209.	47	M	d	d	d	d	d	no	d	d	d	c	d	d	d	c	no	d	d	d
210.	45	F	d	d	d	d	d	no	d	d	d	d	d	d	d	c	no	d	d	d
211.	68	M	d	d	d	d	d	no	d	d	d	d	d	d	d	c	no	d	d	d

**LEYENDA:**

1. Frecuencia de cepillado
2. Momento para cepillarse
3. Duración del cepillado

4. Tiempo de recambio del cepillo
5. Frecuencia de colutorios
6. Protección de la pasta fluorada

7. Momento de uso del hilo dental
8. Forma de cepillado (técnica)
9. Consecuencia del mal cepillado



**ANEXO N° 3:**  
**MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El(la) que suscribe hace constar que da su consentimiento expreso para participar como unidad de estudio en la investigación que presenta el Sr. **Bermejo Galdos Crane Romanenko**, la tesis titulada **EFFECTO DEL MÉTODO DE COMUNICACIÓN PERSUASIVA DE LA FASE INICIAL EN LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE SALUD ORAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO PERIODONTAL DE LA CLÍNICA ROMADENT. AREQUIPA-PERÚ, 2022**, con fines de optar el Título Profesional de **Segunda Especialidad en Periodoncia e Implantología**.

Declaro que, como unidad de estudio he sido informado exhaustiva y objetivamente sobre la naturaleza, los objetivos, los alcances, fines y resultados de dicho estudio.

Asimismo, he sido informado convenientemente sobre los derechos que como unidad de estudio asisten en lo que respecta a los principios de beneficencia, libre determinación, privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento, firmamos:

Arequipa, .....

---

**Investigador**

---

**Investigado**

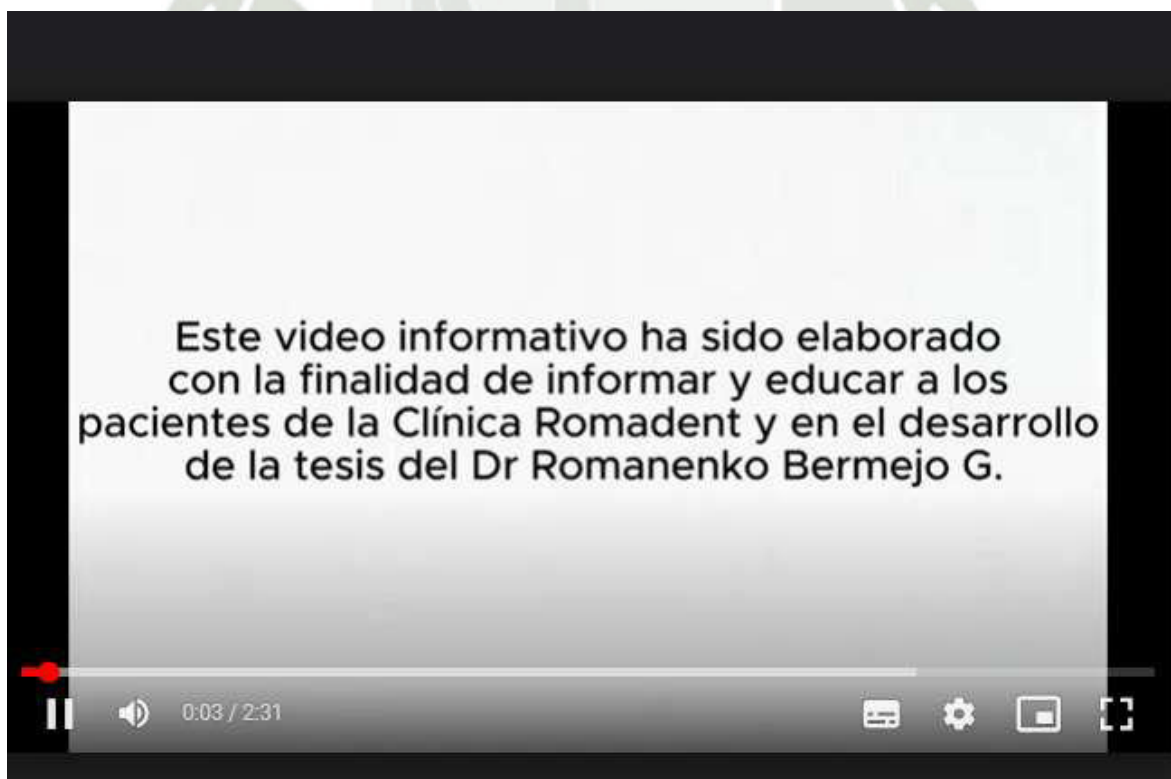


**ANEXO N° 4:**  
**EVIDENCIA FOTOGRÁFICA**

## EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



**Link de video educativo:** [https://drive.google.com/file/d/1gkK1gWFmGi3-A-a7pwCs8-p9w7Y\\_fVyW/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1gkK1gWFmGi3-A-a7pwCs8-p9w7Y_fVyW/view?usp=drive_link)







