



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA

Tesis

Relación entre conocimiento de oclusión y percepción de su importancia en la
práctica odontológica policial, Lima – 2026

Para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista

Presentado por:

Autora: Caruajulca Benavides, Deysi Lucero

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-1380-6267>

Asesora: Dra. Aguirre Morales, Anita Kori

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5597-5727>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 18/11/2023

Yo, Deysi lucero Caruajulca Benavides, egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académico Profesional de Odontología de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA – 2026”**, Asesorado por la docente Ds. Esp. Aguirre Morales, Anita Kori, con DNI: 09383550 y código ORCID 0000-0001-5597-5727, tiene un índice de similitud de 11 (ONCE) % con código ID: **oid: 14912:611016320** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



Firma del autor
 Nombres y apellidos del egresado
 Deysi lucero Caruajulca Benavides
 DNI N° 73941833



Firma
 Nombres y apellidos de la Asesora
 Ds. Esp. Aguirre Morales, Anita Kori
 DNI: 09383550

Lima, 21 de agosto del 2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01	FECHA: 18/11/2023
		REVISIÓN: 01	

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente **jutificado** en el siguiente recuadro.

El índice de similitud reportado por el sistema Turnitin no compromete la autenticidad ni la originalidad del presente trabajo de investigación, dado que corresponde, en su mayoría, a secciones estructurales y formales del documento, los objetivos, los índices, las tablas y figuras. Asimismo, parte del porcentaje se vincula con la presentación de resultados en tablas y gráficos, así como con apartados del marco teórico que, por naturaleza académica, contienen conceptos clave y terminología recurrente en la literatura científica.

De igual forma, en secciones como los objetivos, hipótesis y conclusiones, se identifican coincidencias textuales que responden a la reiteración de formulaciones esenciales para la coherencia interna del documento. En virtud de lo anterior, se aplicaron filtros y exclusiones específicos en el sistema Turnitin con el objetivo de obtener un análisis más preciso y ajustado al contenido sustantivo y original de la investigación, evitando sobreestimaciones derivadas de elementos comunes y técnicamente justificables.

Justifico que el excedente del 3% en fuentes primarias, que actualmente alcanza un 7% frente al máximo permitido de 4%, se deba a que los términos coincidentes corresponden al marco metodológico propio de una investigación, sustentando que la fuente identificada (7%) proviene de repositorio uwiener.edu.pe, en el cual los títulos, subtítulos y términos detectados forman parte de la estructura metodológica establecida por la universidad. Asimismo, los demás términos coincidentes corresponden a expresiones de uso común en la redacción de investigaciones académicas.

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Dr. Marroquin García, Lorenzo Enrique

Secretario: Mg. Iturria Reategui, Ingrid Rosa Isabel

Vocal: Mg. Falcon Seminario, Norma Patricia

Dedicatoria

A Dios, por guiar cada paso de mi vida y permitirme alcanzar esta meta profesional. A mis padres, por su amor, esfuerzo y apoyo incondicional, pilares fundamentales en mi formación y en el logro de este importante objetivo. A mi familia y docentes, por sus enseñanzas y constante motivación durante este camino.

Agradecimiento

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi asesora Ds. Esp. Anita Kori Aguirre Morales.

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general.....	3
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación de la investigación	4
1.4.1 Teórica	4
1.4.2 Metodológica	5
1.4.3 Práctica.....	5
1.5 Limitaciones de la investigación.....	6
1.5.1 Temporal	6
1.5.2 Espacial	6
1.5.3 Recursos	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	8
2.1.2 Antecedentes nacionales	12
2.2 Bases teóricas	14
2.2.1 Conocimientos sobre la oclusión	14
A. Definición	14
B. Plano oclusal	16
C. Tipos de oclusión	16

2.2.2 Percepción de las implicancias de la oclusión para la actividad profesional odontológica	17
1. Definición	17
2. Actividad odontológica	17
3. Importancia de la oclusión en la actividad profesional odontológica.....	19
4. Impacto de los problemas de oclusión con el habla.....	20
2.3 Formulación de hipótesis	20
2.3.1 Hipótesis general.....	20
2.3.2 Hipótesis específicas	21
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	23
3.1 Método de la investigación	23
3.2 Enfoque de la investigación	23
3.3 Tipo de investigación	23
3.4 Diseño de la investigación	24
3.5 Población, muestra y muestreo	24
3.5.1 Población.....	24
3.5.2 Muestra	25
3.5.3 Muestreo	26
3.6 Variables y operacionalización	28
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.7.1 Técnica.....	30
3.7.2 Instrumento	30
3.7.3 Descripción de instrumentos.....	31
3.7.4 Validación	32
3.7.5 Confiabilidad.....	33
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos	34
3.9 Aspectos éticos.....	35
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	37
4.1 Resultados	37
4.2 Discusión de resultados.....	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
5.1 Conclusiones	47
5.2 Recomendaciones.....	47
REFERENCIAS	49
ANEXOS	56

Anexo 1. Matriz de consistencia	57
Anexo 2. Instrumentos.....	60
Anexo 3. Expediente de validación	67
Anexo 4. Confiabilidad del instrumento	70
Anexo 5. Constancia de aprobación del comité de ética	73
Anexo 6. Consentimiento informado	77
Anexo 7. Informe de tesis.....	777
Anexo 8. Reporte de turnitin	788
Anexo 9. Evidencia fotográfica	79

Índice de tablas

Tabla 1. Relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la percepción sobre la relevancia del conocimiento oclusal en la práctica profesional.	37
Tabla 2. Relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la relevancia clínica percibida del conocimiento oclusal.	38
Tabla 3. Relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la autoeficacia profesional percibida.	39
Tabla 4. Relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la relevancia terapéutica percibida del conocimiento oclusal.	41
Tabla 5. Valores de KR-20	70
Tabla 6. Confiabilidad del instrumento “Percepción de su importancia en la práctica odontológica”.	72

Índice de figuras

Figura 1. Nivel de conocimiento sobre oclusión y la percepción sobre la relevancia del conocimiento oclusal en la práctica profesional.....	37
Figura 2. Nivel de conocimiento sobre oclusión y la relevancia clínica percibida del conocimiento oclusal.	38
Figura 3. Nivel de conocimiento sobre oclusión y la autoeficacia profesional percibida.	40
Figura 4. Nivel de conocimiento sobre oclusión y la relevancia terapéutica percibida del conocimiento oclusal.	41

Resumen

El objetivo general de este estudio fue determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial, Lima – 2026. La investigación siguió un método hipotético-deductivo, con enfoque cuantitativo, de tipo básico, mediante un diseño no experimental, transversal, correlacional y observacional. La población incluyó 174 integrantes del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, conformado por odontólogos, odontólogos especialistas e internos de odontología, de los cuales se seleccionó una muestra de 120 participantes mediante muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de datos se llevó a cabo con dos instrumentos validados: un cuestionario para evaluar el conocimiento de oclusión y una escala tipo Likert para medir la percepción de su importancia en la práctica odontológica. Los hallazgos descriptivos revelaron que el 39,2 % de los participantes presentó un nivel medio de conocimiento y el 24,2 % un nivel alto, mientras que el 45,8 % percibió una importancia alta del conocimiento oclusal. El análisis inferencial evidenció una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción global de su importancia (ρ de Spearman = 0,453; $p < 0,001$). De igual modo, se observaron correlaciones significativas con la relevancia clínica ($\rho = 0,452$), la autoeficacia profesional ($\rho = 0,441$) y la relevancia terapéutica ($\rho = 0,428$). En conclusión, un mayor conocimiento de oclusión se vinculó con una mayor valoración de su rol clínico, terapéutico y funcional, así como con mayor confianza en la toma de decisiones clínicas.

Palabras clave: Oclusión Dental; Conocimiento; Percepción; Odontología.

Abstract

The overall objective of this study was to determine the relationship between knowledge of occlusion and the perception of its importance in police dental practice, Lima – 2026. The research followed a hypothetical-deductive method, with a quantitative and basic approach, using a non-experimental, cross-sectional, correlational, and observational design. The population included 174 members of the clinical dental staff of the Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, including dentists, dental specialists, and dental interns, from which a sample of 120 participants was selected using simple random probability sampling. Data collection was carried out using two validated instruments: a questionnaire to assess knowledge of occlusion and a Likert-type scale to measure the perception of its importance in dental practice. Descriptive findings revealed that 39.2% of the participants showed a medium level of knowledge and 24.2% a high level, while 45.8% perceived a high importance of occlusal knowledge. Inferential analysis showed a moderate, positive, and statistically significant correlation between knowledge of occlusion and the overall perception of its importance (Spearman’s $\rho = 0.453$; $p < 0.001$). Similarly, significant correlations were observed with clinical relevance ($\rho = 0.452$), professional self-efficacy ($\rho = 0.441$), and therapeutic relevance ($\rho = 0.428$). In conclusion, greater knowledge of occlusion was linked to a higher assessment of its clinical, therapeutic, and functional role, as well as greater confidence in clinical decision-making.

Keywords: Dental Occlusion; Knowledge; Perception; Dentistry.

Introducción

La oclusión dental constituye un componente fundamental de la práctica odontológica, dado que influye directamente en la función masticatoria, la estabilidad de las restauraciones, la salud de la articulación temporomandibular y el éxito a largo plazo de los tratamientos rehabilitadores. A pesar de su relevancia clínica, diversos estudios han evidenciado que el conocimiento de oclusión y su adecuada aplicación en la práctica diaria continúan siendo heterogéneos en el personal odontológico clínico, lo que puede generar diagnósticos incompletos, decisiones terapéuticas inadecuadas y resultados clínicos poco predecibles. En este contexto, resultó pertinente analizar no solo el conocimiento de oclusión, sino también la percepción sobre su importancia en el ejercicio clínico. La presente investigación se desarrolló en un entorno odontológico policial, caracterizado por una atención clínica continua y multidisciplinaria, lo que permitió evaluar de manera objetiva la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia clínica, terapéutica y profesional. El estudio buscó aportar evidencia científica que contribuya a comprender cómo el conocimiento oclusal influye en la valoración que el personal odontológico otorga a este componente esencial de la odontología, así como en su seguridad para la toma de decisiones clínicas.

La tesis se estructuró en cinco capítulos. El Capítulo I abordó el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación del estudio. El Capítulo II desarrolló el marco teórico y los antecedentes relevantes. El Capítulo III describió la metodología empleada. El Capítulo IV presentó y discutió los resultados obtenidos. Finalmente, el Capítulo V expuso las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En la práctica odontológica moderna, la valoración de la oclusión se reconoce como un componente crítico para garantizar la durabilidad de los procedimientos restauradores y preservar la salud general del paciente. Su análisis riguroso posibilita anticipar complicaciones, fortalecer la estabilidad funcional y reducir alteraciones de origen muscular o articular (1). Organismos internacionales han subrayado esta importancia. La Federación Dental Internacional (FDI) advierte que una evaluación oclusal incompleta se asocia con un porcentaje considerable de fallas protésicas, problemas de estabilidad y complicaciones funcionales que comprometen la calidad de vida del paciente (2). De manera semejante, el World Oral Health Report elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta que los trastornos funcionales derivados de desequilibrios oclusales incrementan la carga clínica, elevan los costos de atención y afectan a poblaciones adultas que requieren tratamientos cada vez más complejos (3).

La American Dental Education Association (ADEA) sostiene que la percepción de relevancia clínica es un determinante fundamental para que el profesional logre integrar y aplicar correctamente los principios oclusales en su práctica cotidiana, especialmente en contextos de alta demanda asistencial (4). Estas observaciones coinciden en que no basta con poseer conocimientos básicos: es necesario comprender su sentido clínico y terapéutico (5).

En América Latina, la evidencia muestra que estas dificultades también son frecuentes. En Colombia, se ha observado que la percepción que tiene el profesional

sobre la importancia de la oclusión influye directamente en la frecuencia con la que realiza evaluaciones oclusales y en la profundidad de su análisis clínico, revelando variabilidad incluso dentro de un mismo entorno asistencial (6). Resultados similares se reportan en México, donde un número importante de odontólogos manifiesta dominio limitado en aspectos aplicados de la oclusión, especialmente en procedimientos complejos que requieren evaluación funcional detallada (7). En Cuba, se destaca que tanto el conocimiento como la actitud profesional hacia la oclusión predicen la calidad final de los tratamientos, evidenciando su peso dentro del ejercicio clínico cotidiano (8).

En el Perú, un estudio publicado en la Revista Estomatológica Herediana identificó que casi la mitad de los odontólogos evaluados posee conocimientos oclusales básicos, pero con dificultades para trasladarlos a la práctica clínica, especialmente en áreas como rehabilitación oral y operatoria (9). En el ámbito policial y militar, donde la demanda asistencial suele ser constante y la complejidad de los casos es alta, se ha señalado la importancia de fortalecer el manejo oclusal para prevenir disfunciones y mejorar los resultados terapéuticos; sin embargo, la evidencia que analice simultáneamente el nivel de conocimiento y la percepción profesional aún es escasa (10).

Bajo este marco, la investigación se orienta a determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia clínica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de autoeficacia profesional en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026?

¿Cuál es la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia terapéutica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia clínica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de autoeficacia profesional en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia terapéutica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La oclusión dental mantuvo, durante décadas, un rol protagónico en el ejercicio clínico odontológico. No se trató de un contenido periférico ni de un concepto aislado, sino de un componente funcional que influyó de manera directa en la estabilidad de los tratamientos, en su durabilidad y en la evolución clínica de cada caso. Su adecuada comprensión permitió marcar la diferencia entre rehabilitaciones exitosas y aquellas que requirieron ajustes continuos.

Si bien existió consenso sobre su relevancia, la forma en que el personal odontológico clínico, aplicaron y valoraron los principios oclusales varió considerablemente. Comprender esta diversidad resultó esencial, especialmente en contextos donde la atención demandó decisiones ágiles y criterios clínicos bien

definidos. Evaluar tanto el nivel de conocimiento como la percepción sobre su importancia permitió ampliar el análisis más allá del dominio teórico, evidenciando cómo la función oclusal se integró realmente en la práctica cotidiana.

1.4.2 Metodológica

El estudio de fenómenos que involucraron saberes técnicos, percepciones individuales y juicios clínicos requirió un enfoque metodológico que permitiera recoger información de forma ordenada, sin alterar la dinámica asistencial. En este sentido, los cuestionarios estructurados constituyeron una herramienta eficaz para obtener datos comparables, procesables y representativos del grupo profesional evaluado.