**ANEXO N° 5:**  
**DICTAMEN DE COMITÉ DE ÉTICA**

## COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 15 de octubre de 2024

Investigador Bermejo Galdos, Crane Romanenko

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

**TÍTULO:** “Efecto del método de comunicación persuasiva de la fase inicial en la modificación de hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal de la Clínica Romadent”.

Investigador: Bermejo Galdos, Crane Romanenko.

**TIPO Y DISEÑO:** Cuantitativo, comunicacional, prospectivo, longitudinal, descriptivo, cuasi experimental, explicativo.

**OBJETIVO:** La investigación tiene como objetivo: Identificar los hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal en el pretest (antes de la comunicación persuasiva).

**PROCEDIMIENTOS:** Cuestionario.



## COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

**SUJETOS DE ESTUDIO:**

Pacientes adultos con tratamiento periodontal.

**RIESGO DEL ESTUDIO:**

Mínimo.

**OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:**

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

**DICTAMEN:**

***DICTAMEN FAVORABLE***  
***247 - 2024***



Agueda Muñoz Del Carpio Toia  
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: [comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com](mailto:comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com)



**ANEXO N° 6:**  
**CÁLCULOS ESTADÍSTICOS**

## CÁLCULO X<sup>2</sup> DE MC NEMAR

**TABLA N° 1: FRECUENCIA DE CEPILLADO**

FC	PRE	POST	TOTAL	COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C	3	193	196	C-PRE	3	98	95	9.025	92.09
I	208	18	26	C-POST	193	98	95	9.025	92.09
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>	C-PRE	208	113	95	9.025	79.86
				C-POST	18	113	95	9.025	79.86
				<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 343.90</b>

**TABLA N° 2: MOMENTO PARA EL CEPILLADO**

MC	PRE	POST	TOTAL	COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C	45	168	213	C-PRE	45	106.5	61.5	3782.25	35.51
I	166	43	209	C-POST	168	106.5	61.5	3782.25	35.51
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>	I-PRE	166	104.5	61.5	3782.25	36.19
				I-POST	43	104.5	61.5	3782.25	36.19
				<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 143.40</b>

**TABLA N° 3: DURACIÓN DEL CEPILLADO**

DC	PRE	POST	TOTAL
C	65	162	227
I	146	49	195
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>

COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C-PRE	65	113.5	48.5	2352.25	20.72
C-POST	162	113.5	48.5	2352.25	20.72
I-PRE	146	97.5	48.5	2352.25	24.13
I-POST	49	97.5	48.5	2352.25	24.13
<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 89.70</b>

**TABLA N° 4: TIEMPO DE RECAMBIO**

TR	PRE	POST	TOTAL
C	21	123	144
I	190	88	278
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>

COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C-PRE	21	72	51	2601	36.13
C-POST	123	72	51	2601	36.13
I-PRE	190	139	51	2601	18.71
I-POST	88	139	51	2601	18.71
<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 109.68</b>

**TABLA N° 5: FRECUENCIA DE COLUTORIOS**

FC	PRE	POST	TOTAL
C	41	175	216
I	170	36	206
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>

COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C-PRE	41	108	67	4489	41.56
C-POST	175	108	67	4489	41.56
I-PRE	170	103	67	4489	26.41
I-POST	36	103	67	4489	26.41
<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 135.94</b>

**TABLA N° 6: PROTECCIÓN DENTARIA CON LA PASTA FLUORADA**

PD	PRE	POST	TOTAL	COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C	192	196	388	C-PRE	192	194	2	4	0.02
I	19	15	34	C-POST	196	194	2	4	0.02
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>	I-PRE	19	17	2	4	0.24
				I-POST	15	17	2	4	0.24
				<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 0.52</b>