Asimismo, el uso de escalas de valoración permitió captar matices en la percepción, lo que difícilmente se hubiera logrado mediante instrumentos más rígidos o exclusivamente cualitativos. Este diseño metodológico no solo resultó funcional, sino que respondió de manera precisa al objetivo del estudio, al explorar la relación entre dos dimensiones distintas pero interrelacionadas en la práctica odontológica.

1.4.3 Práctica

Desde una perspectiva aplicada, la investigación aportó valor directo a los servicios odontológicos orientados a mejorar la calidad de atención. En la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP “Marily Solier Gavilan”, la diversidad de casos clínicos, que incluyó rehabilitaciones extensas, desgaste funcional y tratamientos previos, demandó un manejo oclusal sólido y una clara comprensión de los momentos clínicos en los que se debió intervenir.

La identificación de posibles brechas, tanto en el conocimiento técnico como en la valoración que el personal odontológico clínico realizó sobre la oclusión, permitió a la institución orientar sus estrategias de formación continua, optimizar protocolos clínicos y fortalecer sus acciones educativas. Ello se tradujo en decisiones clínicas más seguras, tratamientos más estables y una atención confiable para la comunidad policial y sus familias.

1.5 Limitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

El desarrollo del estudio se ejecutó en un periodo de seis meses. Sin embargo, la dinámica asistencial de la clínica generó eventuales demoras durante la recolección de datos, debido a la carga diaria de atención del personal. En consecuencia, fue necesario adaptar el cronograma y reforzar la captación de participantes según la disponibilidad institucional.

1.5.2 Espacial

La investigación se llevó a cabo exclusivamente en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP “Marily Solier Gavilan”, lo que delimitó el alcance territorial del estudio. Por tal motivo, los resultados reflejaron la realidad particular de esta institución y no fueron extrapolables de manera automática a otros contextos odontológicos con características distintas.

1.5.3 Recursos

El estudio fue ejecutado por una sola investigadora y no contó con financiamiento externo, lo que implicó una gestión cuidadosa del tiempo y de los recursos disponibles. A pesar de estas limitaciones, se aplicaron estrategias de optimización en cada fase del proceso, garantizando la rigurosidad metodológica y la validez de los datos obtenidos.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Cadena - Rosero et al. (11) realizaron en 2023 un estudio en Santo Domingo, Ecuador un estudio cuyo propósito fue *“Describir la percepción de odontólogos sobre las maloclusiones Angle clase II”*. Se trató de una investigación observacional, descriptiva y transversal aplicada a nueve profesionales que ejercían en consulta privada, utilizando una encuesta semiestructurada y análisis estadístico descriptivo. Los resultados mostraron que el 33,33 % señaló como función principal de la ortodoncia la protección de la salud bucal y de la articulación temporomandibular, mientras que el 22,23 % destacó la estabilidad oclusal. Asimismo, el 100 % consideró que estas maloclusiones afectan la salud bucal y respiratoria, y el 77 % afirmó que pueden diagnosticarse entre los 6 y 11 años. Además, todos reportaron identificar baja autoestima en sus pacientes. El estudio concluyó que las maloclusiones clase II requieren detección temprana e intervención oportuna, dada su repercusión física, funcional y emocional.

Qureshi e Imran (12) en 2023, en Dundee, Reino Unido, publicaron una revisión cuyo objetivo fue *“Sintetizar los principios fundamentales de la oclusión y su aplicación clínica en odontología restauradora”*. Mediante un análisis narrativo de literatura especializada, los autores describieron conceptos como relación céntrica, guía anterior, interferencias en lado no funcional y estabilidad posterior, integrándolos con los enfoques conformativo y reorganizado en rehabilitación. El trabajo resalta aspectos técnicos relevantes, como que cerca del 90% de los pacientes presenta un deslizamiento

desde la posición retruida hasta la máxima intercuspidad, y explica cómo este fenómeno influye en la planificación restauradora. Asimismo, se detalla el papel de la guía anterior para reducir fuerzas musculares y el impacto que pueden tener las interferencias en la aparición de síntomas temporomandibulares. La revisión concluye que una comprensión sólida de la oclusión es esencial para asegurar restauraciones estables, prevenir iatrogenias y mejorar los resultados clínicos, subrayando la necesidad de fortalecer la formación profesional en este campo.

Mehta et al. (13), en 2022, realizaron en el Reino Unido, Sudáfrica, Malta y Malasia un estudio cuyo propósito fue *“Examinar los hábitos de los odontólogos en la evaluación oclusal y la aplicación práctica de conceptos establecidos en oclusión”*. Se empleó un diseño transversal mediante un cuestionario piloto de 20 ítems, aplicado a 435 dentistas seleccionados por conveniencia; el análisis incluyó estadística descriptiva, chi cuadrado y pruebas exactas de Fisher. Los resultados indicaron que el 78.8% realizaba coronas o incrustaciones y el 77.9% colocaba puentes, aunque solo el 33.6% evaluaba relaciones oclusales dinámicas en exámenes rutinarios. Asimismo, el 40.7% utilizaba articuladores semi-ajustables y apenas el 25.1% tomaba registros de arco facial; un 47.3% expresó insatisfacción con su formación de pregrado en oclusión. El estudio concluyó que existe una marcada brecha entre lo que se enseña y lo que se aplica en la práctica clínica, destacando la necesidad de mejorar la enseñanza y el uso de principios oclusales en la odontología contemporánea.

Bozhkova et al. (14), en 2021, en Plovdiv, Bulgaria, desarrollaron un estudio cuyo propósito fue *“Identificar qué indicadores oclusales utilizan con mayor frecuencia los odontólogos y explorar su disposición a incorporar métodos digitales en la práctica clínica”*. Mediante una investigación transversal basada en un cuestionario electrónico aplicado a una muestra nacional aleatoria de 2014 dentistas de los cuales respondieron

228 se analizaron patrones de uso e interés profesional. Los resultados mostraron que el 52.45% empleaba papel articular como principal indicador, mientras que el 26.22% utilizaba láminas delgadas y solo el 2.45% recurría a Shimstock. En cuanto a métodos cuantitativos, el uso del T-Scan alcanzó apenas el 1.40%, y el sistema OccluSense el 0.70%. Además, el 59% manifestó interés en implementar herramientas digitales para mejorar la precisión diagnóstica. El estudio concluyó que, aunque predominan los métodos tradicionales, existe una creciente apertura hacia tecnologías digitales que permitan evaluar la oclusión con mayor exactitud.

Mohammed et al. (15), en 2021, en Arabia Saudita, llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue *“Evaluar el conocimiento de los odontólogos sobre el desarrollo de la oclusión y los patrones eruptivos en la dentición infantil”*. Se empleó un diseño transversal mediante un cuestionario cerrado de 15 ítems, aplicado a una muestra de 500 dentistas generales, y el análisis se realizó calculando porcentajes por respuesta. Los resultados mostraron que el 82% identificó correctamente la división de los “gum pads”, el 72% reconoció el patrón eruptivo primario y el 80% distinguió el “flush terminal plane”; asimismo, el 96% conocía el fenómeno de Broadbent y el 74% respondió adecuadamente sobre el “leeway space”. Sin embargo, solo el 42% diferenció de forma correcta la relación de “mesial step”. El estudio permitió concluir que, aunque los profesionales presentan un buen dominio sobre el proceso de desarrollo oclusal, aún persisten limitaciones en la comprensión de conceptos clave vinculados con la predicción y prevención de maloclusiones.

Morais et al. (16), en 2021, en São Paulo, Brasil, desarrollaron una revisión sistemática cuyo propósito fue *“Analizar si la enseñanza contemporánea de la odontología garantiza los conocimientos necesarios sobre oclusión y articulación temporomandibular en profesionales y estudiantes”*. El estudio siguió las directrices

PRISMA y aplicó búsquedas en ScienceDirect, PubMed, LILACS y Google Scholar, seleccionando 51 artículos tras evaluar más de 5.900 registros iniciales. Los resultados revelaron deficiencias marcadas: en Brasil, el 65.4% de los dentistas prefería derivar casos de DTM; en México, solo el 2.5% consideró eficaz el ajuste oclusal para prevenir disfunciones; y en Alemania, los especialistas mostraron mayor dominio que los clínicos generales ($p < 0.01$). Se identificó además una amplia variabilidad en criterios diagnósticos y en la aplicación de terapias como placas oclusales o ajustes selectivos. El estudio concluyó que persiste una brecha significativa en la formación sobre oclusión y DTM, evidenciando la necesidad de fortalecer la enseñanza clínica y teórica en esta área para evitar manejos inconsistentes y discrepantes entre países.

Narangerel et al. (17), en 2021, en Taipei (Taiwán) y Ulaanbaatar (Mongolia), realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue *“Sintetizar la evidencia disponible sobre la percepción y las actitudes hacia la maloclusión, además de analizar los instrumentos existentes para evaluarlas y los factores que influyen en dichas percepciones”*. El estudio siguió las directrices PRISMA e incluyó búsquedas en PubMed, Cochrane Library, Scopus y archivos de revistas especializadas, seleccionando finalmente 31 artículos publicados entre 1970 y 2019. Los resultados mostraron que el 65% de los estudios utilizó el Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóncico (IOTN) y que el 29% de las investigaciones se realizaron en Europa, mientras que solo el 9.6% procedía del sur y sudeste asiático; además, el 58% evidenció diferencias significativas entre la percepción de especialistas y la de legos. También se identificó que edad y género fueron los factores más influyentes en la percepción estética. El estudio concluyó que el componente estético del IOTN es una herramienta eficaz para evaluar la percepción de maloclusión, aunque su precisión mejora cuando se combina con otros índices estéticos.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Condori (18), en 2024, en Tacna, desarrolló un estudio cuyo objetivo fue *“Determinar la prevalencia de las maloclusiones dentales según la clasificación de Angle y las maloclusiones esqueléticas mediante el análisis de Steiner en adolescentes de una institución educativa pública”*. El diseño fue cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, evaluándose clínicamente a 59 estudiantes y analizando sus cefalogramas laterales con estadística descriptiva e inferencial en SPSS. Los resultados mostraron que, en 2022, las maloclusiones dentales Clase I, II y III alcanzaron el 59.1 %, 27.3 % y 13.6 %, respectivamente, mientras que en 2023 estas fueron 67.6 %, 27.0 % y 5.4 %. Para las maloclusiones esqueléticas, la Clase II predominó en ambos años (63.6 % en 2022 y 70.3 % en 2023). El análisis inferencial no evidenció relación significativa entre la clasificación dental y la esquelética ($p = 0.227$ y $p = 0.237$). El estudio concluyó que las maloclusiones dentales y esqueléticas no se correlacionan en el plano sagital, por lo que se requieren investigaciones longitudinales para comprender mejor las discrepancias entre ambos tipos diagnósticos.

Paz et al. (9), en 2023, en Lima, llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue *“Determinar la frecuencia y distribución de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia durante 2016 y 2017”*. Se trató de una investigación descriptiva, retrospectiva y transversal basada en la revisión de 429 historias clínicas depuradas, analizadas mediante estadística descriptiva y pruebas bivariadas como chi cuadrado, Kolmogorov–Smirnov y Kruskal–Wallis. Los hallazgos evidenciaron que la oclusión colapsada constituyó el diagnóstico más frecuente (38.69%), seguida por la desarmonía oclusal (36.13%) y el colapso posterior de mordida

(10.72%). Se observó además que el 70.4% de los pacientes correspondía a mujeres, siendo el grupo etario predominante el de 60 a 69 años. En cuanto a la formación académica, los estudiantes de pregrado realizaron la mayoría de diagnósticos (59.67%), mientras que la sede de San Martín de Porres concentró el 79.49% de los casos. En conjunto, el estudio concluyó que los trastornos funcionales oclusales presentan una elevada frecuencia en esta población, con predominio en mujeres adultas mayores y una variabilidad marcada según la sede y el nivel formativo de los profesionales.

Balarezo et al. (19), en 2022, en Lima realizaron una revisión sistemática cuyo objetivo fue *“Identificar los factores clínicos relevantes para diagnosticar el colapso posterior de mordida”*. El estudio, desarrollado bajo las guías PRISMA 2020, revisó 48 646 registros iniciales de bases como PubMed, Embase, Scopus y BVS, seleccionando finalmente seis artículos correspondientes a reportes y series de casos provenientes de Estados Unidos, Israel, Corea, Japón e Indonesia. Los hallazgos mostraron que la pérdida dentaria, la alteración de la dimensión vertical, la presencia de maloclusiones, interferencias oclusales, periodontitis y desviaciones mandibulares fueron las características más frecuentes; además, la mitad de los artículos presentó riesgo moderado de sesgo y la otra mitad riesgo bajo. El estudio concluyó que el diagnóstico adecuado de esta condición requiere una evaluación integral de tejidos dentarios, oclusales, periodontales, articulares y radiográficos, consolidando criterios clínicos útiles para la práctica estomatológica.

Araujo y Mezarina (20), en 2021, en Lima desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue *“Determinar la relación entre la dimensión vertical oclusal y el biotipo facial en niños de 3, 4 y 5 años de la institución educativa inicial N.º 591 Carlos Manuel Cox”*. Mediante un diseño no experimental, transversal y con un muestreo no probabilístico por casos consecutivos, se evaluaron 62 niños, registrándose medidas clínicas en

máxima intercuspidadación con calibrador digital y procesando los datos en SPSS v21. Los resultados mostraron una dimensión vertical oclusal promedio de 54.11 ± 2.99 mm, siendo mayor en el biotipo dolicofacial (55.45 mm) y menor en el braquifacial (52.58 mm); además, la relación entre biotipo facial y dimensión vertical fue estadísticamente significativa ($p = 0.006$). También se halló correlación entre la DVO y la edad ($p = 0.041$), pero no con el sexo. El estudio concluyó que el biotipo facial influye directamente en la dimensión vertical oclusal, información clave para guiar futuros procedimientos rehabilitadores en población pediátrica.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Conocimientos sobre la oclusión

A. Definición

El conocimiento sobre la oclusión se refiere a la comprensión de cómo se produce el cierre de las arcadas dentarias y de los diversos movimientos funcionales que involucran la interacción entre los dientes superiores e inferiores durante el contacto. Este concepto también se utiliza para describir la disposición anatómica de los dientes y las relaciones que establecen, tanto en condiciones estáticas como dinámicas, entre las superficies oclusales y con el resto de estructuras que conforman el sistema estomatognático. En este marco, la noción de “oclusión armónica” alude al equilibrio existente entre las superficies oclusales de ambas arcadas, así como a su adecuada correspondencia con los demás componentes del sistema oral, garantizando estabilidad funcional y eficiencia masticatoria (21).

La oclusión es un concepto fundamental en la odontología que hace referencia a la manera en que las superficies masticatorias de las piezas dentales en la arcada superior se relacionan y hacen contacto con las superficies correspondientes en la arcada inferior durante el cierre de la mandíbula. Esta interacción es esencial en la función de masticación y en la configuración de la dentición de una persona. La oclusión también abarca aspectos de la alineación y la manera en que los dientes inferiores y superiores se ajustan entre ellos, tanto en reposo como durante los movimientos mandibulares. Por lo tanto, es un aspecto crítico en la salud bucal y la función dental y la comprende de 2 maneras (22):

- **Oclusión estática:** La primera ocurre sin la intervención de la acción muscular y se caracteriza por lograr el contacto en una mayor área o con una cantidad superior de puntos de contacto.
- **Oclusión dinámica:** Este tipo de contacto se produce cuando los músculos masticadores se activan con una cierta fuerza, lo que provoca movimientos deslizantes de la mandíbula. Durante este desplazamiento, en un lado de la arcada se establece lo que se denomina "contacto de trabajo", mientras que en el otro lado se forma el "contacto de compensación" o "balance". En este momento, los dientes posteriores desempeñan un papel más destacado en el proceso de masticación. Los incisivos, al hacer contacto, participan con una superficie de trabajo reducida, mientras que los caninos tienen una superficie de trabajo ligeramente mayor.

Cuando la articulación que conecta el hueso temporal y mandibular funciona de manera normal, la posición de relación céntrica se mantiene de manera estable a lo largo del proceso de cierre de la mandíbula. Durante este cierre mandibular en dicha posición, se requiere una mínima actividad del sistema neuromuscular, lo cual es beneficioso para

la eficiencia del proceso. Esta situación está estrechamente relacionada con la función de los músculos elevadores en el cierre mandibular, a diferencia de los músculos pterigoideos, que desempeñan su papel en posiciones excéntricas (23).

B. Plano oclusal

El plano oclusal se describe habitualmente como un plano imaginario que intenta reflejar la orientación general de las superficies incisales y oclusales. No es una línea rígida ni un trazo geométrico perfecto; más bien, sintetiza la disposición real de los dientes, desde los bordes incisales hasta las cúspides funcionales de los segmentos posteriores. Su forma suele mostrar una ligera curvatura, acorde con la anatomía del arco dentario y con la manera en que se distribuyen las fuerzas durante la función masticatoria (24).

C. Tipos de oclusión

Oclusión normal: Se refiere a una oclusión que es considerada como normal desde un punto de vista tanto anatómico como funcional, y que carece de cualquier síntoma o problema relacionado con la disfunción. En otras palabras, se trata de una alineación y funcionamiento dental que no presenta anomalías ni molestias asociadas (25).

Se ha dividido en 3 grupos: (26,27)

Vertical: Mordida abierta

Transversal: Mordida cruzada posterior

- **Anteroposteriores:** Se clasifica en grupos para determinar la relación de los dientes
- **Neutroclusión:** Equilibrio adecuado entre el maxilar superior e inferior
- **Distoclusión:** Los molares superiores se posicionan delante de la línea mesiovestibular, toda la arcada mandibular se encuentra retraída.
- **Mesioclusión:** La arcada dentaria inferior es más prominente que la arcada superior.

2.2.2 Percepción de las implicancias de la oclusión para la actividad profesional odontológica

1. Definición

El conocimiento sobre la oclusión implica la comprensión y la conciencia que desarrolla el profesional odontológico respecto a la manera en que la alineación y las relaciones dentarias, junto con su funcionamiento durante la mordida, influyen directamente en la salud oral y en la calidad de vida del paciente. La valoración de la oclusión por parte de los estudiantes de odontología suele ubicarse en niveles moderados o altos, dado que reconocen que constituye un elemento esencial de la práctica clínica y que guarda una estrecha relación con el bienestar integral de quienes reciben atención odontológica (28).

2. Actividad odontológica

Rehabilitación de la salud oral

La rehabilitación oral debe basarse en principios y técnicas respaldados por evidencia científica, de manera que al llevar a cabo procedimientos de restauración se

tengan en cuenta todas las estructuras relacionadas. No se trata únicamente de restituir las partes dentales perdidas con su anatomía correspondiente, sino de evaluar cómo estas afectan a todos los componentes del sistema estomatognático (29).

Prevención y tratamiento

La intervención temprana es crucial en casos de problemas en la alineación de los dientes, y esto no se limita solo a acciones odontológicas, sino que también incluye la orientación a las familias durante el periodo de gestación, abordando cuestiones relacionadas con hábitos orales inadecuados y la lactancia. Cuando se detecta una maloclusión en la dentición temporal, es recomendable intervenir alrededor de los 4 años de edad para prevenir el agravamiento del problema (30).

Además, hay una opción de tratamiento disponible para corregir problemas dentales que implica el uso de dispositivos de ortodoncia. Estos dispositivos aplican una presión suave sobre los dientes para corregir gradualmente su posición. Cuando esta estrategia no produce los resultados deseados, puede ser necesario recurrir a una cirugía en el maxilar o la mandíbula. Todo esto se realiza con el objetivo de lograr una alineación dental óptima y un equilibrio en la oclusión (31).

El conocimiento de oclusión dental es fundamental para un diagnóstico odontológico preciso, ya que es el comienzo de la rehabilitación oral y se basa en la evaluación del sistema dentario, la articulación temporomandibular y el sistema neuromuscular. Además, el diagnóstico no debe darse por concluido hasta haber tenido en cuenta los aspectos psicológicos y sociales del paciente (32).

El diagnóstico oclusal y funcional es esencial para guiar el plan de tratamiento y asegurar una rehabilitación oral exitosa. Al considerar el diagnóstico oclusal, se analizan

las relaciones de contacto, posibles ausencias o agenesias, giroversiones, malposiciones, extrusiones, intrusiones, etc (33).

3. Importancia de la oclusión en la actividad profesional odontológica

Al igual que cualquier disciplina científica, la oclusión no existe de manera aislada, sino que mantiene conexiones estrechas con otras áreas tanto de la odontología como de la medicina. A continuación, se indica las áreas con las que guarda mayor relación (27):

- **Periodoncia:** El periodonto puede sufrir impactos debido a fuerzas oclusales, que pueden originarse a partir de interferencias en la oclusión dental. Esta condición se denomina oclusión traumatológica. Por lo tanto, tener un conocimiento sólido sobre la oclusión es esencial en el contexto de estos tratamientos periodontales
- **cirugía:** se centra en la reducción del daño sufrido por las estructuras dentales y en la restauración tanto de la apariencia estética como de la función de la oclusión que pudieran haberse perdido. Por ello, el entendimiento de la oclusión es de suma importancia para llevar a cabo una rehabilitación oral efectiva.
- **Protésis:** Se trata de una serie de procedimientos restaurativos que buscan sustituir los dientes naturales que se han perdido mediante el uso de estructuras artificiales.
- **Ortodoncia:** La ortodoncia es una disciplina que se enfoca en lograr una alineación dental adecuada, una oclusión dental correcta y relaciones esqueléticas satisfactoria.

4. Impacto de los problemas de oclusión con el habla

Las alteraciones oclusales no solo afectan la función masticatoria, sino que también pueden generar trastornos en la producción de sonidos del habla. En el caso de la maloclusión vertical, el contacto de la lengua con los incisivos puede originar dificultades de pronunciación, entre ellas el sigmatismo dental. Asimismo, cuando existe una separación entre los incisivos superiores centrales, la lengua pierde la capacidad de dirigir correctamente el flujo de aire, lo que ocasiona una fuga a través del espacio dentario y produce un sonido silbante poco agradable. Por otro lado, las alteraciones transversales de la oclusión limitan el alcance de la lengua hacia el paladar o reducen su eficacia, lo que puede derivar en la sustitución del fonema /r/ por otros sonidos como /g/, /d/ y similares, afectando la claridad del habla (34).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Ha: Existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

Ho: No existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

2.3.2 Hipótesis específicas

Ha¹: Existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia clínica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

Ho¹: No existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia clínica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

Ha²: Existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de autoeficacia profesional en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

Ho²: No existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de autoeficacia profesional en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

Ha³: Existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia terapéutica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.

Ho³: No existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia terapéutica en la práctica odontológica policial del personal

odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima
– 2026.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

La presente investigación se sustentó en el método hipotético-deductivo, el cual parte de la formulación de hipótesis para luego derivar, mediante razonamientos lógicos, predicciones que pueden ser verificadas empíricamente. Este enfoque permitió establecer conclusiones específicas a partir de proposiciones generales, siguiendo una secuencia lógica que valida o refuta las hipótesis planteadas (35).

3.2 Enfoque de la investigación

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, orientado a la medición objetiva de relaciones entre variables. Este tipo de enfoque busca identificar patrones, tendencias y asociaciones mediante el uso de herramientas estadísticas, con el propósito de extrapolar los resultados a una población más amplia y fortalecer la validez externa del análisis (36).

3.3 Tipo de investigación

La presente investigación se clasificó como básica, dado que su propósito central fue generar nuevos conocimientos sobre la relación entre variables teóricas, sin buscar una aplicación directa en contextos operativos. A diferencia de los estudios aplicados, que emplean conocimientos previos para resolver problemas concretos o adaptar hallazgos a situaciones reales, este estudio se orientó a ampliar la comprensión conceptual en el ámbito odontológico policial (37).

3.4 Diseño de la investigación

El diseño metodológico adoptado fue no experimental, ya que no se realizó manipulación de variables ni se aplicaron intervenciones que modificaran el comportamiento de los participantes. Asimismo, fue transversal, porque la recolección de datos se efectuó en un único momento, permitiendo identificar conocimientos y percepciones en un periodo específico. Además, el estudio fue correlacional, debido a que buscó analizar el grado de relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y las dimensiones de la percepción profesional. Finalmente, se consideró observacional, dado que las variables fueron examinadas en su contexto natural, sin intervención del investigador sobre el entorno clínico (35).

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población estuvo conformada por 174 integrantes del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán” durante el año 2026. Este grupo incluyó odontólogos generales, odontólogos especialistas e internos de odontología que participaron en actividades asistenciales, por lo que constituyó un colectivo pertinente para evaluar el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial.

Criterios de inclusión

- Odontólogos y odontólogos especialistas que laboraron de manera activa en la clínica durante el periodo de recolección de datos.

- Internos de odontología que se encontraron rotando en la institución y participaron en actividades clínicas.
- Participantes que aceptaron formar parte del estudio de manera voluntaria y completaron el cuestionario en su totalidad.
- Personal clínico que contó con más de un mes de permanencia en el servicio, con la finalidad de asegurar familiaridad con la dinámica asistencial.

Criterios de exclusión

- Personal administrativo o personal que no realizó atención odontológica directa.
- Odontólogos, odontólogos especialistas o internos que se encontraron en periodos prolongados de licencia, descanso médico o comisión de servicio.
- Participantes que entregaron cuestionarios incompletos o con inconsistencias evidentes.
- Personal recién incorporado a la clínica, con menos de un mes de permanencia en el servicio.

3.5.2 Muestra

Considerando el tamaño total de la población y la fórmula para proporciones en poblaciones finitas, se determinó un tamaño muestral de 120 participantes, cifra que ofrece un nivel adecuado de representatividad en relación con la población total de la clínica. Se utilizó la fórmula de poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{174 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{0.05^2 \times (174 - 1) + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = 120$$

Donde:

- N= 174
- n = 120
- Z = 1.96
- p = 0.5
- q = 0.5
- e = 0.05

Tamaño de la muestra n = 120

3.5.3 Muestreo

Para la selección de participantes se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple, el cual asegura que todos los integrantes del personal odontológico clínico elegibles tengan la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra. Esta estrategia metodológica permite reducir posibles sesgos de selección y garantiza que la muestra obtenida sea representativa del conjunto total del personal odontológico clínico que integró la población de estudio (38).

El proceso de selección se realizó a partir de un listado actualizado del personal clínico proporcionado por la institución. A cada profesional se le asignó un código y se aplicó un procedimiento de selección aleatoria utilizando un generador de números aleatorios.

Esta estrategia responde a la necesidad de mantener criterios de rigor metodológico y, al mismo tiempo, adaptarse a la dinámica de un servicio odontológico policial donde la disponibilidad de tiempo del personal puede variar.

3.6 Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Conocimiento de oclusión	Conocimientos teóricos y aplicados sobre dinámica oclusal y estabilidad funcional (21).	Cuestionario de 24 ítems (correcto/incorrecto).	Conocimiento oclusal	1. Guía incisiva 2. Guía canina 3. Relación céntrica 4. Posición habitual 5. Curva de Spee 6. Curva de Wilson 7. Plano oclusal 8. Cúspides funcionales 9. Contactos prematuros 10. Interferencias oclusales 11. Movimiento protrusivo 12. Lateralidad funcional 13. Estabilidad oclusal 14. Dimensión vertical 15. Arco mandibular 16. Función masticatoria 17. Oclusión mutuamente protegida 18. Oclusión balanceada 19. Análisis oclusal 20. Desgaste dental 21. Bruxismo funcional 22. Ajuste oclusal 23. Contactos céntricos 24. Excursiones mandibulares	Ordinal	Alta (18–24) Media (9–17) Baja (0–8)

Percepción sobre la relevancia del conocimiento de la oclusión en la práctica profesional	Valoración subjetiva del profesional respecto a la importancia clínica, terapéutica y funcional de la oclusión en su práctica (28).	Cuestionario Likert (21 ítems).	Relevancia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Precisión diagnóstica 2. Valoración oclusal 3. Interpretación funcional 4. Elección restauradora 5. Anticipación complicaciones 6. Análisis dolor 7. Resolución clínica 	Ordinal	Alta (79-105) Moderada (50-78) Baja (21-49)
			Autoeficacia profesional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguridad evaluativa 2. Corrección contactos 3. Dominio clínico 4. Análisis céntrico 5. Decisión terapéutica 6. Integración interdisciplinaria 7. Manejo complejo 		
			Relevancia terapéutica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención fallas 2. Reducción complicaciones 3. Riesgo muscular 4. Estabilidad funcional 5. Predictibilidad terapéutica 6. Evitar retratamientos 7. Éxito terapéutico 		

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La técnica seleccionada para la obtención de información fue la encuesta, considerada esencial en este estudio por su capacidad de recopilar datos de manera directa a partir de las respuestas de los participantes. Este procedimiento permitió explorar opiniones, percepciones y experiencias relacionadas con el conocimiento y la relevancia de la oclusión, mediante un conjunto de preguntas previamente diseñadas y validadas (37).