**TABLA N° 7: MOMENTO PARA EL USO DEL HILO DENTAL**

MUHD	PRE	POST	TOTAL	COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C	63	161	224	C-PRE	63	112	49	2401	38.11
I	148	50	198	C-POST	161	112	49	2401	38.11
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>	I-PRE	148	99	49	2401	24.25
				I-POST	50	99	49	2401	24.25
				<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 124.72</b>

**TABLA N° 8: FORMA IDEAL DEL CEPILLADO**

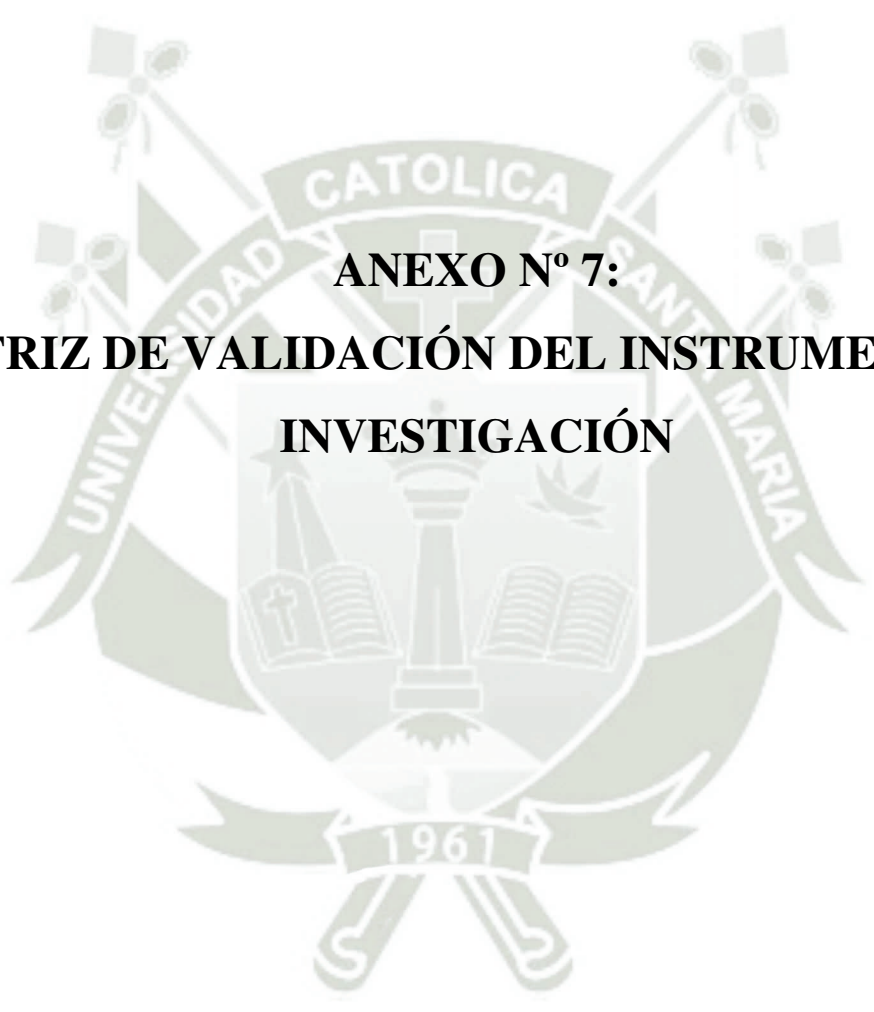
TC	PRE	POST	TOTAL	COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$X^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C	77	169	246	C-PRE	77	123	46	2116	17.20
I	134	42	176	C-POST	169	123	46	2116	17.20
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>	I-PRE	134	88	46	2116	24.05
				I-POST	42	88	46	2116	24.05
				<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 82.50</b>

**TABLA N° 9: CONSECUENCIAS DE UNA MALA TÉCNICA DE CEPILLADO DENTAL**

CMTCD	PRE	POST	TOTAL
C	172	196	368
I	39	15	54
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>211</b>	<b>422</b>

COMBINAC.	O	E	O-E	(O-E) <sup>2</sup>	$\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$
C-PRE	172	184	12	144	0.78
C-POST	196	184	12	144	0.78
I-PRE	39	27	12	144	5.33
I-POST	15	27	12	144	5.33
<b>TOTAL</b>	<b>422</b>				<b>X<sup>2</sup>: 12.22</b>