3.7.2 Instrumento

El instrumento principal fue un cuestionario estructurado de 24 ítems, diseñado para evaluar tanto los conocimientos teóricos como los aplicados en oclusión dental. Dicho cuestionario se originó a partir de una versión previa elaborada por Rodríguez, inicialmente dirigida a estudiantes de odontología. No obstante, considerando que la población de este estudio estuvo conformada por personal odontológico clínico, integrado por odontólogos, especialistas e internos de odontología, se realizó un proceso de adaptación conceptual y semántica.

Esta adecuación consistió en revisar cada ítem del cuestionario original, conservando la esencia del constructo evaluado el conocimiento sobre oclusión, pero elevando el nivel cognitivo de las preguntas para que reflejen situaciones propias del ejercicio profesional. De esta manera, las definiciones meramente memorísticas fueron reemplazadas por planteamientos clínicos que requieren análisis, reconocimiento de escenarios reales y selección de criterios funcionales, más acordes con la práctica asistencial odontológica.

De forma complementaria, para medir la percepción del personal odontológico clínico sobre la relevancia del conocimiento de la oclusión en su desempeño clínico, se empleó un cuestionario tipo Likert, elaborado específicamente para esta investigación. Su construcción se basó en un proceso reflexivo que integró la revisión teórica, el análisis de necesidades clínicas y la experiencia reportada por el personal odontológico clínico en actividad. El objetivo es captar percepciones complejas relacionadas con la toma de decisiones, la seguridad profesional y el impacto terapéutico de los tratamientos. La versión final del instrumento contempla tres dimensiones claramente diferenciadas, lo que permite explorar con mayor profundidad los distintos matices de la percepción profesional.

3.7.3 Descripción de instrumentos

El cuestionario diseñado para evaluar el nivel de conocimiento sobre oclusión estuvo conformado por preguntas con una única respuesta correcta, abarcando contenidos como relación céntrica, guías funcionales, dimensión vertical, diagnóstico de interferencias, trauma oclusal, maloclusiones y procesos de toma de decisiones en rehabilitación. Cada respuesta correcta se califica con un punto, mientras que las incorrectas no suman puntuación.

Los resultados se interpretaron en tres niveles de clasificación bajo, medio y alto, lo que permite establecer de manera práctica el nivel de conocimiento de cada participante. Esta categorización, más sintética que la propuesta inicial del cuestionario de Rodríguez, responde a la necesidad de trabajar con una comunidad odontológica clínica, donde las diferencias entre niveles suelen ser más marcadas que en estudiantes en formación.

En cuanto a la segunda variable, el instrumento está compuesto por 21 ítems distribuidos en tres dimensiones: relevancia clínica, autoeficacia profesional y relevancia terapéutica. Cada dimensión incluye siete afirmaciones diseñadas para captar la percepción que el personal odontológico clínico tiene sobre el papel del conocimiento oclusal en su práctica cotidiana.

Las afirmaciones se presentan en una escala Likert de cinco puntos, que va desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo. Esta estructura permite que los encuestados expresen con mayor precisión el grado de concordancia con cada enunciado, evitando respuestas forzadas y favoreciendo un análisis más detallado de la percepción profesional.

Los ítems fueron redactados en un lenguaje sencillo, pero técnicamente riguroso, incorporando situaciones clínicas reales, reflexiones sobre la toma de decisiones y la valoración que los personales odontológicos clínicos otorgan al conocimiento oclusal en distintos escenarios terapéuticos. La puntuación se obtiene asignando valores de 1 a 5 según el nivel de acuerdo, y la suma de los puntajes de cada dimensión permitirá clasificar la percepción en rangos cualitativos (baja, media y alta), respetando su naturaleza ordinal y facilitando la interpretación.

3.7.4 Validación

Antes de su aplicación, el cuestionario fue sometido a un proceso de validación mediante juicio de expertos, con la finalidad de garantizar que los ítems presentaran pertinencia, claridad y coherencia clínica en relación con los objetivos del estudio y la población objetivo. Este procedimiento permitió evaluar de manera sistemática el contenido del instrumento y su correspondencia con el constructo teórico que se buscó medir.

La validación se realizó con la participación de tres expertos en el área de odontología, todos docentes universitarios con experiencia académica y clínica en oclusión dental, quienes evaluaron cada ítem del instrumento. A partir de sus valoraciones se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC), obteniéndose valores superiores al 80 %, criterio que, desde el punto de vista teórico y metodológico, indica que el instrumento cuenta con validez de contenido aprobada (39).

En consecuencia, se concluyó que el cuestionario fue adecuado para su aplicación, al reflejar de manera fiel las exigencias conceptuales y clínicas del campo profesional en el que se desarrollaron los participantes (Anexo 3).

3.7.5 Confiabilidad

Para asegurar que el cuestionario correspondiente a la variable “Nivel de conocimientos de la oclusión” mantuviera coherencia interna y permitiera obtener mediciones estables en el contexto clínico, se realizó una prueba piloto en un grupo de 20 participantes con características similares a la población de estudio. Este pilotaje tuvo como finalidad evaluar el comportamiento de los ítems y verificar la consistencia interna del instrumento, sin que sus resultados formaran parte del análisis final de la investigación (40).

Dado que el cuestionario estuvo conformado por ítems de respuesta dicotómica (correcto/incorrecto), la confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente Kuder–Richardson 20 (KR-20), estadístico recomendado para este tipo de instrumentos. De acuerdo con los criterios de interpretación establecidos, valores comprendidos entre 0.75 y 0.90 indican buena fiabilidad y valores superiores a 0.90 reflejan una muy alta fiabilidad, tal como se detalla en la Tabla 5. El valor obtenido en el estudio se ubicó

dentro de los rangos considerados adecuados para instrumentos clínicos y educativos, evidenciando una consistencia interna satisfactoria del cuestionario.

Respecto a la variable “Percepción de la importancia del conocimiento oclusal en la práctica odontológica”, cuyo instrumento se estructuró mediante una escala politómica de cinco categorías tipo Likert, la confiabilidad se evaluó utilizando el alfa de Cronbach y el coeficiente Omega de McDonald. Los resultados mostraron valores elevados tanto para el alfa de Cronbach ($\alpha = 0.9911$) como para el Omega de McDonald ($\omega = 0.9913$), lo que indicó una muy alta confiabilidad del instrumento, tal como se presenta en la Tabla 6. Estos coeficientes evidenciaron una excelente consistencia interna y confirmaron que los ítems midieron de manera coherente el constructo teórico propuesto (40).

En conjunto, los resultados del pilotaje permitieron concluir que ambos instrumentos presentaron niveles óptimos de confiabilidad, por lo que fueron considerados adecuados para su aplicación en la muestra definitiva del estudio.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Finalizada la etapa de recolección, los datos fueron organizados inicialmente en una hoja de cálculo de Microsoft Excel, lo que permitió verificar la consistencia de las respuestas, depurar registros incompletos y conformar la base de datos definitiva. Posteriormente, la información fue exportada al software IBM SPSS versión 27, que constituyó la plataforma principal para el análisis estadístico.

El procesamiento se desarrolló en dos niveles. En el nivel descriptivo, se presentaron las principales características de las variables mediante frecuencias absolutas y porcentajes, haciendo uso de tablas de contingencia para describir el

comportamiento bivariado entre los niveles de conocimiento y las dimensiones de percepción. Este análisis permitió obtener una primera aproximación al nivel de conocimiento sobre oclusión y a los patrones de percepción profesional presentes en la muestra.

En el nivel inferencial, orientado a responder los objetivos de la investigación, se aplicó la prueba no paramétrica rho de Spearman como estadístico principal, debido a la naturaleza ordinal de las variables y a que los datos no siguieron necesariamente una distribución normal. Este procedimiento permitió identificar la fuerza, dirección y significancia estadística de las asociaciones entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la percepción profesional, así como sus dimensiones de relevancia clínica, autoeficacia profesional y relevancia terapéutica.

3.9 Aspectos éticos

La ejecución de este estudio se desarrolló bajo un marco ético sólido, entendido no solo como un requisito formal, sino como una garantía de que cada fase del proceso se llevó a cabo con respeto hacia los participantes. En este sentido, antes de iniciar la recolección de datos se establecieron medidas orientadas a asegurar un trato digno, transparente y responsable.

En primer lugar, a cada profesional se le brindó una explicación clara y accesible sobre los objetivos de la investigación, el tipo de información que se recopiló y el uso que se dio a los datos obtenidos. Solo después de absolver las dudas planteadas se solicitó el consentimiento informado, garantizando que la participación fuese voluntaria y libre de cualquier forma de presión.

Un aspecto fundamental fue la confidencialidad de la información. Los cuestionarios no incluyeron datos que permitieran identificar a los participantes y los registros se conservaron exclusivamente con fines académicos. La información recolectada fue manejada de manera codificada y ningún dato individual fue divulgado en los informes ni en los resultados del estudio.

El principio de respeto por la persona guió todo el proceso de investigación. Esto implicó reconocer la autonomía del personal odontológico clínico, evitar cualquier forma de discriminación y garantizar que ningún participante se viera afectado por aceptar o decidir no participar en el estudio. La dignidad del participante prevaleció sobre cualquier interés científico.

Asimismo, la investigación se condujo conforme al principio de beneficencia. Aunque el estudio presentó riesgos mínimos, se veló porque la participación no interfiriera con la labor clínica habitual. Se consideró, además, que los resultados obtenidos contribuirían al fortalecimiento de las competencias del personal odontológico clínico dentro de la institución, representando un beneficio indirecto para el servicio odontológico policial.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Tabla 1. Relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la percepción sobre la relevancia del conocimiento oclusal en la práctica profesional.

Nivel de conocimiento	Percepción baja n (%)	Percepción moderada n (%)	Percepción alta n (%)	Total n (%)
Bajo	19 (15.8)	14 (11.7)	11 (9.2)	44 (36.7)
Medio	9 (7.5)	13 (10.8)	25 (20.8)	47 (39.2)
Alto	3 (2.5)	7 (5.8)	19 (15.8)	29 (24.2)
Total	31 (25.8)	34 (28.3)	55 (45.9)	120 (100)

Nota. ρ de Spearman = **0.453**, $p < .001$

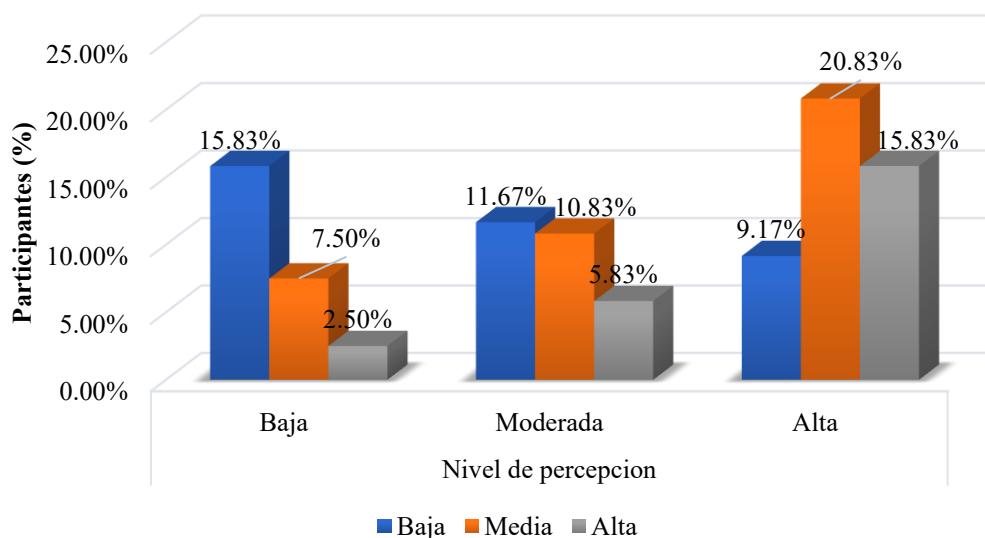


Figura 1. Nivel de conocimiento sobre oclusión y la percepción sobre la relevancia del conocimiento oclusal en la práctica profesional.

De la tabla 1, se evidencia que el mayor porcentaje del personal odontológico clínico presentó una percepción alta sobre la relevancia del conocimiento oclusal (45.9%), seguido de una percepción moderada (28.3%) y baja (25.8%). Al analizar esta percepción según el nivel de conocimiento, se observó que el personal odontológico clínico mostró niveles de conocimiento medio y alto concentraron las mayores proporciones de percepción alta (20.8% y 15.8%, respectivamente), mientras que

aquellos con conocimiento bajo mostraron principalmente percepciones bajas (15.8%) y moderada (11.7%).

El análisis inferencial confirmó esta tendencia al identificarse una correlación positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento sobre oclusión y el puntaje de percepción sobre la relevancia del conocimiento oclusal (ρ de Spearman = 0.453; $p < .001$), indicando que un mayor nivel de conocimiento sobre oclusión se asocia con una mayor percepción de su relevancia en la práctica profesional, lo que respalda la coherencia entre la formación teórica y la valoración clínica del componente oclusal.

Tabla 2. Relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la relevancia clínica percibida del conocimiento oclusal.

Nivel de conocimiento	Relevancia clínica baja n (%)	Relevancia clínica moderada n (%)	Relevancia clínica alta n (%)	Total n (%)
Bajo	19 (15.8)	17 (14.2)	8 (6.7)	44 (36.7)
Medio	8 (6.7)	17 (14.2)	22 (18.3)	47 (39.2)
Alto	4 (3.3)	6 (5.0)	19 (15.8)	29 (24.2)
Total	31 (25.8)	40 (33.3)	49 (40.8)	120 (100)

Nota. ρ de Spearman = 0.452, $p < .001$

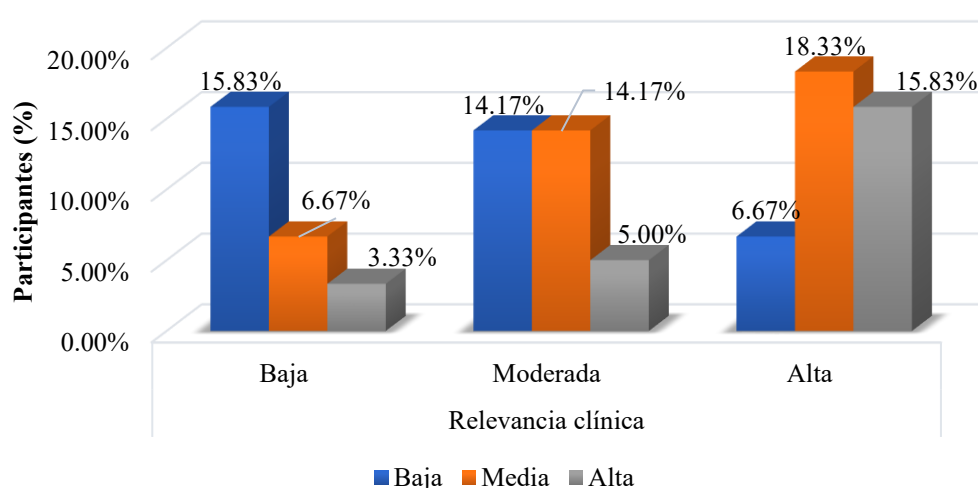


Figura 2. Nivel de conocimiento sobre oclusión y la relevancia clínica percibida del conocimiento oclusal.

Respecto a la relevancia clínica percibida del conocimiento oclusal, se observó que la mayor proporción del personal odontológico clínicopresentó un nivel alto de

relevancia clínica (40.8%), seguido de un nivel moderado (33.3%) y un nivel bajo (25.8%). Al analizar estos resultados según el nivel de conocimiento sobre oclusión, se evidenció que el personal odontológico clínico con nivel de conocimiento medio y alto concentraron los mayores porcentajes de relevancia clínica alta (18.3% y 15.8%, respectivamente), mientras que aquellos con conocimiento bajo mostraron principalmente niveles de relevancia clínica baja (15.8%) y moderada (14.2%).

El análisis inferencial corroboró esta tendencia al evidenciarse una correlación positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento sobre oclusión y el puntaje de relevancia clínica percibida del conocimiento oclusal (ρ de Spearman = 0.452; $p < .001$), indicando que un mayor dominio del conocimiento oclusal se asocia con una mayor valoración de su utilidad clínica para el diagnóstico, la planificación y la toma de decisiones terapéuticas en la práctica profesional.

Tabla 3. Relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la autoeficacia profesional percibida.

Nivel de conocimiento	Autoeficacia baja n (%)	Autoeficacia moderada n (%)	Autoeficacia alta n (%)	Total n (%)
Bajo	17 (14.2)	14 (11.7)	13 (10.8)	44 (36.7)
Medio	8 (6.7)	21 (17.5)	18 (15.0)	47 (39.2)
Alto	5 (4.2)	5 (4.2)	19 (15.8)	29 (24.2)
Total	30 (25.0)	40 (33.3)	50 (41.7)	120 (100)

Nota. ρ de Spearman = **0.441**, $p < .001$

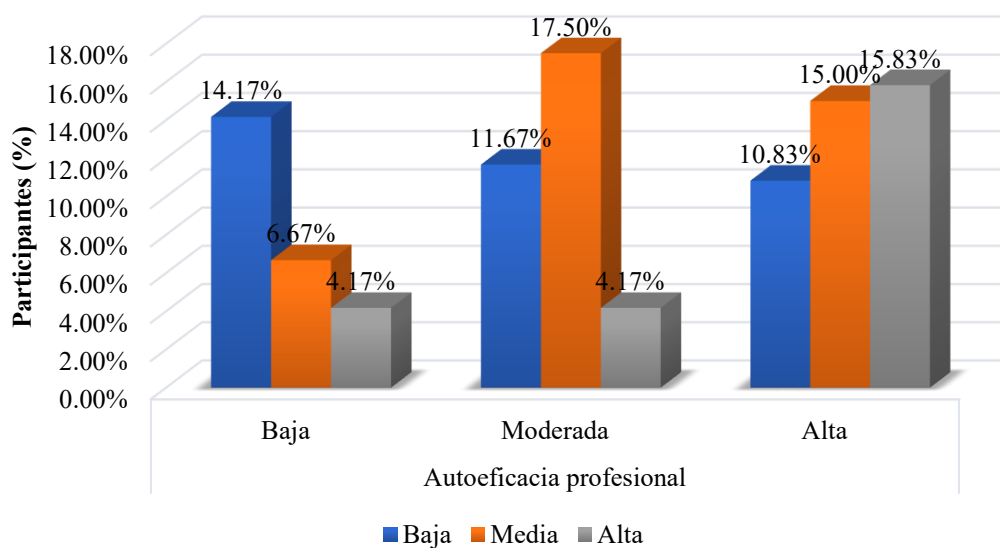


Figura 3. Nivel de conocimiento sobre oclusión y la autoeficacia profesional percibida.

En relación con la autoeficacia profesional percibida, se evidenció que la mayor proporción del personal odontológico clínico presentó un nivel alto de autoeficacia (41.7%), seguido de un nivel moderado (33.3%) y un nivel bajo (25.0%). Al analizar estos resultados según el nivel de conocimiento sobre oclusión, se observó que el personal odontológico clínico catalogó niveles de conocimiento medio y alto concentraron los mayores porcentajes de autoeficacia alta (15.0% y 15.8%, respectivamente), mientras que aquellos con conocimiento bajo mostraron principalmente niveles de autoeficacia baja (14.2%) y moderada (11.7%).

El análisis inferencial confirmó esta tendencia al evidenciarse una correlación positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa entre el puntaje de conocimiento sobre oclusión y el puntaje de autoeficacia profesional percibida (ρ de Spearman = 0.441; $p < .001$), indicando que un mayor conocimiento oclusal se asocia con una mayor confianza del profesional para evaluar, interpretar y tomar decisiones clínicas relacionadas con el componente oclusal en su práctica diaria.

Tabla 4. Relación entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la relevancia terapéutica percibida del conocimiento oclusal.

Nivel de conocimiento	Relevancia terapéutica baja n (%)	Relevancia terapéutica moderada n (%)	Relevancia terapéutica alta n (%)	Total n (%)
Bajo	15 (12.5)	19 (15.8)	10 (8.3)	44 (36.7)
Medio	10 (8.3)	16 (13.3)	21 (17.5)	47 (39.2)
Alto	3 (2.5)	7 (5.8)	19 (15.8)	29 (24.2)
Total	28 (23.3)	42 (35.0)	50 (41.7)	120 (100)

Nota. ρ de Spearman = **0.428**, $p < .001$

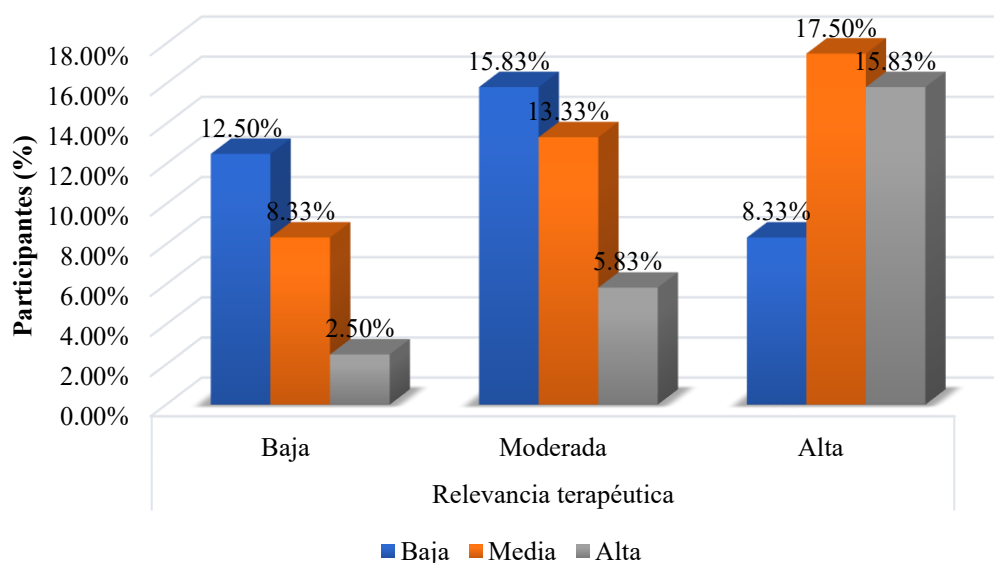


Figura 4. Nivel de conocimiento sobre oclusión y la relevancia terapéutica percibida del conocimiento oclusal.

En relación con la relevancia terapéutica percibida del conocimiento oclusal, se evidenció que la mayor proporción del personal odontológico clínico presentó un nivel alto de relevancia terapéutica (41.7%), seguido de un nivel moderado (35.0%) y un nivel bajo (23.3%). Al analizar estos resultados según el nivel de conocimiento sobre oclusión, se observó que el personal con conocimiento medio y alto concentraron los mayores porcentajes de relevancia terapéutica alta (17.5% y 15.8%, respectivamente), mientras que aquellos con conocimiento bajo mostraron principalmente niveles de relevancia terapéutica moderada (15.8%) y baja (12.5%).

El análisis inferencial corroboró esta tendencia al evidenciarse una correlación positiva, de magnitud moderada y estadísticamente significativa entre el puntaje de

conocimiento sobre oclusión y el puntaje de relevancia terapéutica percibida del conocimiento oclusal (ρ de Spearman = 0.428; $p < .001$). Demostrando que, un mayor conocimiento oclusal se asocia con una mayor valoración de su importancia en la planificación, ejecución y éxito de los tratamientos odontológicos, reforzando la relevancia del componente oclusal en la práctica terapéutica profesional.

4.2 Discusión de resultados

Los resultados del presente estudio evidenciaron que el 45.9 % del personal odontológico clínico presentó una percepción alta sobre la relevancia del conocimiento oclusal, seguido de una percepción moderada (28.3 %) y baja (25.8 %). Asimismo, se observó que el personal con nivel de conocimiento medio y alto concentraron las mayores proporciones de percepción alta (20.8 % y 15.8 %, respectivamente), mientras que aquellos con conocimiento bajo se asociaron principalmente con percepciones bajas y moderadas. El análisis inferencial confirmó una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre ambas variables ($\rho = 0.453$; $p < .001$), lo que indica que, a mayor conocimiento sobre oclusión, mayor valoración de su relevancia en la práctica profesional. Estos hallazgos fueron coherentes con lo reportado por Qureshi e Imran (12), quienes señalaron que una comprensión sólida de conceptos como relación céntrica, guía anterior e interferencias oclusales es fundamental para lograr restauraciones estables y prevenir iatrogenias. Los autores destacaron que aproximadamente el 90 % de los pacientes presenta deslizamientos condilares relevantes para la planificación clínica, lo que refuerza la necesidad de un adecuado conocimiento oclusal para su correcta interpretación. De manera concordante, Mehta et al. (13) evidenciaron que, aunque el 78.8 % de los odontólogos realizaba procedimientos restauradores complejos, solo el 33.6 % evaluaba la dinámica oclusal de forma rutinaria,

revelando una discrepancia entre el conocimiento teórico y su percepción práctica, situación que se reflejó parcialmente en el grupo con niveles bajos de percepción en el presente estudio. Asimismo, la revisión sistemática de Morais et al. (16) identificó deficiencias significativas en la formación sobre oclusión y articulación temporomandibular, señalando que en distintos países existe una elevada variabilidad en criterios diagnósticos y terapéuticos, lo cual puede influir negativamente en la percepción del valor clínico del conocimiento oclusal. En este contexto, los resultados de la presente investigación muestran un escenario más favorable, al evidenciar una asociación positiva entre conocimiento y percepción, sugiriendo una mayor coherencia entre la formación teórica y la valoración profesional.

Estos resultados implicaron que fortalecer el conocimiento oclusal durante la formación académica y la educación continua podría incrementar significativamente la valoración de su relevancia en la práctica clínica, favoreciendo diagnósticos más integrales, decisiones terapéuticas más seguras y una reducción del riesgo de tratamientos iatrogénicos.

En relación con la relevancia clínica percibida, el 40.8 % presentó un nivel alto, seguido de un nivel moderado (33.3 %) y bajo (25.8 %). Asimismo, el personal odontológico clínico con conocimiento medio y alto concentraron las mayores proporciones de relevancia clínica alta (18.3 % y 15.8 %, respectivamente). El análisis inferencial mostró una correlación positiva, moderada y significativa ($p = 0.452$; $p < .001$). Estos resultados guardaron concordancia con lo reportado por Cadena-Rosero et al. (11), quienes encontraron que el 100 % de los odontólogos consideró que las maloclusiones afectan la salud bucal y funcional, y que el 33.33 % destacó la estabilidad oclusal como un componente clave de la práctica ortodóntica. Del mismo modo,

Balarezo et al. (19) subrayaron que el diagnóstico del colapso posterior de mordida requiere una evaluación clínica integral que incluya criterios oclusales, periodontales y funcionales, reforzando la importancia clínica del conocimiento oclusal. A nivel nacional, Paz et al. (9) evidenciaron una alta frecuencia de trastornos funcionales oclusales (38.69 % de oclusión colapsada), lo que resalta la necesidad de que los reconozcan clínicamente la relevancia del componente oclusal, tal como se observó en el personal odontológico con mayor nivel de conocimiento en el presente estudio.

Los resultados implicaron que un mayor conocimiento oclusal favorece una mejor valoración clínica del componente oclusal, lo cual resulta fundamental para la detección temprana de alteraciones funcionales y para la planificación de tratamientos más efectivos y preventivos.

Respecto a la autoeficacia profesional, el 41.7 % de los participantes presentó un nivel alto, seguido de niveles moderado (33.3 %) y bajo (25.0 %). El personal odontológico clínico con conocimiento medio y alto concentraron los mayores porcentajes de autoeficacia alta (15.0 % y 15.8 %, respectivamente). El análisis de Spearman evidenció una correlación positiva moderada y significativa ($p = 0.441$; $p < .001$). Estos hallazgos fueron consistentes con lo reportado por Mehta et al. (13), quienes identificaron que un 47.3 % de los odontólogos se mostró insatisfecho con su formación en oclusión, lo que influía negativamente en su seguridad clínica. De igual forma, Morais et al. (16) señalaron que los clínicos generales presentan menor dominio y confianza en el manejo oclusal en comparación con especialistas, lo que coincide con los menores niveles de autoeficacia observados en el personal con bajo conocimiento en el presente estudio.