**ANEXO N° 7:**  
**MATRIZ DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE  
INVESTIGACIÓN**

## MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### 3. ENUNCIADO

Efecto del método de comunicación persuasiva de la fase inicial en la modificación de hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal de la Clínica Romadent. Arequipa-Perú, 2022

### 4. TESISTA

Bermejo Galdos, Crane Romanenko

### 3. FINALIDAD

Título Seg. Esp. Periodoncia e Implantología

### 4. INSTRUMENTO A VALIDAR: FORMULARIO DE PREGUNTAS

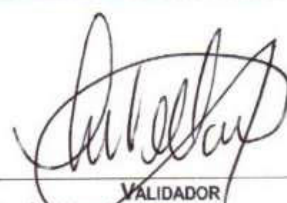
### 5. VALIDACIÓN POR CRITERIOS

CRITERIOS	GRADACION VALORATIVA				
	Deficiente	Insuficiente	Media	Alta	Satisfactoria
14. Consistencia interna					X
15. Consistencia externa				X	
16. Claridad				X	
17. Sensibilidad					X
18. Fiabilidad					X
19. Concreción – Objetividad				X	
20. Precisión				X	
21. Actualidad – Vigencia				X	
22. Pertinencia					X
23. Exhaustividad					X
24. Solvencia					X
25. Suficiencia				X	
26. Orden lógico				X	

### 6. CONCLUSIÓN VALIDATORIA

El formulario de recolección de datos tiene validez de alta a Satisfactoria

### 7. RECOMENDACIONES

  
VALIDADOR  
Dra. Mildred Villanueva Oporto  
CIRUJANO - DENTISTA  
C.O.P. 7546

## MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### 3. ENUNCIADO

Efecto del método de comunicación persuasiva de la fase inicial en la modificación de hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal de la Clínica Romadent. Arequipa-Perú, 2022

### 4. TESISISTA

Bermejo Galdos, Crane Romanenko

### 3. FINALIDAD

Título Seg. Esp. Periodoncia e Implantología

### 4. INSTRUMENTO A VALIDAR: FORMULARIO DE PREGUNTAS

### 5. VALIDACIÓN POR CRITERIOS

CRITERIOS	GRADACION VALORATIVA				
	Deficiente	Insuficiente	Media	Alta	Satisfactoria
14. Consistencia interna				X	
15. Consistencia externa				X	
16. Claridad				✓	
17. Sensibilidad					X
18. Fiabilidad					X
19. Concreción – Objetividad					X
20. Precisión				X	
21. Actualidad – Vigencia				X	
22. Pertinencia					X
23. Exhaustividad					X
24. Solvencia					X
25. Suficiencia				X	
26. Orden lógico				X	

### 6. CONCLUSIÓN VALIDATORIA

*El formulario de Validación tiene validez Alta.*

### 7. RECOMENDACIONES

*Serey Portilla*  
VALIDADOR  
*Serey Portilla*

## MATRIZ DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

1. ENUNCIADO

Efecto del método de comunicación persuasiva de la fase inicial en la modificación de hábitos de salud oral en pacientes con tratamiento periodontal de la Clínica Romadent, Arequipa-Perú, 2022

2. TESISTA

Bermejo Galdos, Crane Romanenko

3. FINALIDAD

Título Seg. Esp. Periodoncia e Implantología

4. INSTRUMENTO A VALIDAR: FORMULARIO DE PREGUNTAS

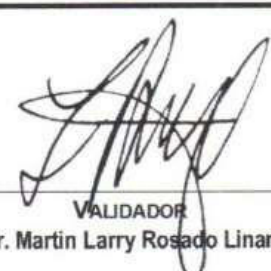
5. VALIDACIÓN POR CRITERIOS

CRITERIOS	GRADACION VALORATIVA				
	Deficiente	Insuficiente	Media	Alta	Satisfactoria
1. Consistencia interna				X	
2. Consistencia externa				X	
3. Claridad				X	
4. Sensibilidad					X
5. Fiabilidad					X
6. Concreción – Objetividad					X
7. Precisión				X	
8. Actualidad – Vigencia				X	
9. Pertinencia					X
10. Exhaustividad					X
11. Solvencia					X
12. Suficiencia				X	
13. Orden lógico				X	

6. CONCLUSIÓN VALIDATORIA

En conclusión, el formulario de recolección de datos tiene una validez de alta a satisfactoria.

7. RECOMENDACIONES



VALIDADOR  
Dr. Martin Larry Rosado Linares