Estos resultados evidenciaron que el fortalecimiento del conocimiento oclusal no solo impacta en el saber teórico, sino también en la confianza profesional, elemento clave para la toma de decisiones clínicas, el abordaje de casos complejos y la integración del componente oclusal en tratamientos multidisciplinarios.

En cuanto a la relevancia terapéutica, el 41.7 % de los participantes presentó un nivel alto, seguido de un nivel moderado (35.0 %) y bajo (23.3 %). Los mayores porcentajes de relevancia terapéutica alta se concentraron en participantes con conocimiento medio (17.5 %) y alto (15.8 %). La correlación de Spearman mostró una asociación positiva moderada y significativa ($\rho = 0.428$; $p < .001$). Estos resultados se alinearon con lo señalado por Qureshi e Imran (12), quienes enfatizaron que una correcta aplicación de principios oclusales es determinante para el éxito de las rehabilitaciones y la prevención de fallas terapéuticas. Asimismo, Bozhkova et al. (14) evidenciaron que, aunque predominan métodos tradicionales, el 59 % de los odontólogos manifestó interés en herramientas que mejoren la precisión diagnóstica, lo que refleja una creciente valoración terapéutica del análisis oclusal. En el ámbito nacional, los hallazgos de Balarezo et al. (19) reforzaron la necesidad de integrar criterios oclusales en la planificación terapéutica para evitar retratamientos y mejorar la estabilidad funcional, lo cual coincide con la mayor relevancia terapéutica percibida por los con mayor conocimiento en el presente estudio.

Los resultados indicaron que un mayor conocimiento oclusal se asocia con una mayor valoración de su impacto terapéutico, contribuyendo a tratamientos más predecibles, estables y exitosos, y resaltando la importancia de integrar el componente oclusal como eje transversal de la práctica odontológica.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Primera. Se concluye que existe una relación positiva, moderada y significativa entre el nivel de conocimiento sobre oclusión y la percepción de la relevancia del conocimiento oclusal en la práctica profesional.

Segunda. Se concluye que un mayor nivel de conocimiento sobre oclusión se asocia con una mayor percepción de su relevancia clínica para el diagnóstico y la evaluación funcional.

Tercera. Se concluye que el conocimiento sobre oclusión se relaciona positivamente con la autoeficacia profesional, incrementando la seguridad en la toma de decisiones clínicas.

Cuarta. Se concluye que un mayor conocimiento oclusal se asocia con una mayor percepción de su relevancia terapéutica en la planificación y ejecución de tratamientos odontológicos.

5.2 Recomendaciones

Se aconseja, fortalecer la enseñanza y actualización continua en oclusión dental tanto en el pregrado como en la educación continua, promoviendo una integración sistemática del análisis oclusal en la práctica clínica diaria para mejorar la calidad diagnóstica y terapéutica.

Se recomienda que los cirujanos dentistas incorporen de manera rutinaria la evaluación oclusal en el examen clínico integral del paciente, considerando guías

funcionales, contactos oclusales e interferencias, con la finalidad de optimizar el diagnóstico y prevenir alteraciones funcionales.

Se aconseja implementar programas de capacitación clínica en oclusión que refuercen la práctica supervisada, el análisis de casos y el uso de herramientas diagnósticas, con el objetivo de incrementar la seguridad profesional y la confianza en la toma de decisiones clínicas.

Se sugiere que los participantes integren de forma sistemática los principios oclusales en la planificación terapéutica y rehabilitadora, priorizando la estabilidad funcional y la prevención de fallas, con el fin de mejorar la predictibilidad y el éxito a largo plazo de los tratamientos odontológicos.

REFERENCIAS

1. Aldowish AF, Alsubaie MN, Alabdulrazzaq SS, Alsaykhan DB, Alamri AK, Alhatem LM, et al. Occlusion and Its Role in the Long-Term Success of Dental Restorations: A Literature Review. *Cureus* [Internet]. 2024;16(11):e73195. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.73195>
2. Best Practice Statement. The diagnosis and treatment of malocclusion [Internet]. London; 2020. Disponible en: https://assets.ctfassets.net/vh25xg5i1h5l/6MszpCChTT1X7EqxOTMnrt/fldc2ca80e4e02d98883839d8d5294a/BestPracStatement_EN__1_.pdf
3. World Health Organization. The Global Status Report on Oral Health 2022 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022>
4. Istrate EC, Samanta A, Booker CL, West. Dentists of Tomorrow 2024: An Analysis of the Results of the 2024 ADEA Survey of U.S. Dental School Seniors Summary Report. *Education Research Series* [Internet]. 2024;(7):1-24. Disponible en: <https://www.adea.org/home/publications/research-and-data/dental-school-seniors/dentists-of-tomorrow-2024>
5. Marty M, Valera MC. Perception of Clinical Learning Experience: Dental Student Voices. *European Journal of Dental Education* [Internet]. 2025;29(2):427-32. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/eje.13083>
6. Jaimes-Monroy G, Coral-Chamorro DM, Padilla-Sierra MC, Mogollón-Romero LA. Producción científica sobre maloclusión en relación con ortodoncia y ortopedia.

- Análisis de indicadores bibliométricos. CES Odontología [Internet]. 2021;34(1):68-81. Disponible en: <https://doi.org/10.21615/cesodon.34.1.7>
7. Gallardo CA, Ascanio A. Oclusión basada en evidencia. Rompiendo paradigmas. Revista de la Asociación Dental Mexicana [Internet]. 2023;80(1):41-8. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/109727>
 8. Díaz-Miralles M. Perspectiva de desarrollo profesional en Cuba desde la Cátedra Multidisciplinaria de Oclusión. Arch méd Camagüey [Internet]. 2021;25(4):e7619. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=111563>
 9. Paz CA, Santos CC, Matta CO, León R, Quintana MG. Frecuencia y distribución de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2023;33(2):112-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v33n2/1019-4355-reh-33-02-121.pdf>
 10. Mombiedro R. Misiones de la Sanidad Militar, Especialidad fundamental odontología: propuesta de empleo. Sanid Mil [Internet]. 2013;69(4):266-73. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712013000400007>
 11. Cadena-Rosero GI, Celorio-Giler FV, Armijos-Moreta JF, Gavilánez-Villamarín SM. Dental practitioners' perception of the care of patients with Angle II malocclusions. Universidad Médica Pinareña [Internet]. 2023;19:e968. Disponible en: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7967347>

12. Nafeesa Q, Imran Z. Principles and concepts of occlusion in restorative dentistry. *Int J Oral Craniofac Sci* [Internet]. 2023;9(1):001-7. Disponible en: <https://doi.org/10.17352/2455-4634.000059>

13. Mehta SB, Rizzo D, Paulose B, Botbol A, Vijay S, Arjuna A, et al. Evaluation of dental practitioner habits with occlusal assessment and the clinical application of practical techniques in occlusion, amongst a cohort of participants based in the UK, South Africa, Malta and Malaysia. *J of Oral Rehabilitation* [Internet]. 2022;49(10):944-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/joor.13358>

14. Bozhkova T, Musurlieva N, Slavchev D, Dimitrova M, Rimalovska S. Occlusal Indicators Used in Dental Practice: A Survey Study. Vozza I, editor. *BioMed Research International* [Internet]. 2021;2021(1):2177385. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2021/2177385>

15. Mohammed JS, Antony T, Hashim A, Salim N. Assessing the knowledge of dental practitioners on development of occlusion and eruption patterns. *Int J Oral Care Res* [Internet]. 2021;9(2):49. Disponible en: https://doi.org/10.4103/INJO.INJO_17_21

16. Morais PS, Lopes JM, de Oliveira D, Mendes BC, Alves R, Liberato C, et al. O ensino de odontologia garante o conhecimento necessário da oclusão e da articulação temporomandibular? *RSD* [Internet]. 2021;10(9):e9610917589. Disponible en: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17589>

17. Narangerel G, Cheng HC, Sainbayar B, Ganburged G. Perception of and Attitudes on Malocclusion: A Literature Review. *Taiwanese Journal of Orthodontics* [Internet]. 2021;33(3):100-10. Disponible en: <https://doi.org/10.38209/2708-2636.1102>

18. Condori WW. Dental and skeletal malocclusions in adolescents in a public educational institution. Revista Odontológica Basadrina [Internet]. 2024;8(1):59-65. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rob/article/view/2144/2279>

19. Balarezo JA, Castilla M, León R, Meneses A. Factores clínicos relevantes en el diagnóstico de un colapso posterior de mordida. Una revisión sistemática de reportes de caso 2021. Rev Estomatol Herediana [Internet]. 2022;32(3):295-304. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/4288/4860>

20. Araujo M, Mezarina J. Dimensión vertical oclusal en niños de 3, 4 y 5 años con relación a su biotipo facial. rob [Internet]. 2021;5(1):3-10. Disponible en: <https://doi.org/10.33326/26644649.2021.5.1.1081>

21. Carbone L. Tratamiento Temprano de las Maloclusiones sin Aparatología Funcional: Presentación de Dos Casos Clínicos. Int J Odontostomat [Internet]. 2014;8(2):253-60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2014000200018>

22. Brucil JM, Tapia SI. Alteraciones de la oclusión dental y su efecto en los procesos motores del habla, Quito, octubre 2020 - marzo 2021 [Internet] [Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación presentado como requisito previo a la obtención del Título de Licenciada en Terapia del Lenguaje]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2021. Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/3d69b5b3-20ea-4e14-ab3a-e9e2c9b314bc>

23. Estudi Dental Barcelona. ¿Qué es la relación céntrica en odontología y cuál es su función? [Internet]. Estudi Dental Barcelona. 2017. Disponible en: <https://estudidentalbarcelona.com/la-relacion-centrica-odontologia-funcion/>

24. Torrent JMU, Von JD. Ortodoncia. Edicions Universitat Barcelona. 2002.
25. Giménez FS. Manual básico del tratamiento protésico para odontólogos. 1.^a ed. 3Ciencias; 2016.
26. Peña J. Manual de logopedia. Elsevier - Barcelona. 2014;139-50.
27. Gurrola B, Orozco L. Maloclusiones. UNAM, FES Zaragoza; 2017.
28. Firmani M, Becerra N, Sotomayor C, Flores G, Salinas JC. Oclusión terapéutica. Desde las escuelas de oclusión a la Odontología Basada en Evidencia. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral [Internet]. 2013;6(2):90-5. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/piro/v6n2/art09.pdf>
29. Michel SAV. Restablecimiento de la oclusión dental con resinas compuestas. Orbis Tertius-UPAL. 2022;6(11):125-39.
30. Carbone L. Tratamiento temprano de las maloclusiones sin aparatología funcional: presentación de dos casos clínicos. Int J Odontostomat. 2014;9(2):263-72.
31. HEnnessy G. Texas. 2021. Maloclusión.
32. Soler D. Diagnóstico oclusal/funcional, el comienzo de la rehabilitación oral. Revista oficial Sepes. 2020;22(1):8-17.
33. Cano Andrade PI. Protocolo para el diagnóstico de oclusión patológica en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia. 2015;134.
34. Coll M, Aguado G, Fernandez Z, Gamba S, Perello E. Transtornos del habla y de la voz. UOC E, editor. 2014.

35. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta [Internet]. Segunda edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2023. 784 p. Disponible en: https://www.sancristoballibros.com/libro/metodologia-de-la-investigacion-las-rutas-cuantitativa-cualitativa-mixta_93340

36. Ñaupas H, Mejía E, Trujillo I, Romero H, Medina W, Novoa E. Metodología de la investigación total: cuantitativa, cualitativa y redacción de tesis [Internet]. Sexta edición. Bogotá: Ediciones de la U; 2023. Disponible en: https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9789587924664_A47035222/preview-9789587924664_A47035222.pdf

37. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para realizar un proyecto de tesis [Internet]. Primera edición digital. Puno, Perú: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C.; 2022. 164 p. Disponible en: <https://doi.org/10.35622/inudi.b.016>

38. Angarita R. Muestreo estadístico: métodos básicos [Internet]. Programa Editorial Universidad del Valle. Programa Editorial Universidad del Valle; 2024. Disponible en: <https://libros.univalle.edu.co/index.php/programaeditorial/catalog/book/996>

39. Maldonado-Suárez N, Santoyo-Telles F. Validez de contenido por juicio de expertos: Integración cuantitativa y cualitativa en la construcción de instrumentos de medición. Revista d'Innovació i Recerca en Educació [Internet]. 2024;17(2):1-19. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/view/46238/41929>

40. Ntumi S, Agbenyo S, Bulala T. Estimating the Psychometric Properties (Item Difficulty, Discrimination and Reliability Indices) of Test Items using Kuder-

- Richardson Approach (KR-20). Shanlax International Journal of Education [Internet]. 2023;11(3):18-28. Disponible en: <https://doi.org/10.34293/education.v11i3.6081>
41. Roco-Videla Á, Aguilera-Eguía RA, Olguín-Barraza M. Ventajas del uso del coeficiente de omega de McDonald frente al alfa de Cronbach. Nutr Hosp [Internet]. 2023;1-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.04879>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia clínica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de autoeficacia profesional en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia clínica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de autoeficacia profesional en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Ha: Existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Ha1: Existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia clínica en la práctica odontológica policial del</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Nivel de conocimiento de oclusión</p> <p>Variable 2:</p> <p>Percepción sobre la relevancia del conocimiento de la oclusión en la práctica profesional</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relevancia clínica -Autoeficacia profesional -Relevancia terapéutica 	<p>Método:</p> <p>Hipotético deductivo.</p> <p>Enfoque:</p> <p>Cuantitativo.</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Básica.</p> <p>Diseño:</p> <p>No Experimental.</p> <p>Corte: transversal.</p> <p>Nivel: Correlacional.</p> <p>Población, muestra y muestreo:</p> <p>Población: 174 integrantes del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”.</p> <p>Muestra: 120 integrantes del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”.</p>

<p>¿Cuál es la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia terapéutica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026?</p>	<p>Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia terapéutica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p>	<p>personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Ho1: No existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia clínica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Ha2: Existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de autoeficacia profesional en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Ho2: No existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de autoeficacia profesional en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP</p>		<p>Tipo de muestreo: Probabilístico aleatorio simple.</p>
--	--	--	--	--

		<p>“Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Ha3: Existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia terapéutica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p> <p>Ho3: No existe relación significativa entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su relevancia terapéutica en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP “Marily Solier Gavilán”, Lima – 2026.</p>		
--	--	---	--	--

Anexo 2. Instrumentos

CONOCIMIENTO SOBRE OCCLUSIÓN

Instrucciones

Estimado(a) cirujano dentista / interno de odontología:

El presente cuestionario tiene como finalidad conocer su nivel de conocimiento sobre oclusión dental en el contexto de la práctica clínica. Marque solo una alternativa en cada pregunta.

1. Durante la planificación de una rehabilitación fija extensa en un paciente sin patología articular, la posición mandibular recomendada para registrar la mordida es:

- a) Posición intercuspal habitual.
- b) Relación céntrica.
- c) Posición de máxima apertura cómoda.

2. La oclusión ideal en un paciente dentado se caracteriza clínicamente por:

- a) Ausencia de contactos posteriores en movimientos excursivos.
- b) Relación armónica y estable entre dientes, ATM y musculatura sin signos ni síntomas de disfunción.
- c) Coincidencia obligatoria de relación céntrica con máxima intercuspidación.

3. En un paciente adulto, la clase I de Angle se identifica cuando:

- a) La cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con el surco vestibular del primer molar inferior.
- b) El primer molar inferior está mesializado respecto al superior.
- c) El perfil facial es claramente cóncavo.

4. En la clase II de Angle, un hallazgo habitual es:

- a) Cúspide mesiovestibular del primer molar superior por detrás del surco vestibular del inferior.
- b) Sobremordida horizontal reducida (<1 mm).
- c) Cúspide mesiovestibular del primer molar superior por delante del surco vestibular del inferior.

5. En la clase III de Angle, se espera encontrar:

- a) Relación molares en neutroclusión.
- b) Cúspide mesiovestibular del primer molar superior por detrás del surco vestibular del inferior.
- c) Alineación ideal con sobremordida horizontal de 2–3 mm.

6. La oclusión céntrica se define clínicamente como:

- a) Máxima intercuspidación dentaria independientemente de la posición condilar.
- b) Contacto dentario cuando la mandíbula está en relación céntrica, que puede o no coincidir con la máxima intercuspidación.
- c) Posición habitual de cierre espontáneo del paciente.

7. El término más aceptado para relación céntrica señala que es:

- a) La relación maxilomandibular con los cóndilos en posición anterosuperior contra la eminencia articular, independiente del contacto dentario.
- b) La posición más posterior posible de los cóndilos en la cavidad glenoidea.
- c) La posición de máximo contacto dentario sin guías anteriores.

8. La técnica más recomendada para llevar a un paciente a relación céntrica en rehabilitación compleja es:

- a) Guía deglutiva en posición habitual.
- b) Técnica bimanual de Dawson con desprogramador anterior.
- c) Registro en máxima intercuspidación con cera blanda.

9. En una excursión lateral derecha fisiológica se espera:

- a) Contactos simultáneos en lado de trabajo y balance.
- b) Guía canina o función de grupo en lado de trabajo sin contactos posteriores en lado de balance.
- c) Contacto exclusivo de molares en ambos lados.

10. Durante un movimiento de protrusión normal:

- a) Deben contactar principalmente los incisivos y, según el caso, caninos; los posteriores se desocluen.
- b) Se mantienen contactos simultáneos de posteriores e incisivos.
- c) No deben existir contactos anteriores.

11. La dimensión vertical de oclusión (DVO) se refiere a:

- a) Distancia entre dos puntos craneofaciales cuando la mandíbula está en reposo fisiológico.
- b) Distancia entre dos puntos seleccionados cuando los dientes se encuentran en máxima intercuspidación.
- c) Distancia entre la punta de la nariz y el mentón independiente de la posición mandibular.

12. La dimensión vertical de reposo (DVR) se define como:

- a) Distancia entre dos puntos seleccionados con la mandíbula en posición de descanso muscular.
- b) Distancia al cerrar en máxima intercuspidación.
- c) Distancia medida solo en posición de apertura máxima.

13. El espacio libre interoclusal corresponde clínicamente a:

- a) Diferencia entre la DVR y la DVO.
- b) Distancia entre cúspides de molares antagonistas en máxima intercuspidación.
- c) Espacio entre incisivos superiores e inferiores en protrusión.

14. La guía anterior se entiende como:

- a) Contacto exclusivo de caninos en lateralidad.
- b) Influencia de las superficies palatinas de dientes anterosuperiores y bordes incisales de anteroinferiores sobre los movimientos mandibulares.
- c) Cualquier contacto entre incisivos en cierre habitual.

15. La Curva de Spee se describe como:

- a) Línea recta que une incisivos superiores y segundos molares.
- b) Curvatura anteroposterior formada por cúspides de dientes inferiores posteriores desde canino hasta últimos molares y cóndilo.
- c) Curva transversal entre cúspides palatinas de molares superiores.

16. La sobremordida vertical se define clínicamente como:

- a) Distancia horizontal entre incisivos superiores e inferiores.
- b) Distancia que los bordes incisales superiores sobrepasan verticalmente a los inferiores en máxima intercuspidación.
- c) Cierre borde a borde de incisivos.

17. La sobremordida horizontal (overjet) se refiere a:

- a) Separación vertical entre incisivos superiores e inferiores.
- b) Proyección de los incisivos superiores más allá de los inferiores en el plano horizontal.
- c) Relación borde a borde.

18. En el análisis de puntos de contacto oclusales A, B y C, es correcto afirmar que:

- a) Los puntos A y C estabilizan la oclusión y el punto B actúa como tope de cierre.
- b) Solo el punto B es estabilizador.
- c) Los puntos A y C son irrelevantes para la estabilidad.

19. La oclusión traumática se define como:

- a) Cualquier relación de clase III.
- b) Relación oclusal en la que las fuerzas exceden la capacidad de adaptación de los tejidos de soporte, produciendo daño.
- c) Oclusión con contactos únicamente en dientes anteriores.

20. El trauma oclusal primario se presenta cuando:

- a) Un diente con soporte periodontal intacto es sometido a fuerzas oclusales excesivas.
- b) Un diente con pérdida de inserción recibe fuerzas consideradas normales.
- c) Una restauración en infraoclusión pierde contactos.

21. El trauma oclusal secundario ocurre cuando:

- a) Un diente con periodonto reducido es sometido a fuerzas oclusales fisiológicas que resultan traumáticas.
- b) Un diente sano recibe un solo contacto prematuro aislado.
- c) Cualquier diente presenta facetas de desgaste sin movilidad.

22. La placa oclusal rígida en pacientes bruxistas tiene como objetivo principal:

- a) Alinear dientes y corregir maloclusiones de forma definitiva.
- b) Desprogramar la musculatura, redistribuir fuerzas y estabilizar la oclusión temporalmente.
- c) Sustituir la necesidad de tratamiento rehabilitador definitivo.

23. En relación con el bruxismo y la oclusión, es correcto afirmar que:

- a) Eliminar todas las interferencias oclusales siempre cura el bruxismo.
- b) El bruxismo tiene componentes multifactoriales; la oclusión es solo uno de ellos y las placas suelen enmascarar y proteger, no curar la parafunción.
- c) El bruxismo no guarda ninguna relación con cargas oclusales.

24. En la evaluación de un paciente con desgaste severo y dolor muscular, la primera etapa del abordaje oclusal debería ser:

- a) Realizar rehabilitación definitiva inmediata en máxima intercuspidación.
- b) Estabilizar la oclusión y la musculatura mediante desprogramación (por ejemplo, placa oclusal) antes de definir cambios permanentes.
- c) Extraer los dientes más desgastados para eliminar la interferencia.

**KEY DE LAS PREGUNTAS DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO
DE LA OCLUSIÓN**

Ítem	Respuesta correcta
1	b
2	b
3	a
4	c
5	b
6	b
7	a
8	b
9	b
10	a
11	b
12	a
13	a
14	b
15	b
16	b
17	b
18	a
19	b
20	a
21	a
22	b
23	b
24	b

PERCEPCIÓN SOBRE LA RELEVANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA OCLUSIÓN EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Instrucciones

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con su práctica odontológica. Indique el grado en que está de acuerdo con cada una, marcando una sola alternativa.

Escala de respuesta:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

	1	2	3	4	5
Dimensión 1: Relevancia clínica					
Considero que el conocimiento de oclusión es determinante para realizar diagnósticos clínicos más precisos.					
Antes de plantear un plan de tratamiento, suelo valorar aspectos oclusales para evitar errores.					
Comprender las guías funcionales me ayuda a interpretar con mayor claridad los hallazgos clínicos.					
La evaluación oclusal influye directamente en la elección de materiales y técnicas restauradoras.					
Observar la dinámica mandibular me permite anticipar posibles complicaciones durante el tratamiento.					
El análisis oclusal aporta información clave en casos de dolor muscular o articular.					
El conocimiento oclusal es un componente esencial para resolver casos clínicos complejos.					
Dimensión 2: Autoeficacia profesional					
Me siento seguro(a) evaluando interferencias oclusales durante la atención clínica.					
Confío en mi capacidad para identificar contactos prematuros y corregirlos cuando es necesario.					
Considero que tengo dominio suficiente para interpretar signos relacionados con disfunción oclusal.					
Me siento competente analizando la relación céntrica y su influencia en la oclusión del paciente.					
El conocimiento oclusal fortalece mis decisiones terapéuticas durante procedimientos restauradores.					
Soy capaz de integrar criterios oclusales en tratamientos multidisciplinarios.					
El manejo del componente oclusal me brinda seguridad en casos de mayor complejidad clínica.					

Dimensión 3: Relevancia terapéutica					
Un adecuado conocimiento de oclusión ayuda a prevenir fallas en restauraciones y prótesis.					
Evaluar la oclusión disminuye la probabilidad de complicaciones postoperatorias.					
El abordaje oclusal contribuye a reducir el riesgo de dolor muscular o articular.					
Un análisis oclusal adecuado favorece la estabilidad funcional a largo plazo.					
Revisar guías y contactos oclusales mejora la predictibilidad de los tratamientos.					
Evaluar los factores oclusales evita retratamientos innecesarios.					
Integrar criterios oclusales contribuye significativamente al éxito terapéutico.					

Anexo 3. Expediente de validación



VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dr. Christian Gómez Carrión
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente a tiempo completo
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.
 1.4 Título de la Investigación: RELACION ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA – 2026.

II. ASPECTO DE LA VALIDACION

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.				X	
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 0.98$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría		Intervalo
Desaprobado		[0,00 – 0,60]
Observado		<0,60 – 0,70]
Aprobado		<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 20 de noviembre del 2025.

Dr. Christian E. Gómez Carrión
 REHABILITACIÓN ORAL
 C.O.P.: 21260
 R.N.E.: 2828

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Cd. Viale Oré, Enzo Renato
 1.2 Cargo e Institución donde labora: Docente a tiempo completo
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.
 1.4 Título de la Investigación: RELACION ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA – 2026.

II. ASPECTO DE LA VALIDACION

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)						
		A	B	C	D	E

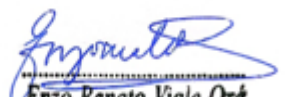
$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 1.00$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenida en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 – 0,60]
Observado	<0,60 – 0,70]
Aprobado	<0,70 – 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 20 de noviembre del 2025.


Enzo Renato Viale Oré
 Cirujano Dentista
 C.O.P. 15683

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: *Dr. Minaya Rondon, Omar F. Ricardo*
 1.2 Cargo e Institución donde labora: *Docente de la Universidad Norbert Wiener*
 1.3 nombre del instrumento motivo de evaluación: Instrumento de recolección de datos.
 1.4 Título de la Investigación: RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA - 2026.

II. ASPECTO DE LA VALIDACIÓN

	CRITERIOS	Deficiente 1	Baja 2	Regular 3	Buena 4	Muy buena 5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos de cantidad y calidad en sus ítems.					X
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos del desarrollo de capacidades cognoscitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Alineado a los objetivos de la investigación y metodología.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito del estudio.					X
10. PERTINENCIA	El instrumento es adecuado al tipo de Investigación.					X
CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)		A	B	C	D	E

$$\text{Coeficiente de Validez} = \frac{(1 \times A) + (2 \times B) + (3 \times C) + (4 \times D) + (5 \times E)}{50} = 1.00$$

III. CALIFICACIÓN GLOBAL (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado)

Categoría	Intervalo
Desaprobado	[0,00 - 0,60]
Observado	<0,60 - 0,70]
Aprobado	<0,70 - 1,00]

IV. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Lima, 20 de noviembre del 2025.

[Firma]
 Firma y sello
 OMAR F. RICARDO RONDON
 CIRUJANO DENT
 C.O.P. 20550 RNE

Anexo 4. Confiabilidad del instrumento

Tabla 5. Valores de KR-20

Coefficiente de Fiabilidad del Test	Categorización
1,00 > 0,90	Muy alta fiabilidad
0,75 - 0,90	Buena fiabilidad
0,50 - 0,75	Fiabilidad media
-1,00 < 0,50	Pobre fiabilidad

BASE DE DATOS

Nº	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	K24	Total	
1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
2	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	14
3	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	6	
4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
5	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	8	
6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
7	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	23	
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	15	
10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	6	
11	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	17	
12	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	10	
13	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	16	
14	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	
15	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	20	

16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	21	
17	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	10	
18	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	16	
19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
20	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	
P	0.75	1	0.55	0.65	0.5	0.65	0.5	1	0.45	0.55 5	0.55 5	0.45 5	0.35 5	0.35 5	0.4	0.4	0.4	0.35 5	0.25 5	0.4	0.4	0.25 5	0.2	0.25 5	42.555	Varianza muestral
Q	0.25	0	0.45	0.35	0.5	0.35	0.5	0	0.55	0.45 5	0.45 5	0.55 5	0.65 5	0.65 5	0.6	0.6	0.6	0.65 5	0.75 5	0.6	0.6	0.75 5	0.8	0.75 5		
P	0.1875	0	0.2475	0.2275	0.25	0.2275	0.25	0	0.2475	0.25 5	0.25 5	0.25 5	0.25 3	0.25 3	0.25 4	0.25 4	0.25 4	0.25 3	0.19	0.25 4	0.25 4	0.19 9	0.16 6	0.19 9	2.353	Suma (PQ)
Q																										

$$KR_{20} = \frac{24}{24-1} \times \left[1 - \frac{\sum p \times q}{V_t} \right]$$

$$KR_{20} = \frac{20}{20-1} \times \left[1 - \frac{2.353}{42.555} \right]$$

$$KR_{20} = 0.9858$$

Tabla 6. Confiabilidad del instrumento “Percepción de su importancia en la práctica odontológica”.

	Alfa de Cronbach	ω de McDonald
escala	0.9911	0.9913

N=20

Anexo 5. Constancia de aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 19 de febrero del 2026.

Autor Responsable:

Deysi Lucero Caruajulca Benavides

Exp. N°: 0381-2026

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y **APROBÓ** el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: **"RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA – 2026"**

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 01/02/ 2026.

El cual tiene como Autor(es) a:

Deysi Lucero Caruajulca Benavides

La **APROBACIÓN** otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- * La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una **vigencia de veinticuatro (24) meses** contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- * La constancia de aprobación por el CIEIC **no garantiza la aceptación** por parte de las **instituciones** en las que se planea realizar la investigación.
- * En caso de requerir una **enmienda**, entendida como una modificación menor que **no altera de manera sustantiva** el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. **Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo** ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
 Presidente
 Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
 Universidad Privada Norbert Wiener



POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ
DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIAL
SECRETARÍA
UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN

REF.: a. PROVEIDO N° 005843-2026-COMGENPNP-
DIRPSP-DIRSAPOL-SUBDIR (28MAY26)
b. OFICIO N°000084-2026/DIRSAPOL-SUBDSP-
CLIPOLSPDOS2PNPMSG (27MAY26) (EXP:
PNP0198820264241301), relacionado a la
solicitud presentada por la S2 PNP Deysi Lucero
CARUAJULCA BENAVIDES, para realizar
proyecto de investigación en la Clínica Policial
Especializada Odontológica S2 PNP "MSG".

DECRETO N°146-2026-COMGENPNP-DIRPSP-DIRSAPOL-SEC-UNIDOCAP.AI

Visto el expediente administrativo de la referencia, relacionado a la solicitud presentada por la S2 PNP Deysi Lucero CARUAJULCA BENAVIDES, egresada de la Escuela Académico Profesional de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Norbert Wiener, quien peticiona autorización para realizar en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG", proyecto de investigación de tesis, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista; **PASE** al señor Coronel **SPNP Miguel Ángel JARAMILLO LANTARON**, Jefe de la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG", con la finalidad de comunicarle que esta Dirección **AUTORIZA** a la S2 PNP Deysi Lucero CARUAJULCA BENAVIDES, realizar sin costo para el Estado, en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG", el proyecto de investigación de tesis titulado: **"RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA-2026"**, con fines estrictamente académicos, a través de la Universidad Norbert Wiener; y, tenga a bien disponer por quien corresponda, se brinden las facilidades necesarias para la aplicación de instrumentos de investigación; asimismo, la Unidad de Docencia y Capacitación en la Clínica Policial Especializada Odontológica S2 PNP "MSG", dispondrá la supervisión y monitoreo de dicha actividad, informando de su resultado, debiendo comunicar a la administrada que, al término de su investigación, deberá presentar una copia del estudio realizado a la referida Unidad.

Miraflores, 02 JUN 2026

JAVR/PJPM
msp.



OS - 287529
Jorge Alberto VILLACORTA RUIZ
GENERAL SPNP
DIRECTOR DE SANIDAD POLICIAL

Anexo 6. Consentimiento informado

 Universidad Norbert Wiener	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA	CÓDIGO: UPNW-EES-MAN-001 VERSIÓN: 05
--	---	--

Anexo 4

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Título del Proyecto de Investigación: RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA – 2026.	
Autor Responsable: Deysi lucero Caruajulca Benavides	
Autor 2: -	
Institución: Clínica Especializada S2 PNP "Marily Solier Gavilán"	
I. INVITACIÓN	
Estimado(a) participante: Le invitamos a participar en un estudio de investigación titulado: "RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA – 2026", desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener S.A. (UPNW). A continuación, le proporcionamos información detallada sobre el estudio y su participación.	
II. INFORMACIÓN	
2.1	Propósito del estudio: Determinar la relación entre el conocimiento de oclusión y la percepción de su importancia en la práctica odontológica policial del personal odontológico clínico de la Clínica Especializada S2 PNP "Marily Solier Gavilán", Lima – 2026.
2.2	Duración del estudio: 4 meses.
2.3	Número esperado de participantes: El estudio incluirá a un total de 120 participantes mayores de 18 años, quienes conforman la población completa de la institución educativa seleccionada.
2.4	Criterios de Inclusión y exclusión Criterios de inclusión: <ul style="list-style-type: none"> - Odontólogos y odontólogos especialistas que laboraron de manera activa en la clínica durante el periodo de recolección de datos. - Internos de odontología que se encontraron rotando en la institución y participaron en actividades clínicas. - Participantes que aceptaron formar parte del estudio de manera voluntaria y completaron el cuestionario en su totalidad. - Personal clínico que contó con más de un mes de permanencia en el servicio, con la finalidad de asegurar familiaridad con la dinámica asistencial. Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> - Personal administrativo o personal que no realizó atención odontológica directa. - Odontólogos, odontólogos especialistas o internos que se encontraron en periodos prolongados de licencia, descanso médico o comisión de servicio. - Participantes que entregaron cuestionarios incompletos o con inconsistencias evidentes. - Personal recién incorporado a la clínica, con menos de un mes de permanencia en el servicio.
2.5	Procedimientos del estudio: El cuestionario diseñado para evaluar el nivel de conocimiento sobre oclusión estuvo conformado por preguntas con una única respuesta correcta, abarcando contenidos como relación céntrica, guías funcionales, dimensión vertical, diagnóstico de interferencias, trauma oclusal, maloclusiones y procesos de toma de decisiones en rehabilitación. Cada respuesta correcta se califica con un punto, mientras que las incorrectas no suman puntuación. Los resultados se interpretaron en tres niveles de clasificación bajo, medio y alto, lo que permite establecer de manera práctica el nivel de conocimiento de cada participante. Esta categorización, más sintética que la propuesta inicial del cuestionario de Rodríguez, responde a la necesidad de trabajar con una comunidad odontológica clínica, donde las diferencias entre niveles suelen ser más marcadas que en estudiantes en formación. En cuanto a la segunda variable, el instrumento está compuesto por 21 ítems distribuidos en tres dimensiones: relevancia clínica, autoeficacia profesional y relevancia terapéutica. Cada dimensión incluye siete afirmaciones diseñadas para captar la percepción que el personal odontológico clínico tiene sobre el papel del conocimiento oclusal en su práctica cotidiana.

	Página 1 de 3
--	----------------------

Prohibida la reproducción de este documento, este documento impreso es una copia no controlada.

 Universidad Norbert Wiener	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA	CÓDIGO: UPNW-EES-MAN-001 VERSIÓN: 05
	<p>Las afirmaciones se presentan en una escala Likert de cinco puntos, que va desde muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo. Esta estructura permite que los encuestados expresen con mayor precisión el grado de concordancia con cada enunciado, evitando respuestas forzadas y favoreciendo un análisis más detallado de la percepción profesional.</p> <p>Los ítems fueron redactados en un lenguaje sencillo, pero técnicamente riguroso, incorporando situaciones clínicas reales, reflexiones sobre la toma de decisiones y la valoración que los personales odontológicos clínicos otorgan al conocimiento oclusal en distintos escenarios terapéuticos. La puntuación se obtiene asignando valores de 1 a 5 según el nivel de acuerdo, y la suma de los puntajes de cada dimensión permitirá clasificar la percepción en rangos cualitativos (baja, media y alta), respetando su naturaleza ordinal y facilitando la interpretación.</p>	
2.6	Riesgos: No existe riesgo en los participantes de este estudio, además los resultados del estudio contribuirán al diseño de estrategias integradas de prevención en salud infantil, beneficiando a la comunidad educativa.	
2.7	Beneficios: No existe ningún tipo de beneficio económico.	
2.8	Costos e incentivos: La participación no implicará ningún costo para usted, ni recibirá incentivos económicos ni materiales a cambio de su colaboración.	
2.9	Confidencialidad: Su información será codificada para proteger su identidad. Si los resultados del estudio se publican, no se incluirá ninguna información que permita identificarlo. Los datos estarán disponibles solo para el equipo de investigación.	
2.10	Derechos del participante: Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalización o pérdida de derechos.	
2.11	Preguntas/Contacto: Si tiene preguntas o inquietudes, puede comunicarse con el autor responsable: Deysi lucero Caruajulca Benavides / 982521982 / Correo electrónico institucional: a2020201207@uwiener.edu.pe . También, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe	
2.12	Ocurrencias/Reclamos: En caso de existir alguna ocurrencia o reclamo, puede contactar al Comité de Ética que validó este estudio a través del Presidente del Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la UPNW, al correo comite.etica@uwiener.edu.pe	
III. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO		
Declaro haber leído y comprendido el contenido de este Formulario de Consentimiento Informado. He recibido una explicación clara sobre el objetivo, procedimiento y finalidad del estudio, así como respuesta a todas mis preguntas. Entiendo que mi participación es voluntaria y tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este Formulario.		
		____ / ____ / 202____ FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL PARTICIPANTE Nombre del Autor Responsable: DNI/Carné de Extranjería/Otros:	HUELLA DACTILAR (opcional)	
		20/06/2026. FECHA (dd/mm/aaaa)
FIRMA DEL AUTOR RESPONSABLE Nombre del Participante: Deysi lucero Caruajulca Benavides. DNI: 73941833	HUELLA DACTILAR	

Anexo 7. Informe de tesis

 Universidad Norbert Wiener	INFORME DEL ASESOR		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-014	VERSIÓN: 02 REVISIÓN: 02	FECHA: 13/05/2020

Lima, 18 de junio del 2026

Mg. Tessie Lorena Loli Tovar
 Jefa de Grados y Títulos
 Universidad Privada Norbert Wiener
 Presente. -

De mi especial consideración:

Es grato expresarle un cordial saludo y como asesor de tesis titulada: **"RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE OCLUSIÓN Y PERCEPCIÓN DE SU IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA POLICIAL, LIMA – 2026"** desarrollado por la egresada Deysi lucero Caruajulca Benavides; para la obtención del Título Profesional de Cirujano dentista; ha sido concluida satisfactoriamente.

Al respecto informo que se lograron los siguientes objetivos:

- Orientar la investigación para lograr los objetivos de la misma.
- Revisar el informe final en sus resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.
- Aprobar la tesis para su sustentación.

Atentamente,



Firma de la asesora

DS. ESP. Aguirre Morales, Anita Kori

Anexo 8. Reporte de turnitin

Página 2 de 58 - Descripción general de integridadIdentificador de la entrega: tmoid::1491261106320

11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

11%		Fuentes de Internet
1%		Publicaciones
6%		Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

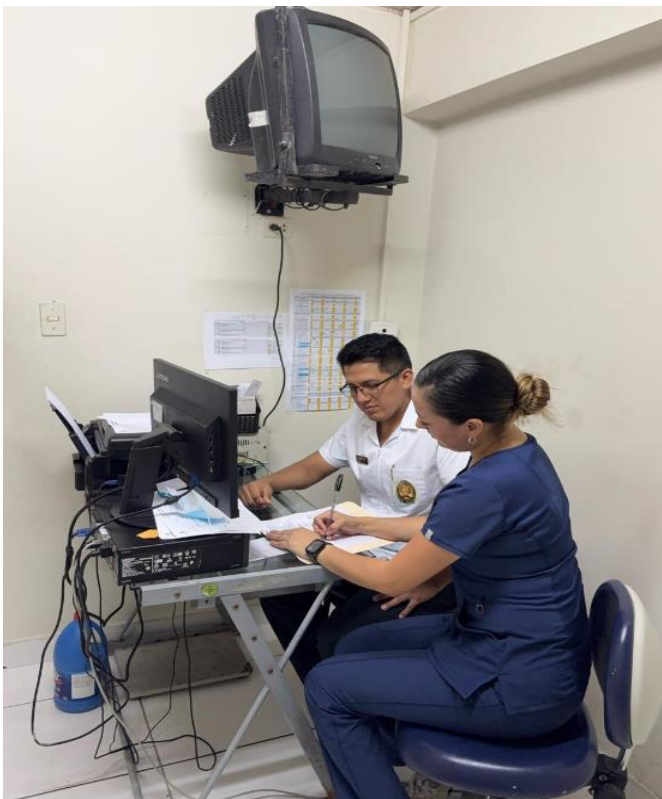
No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

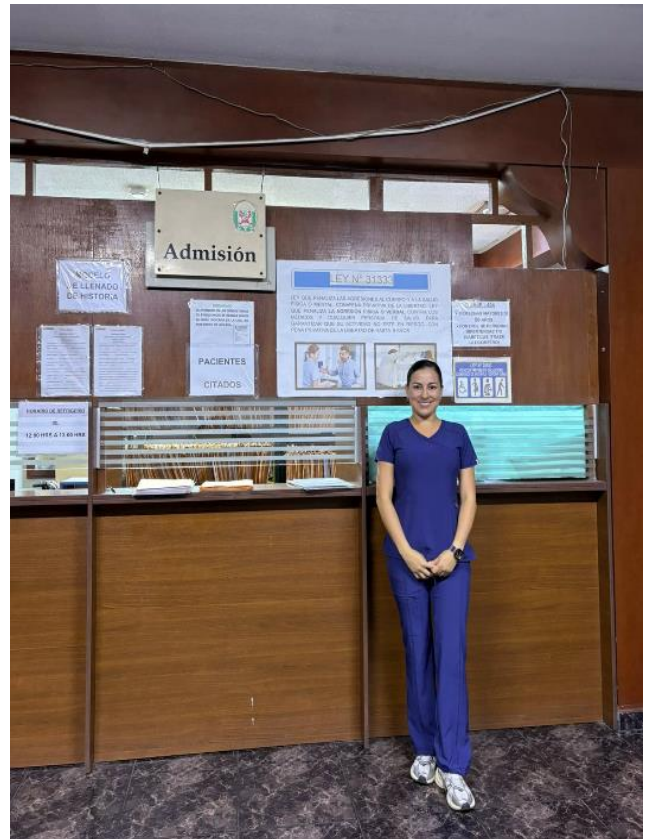
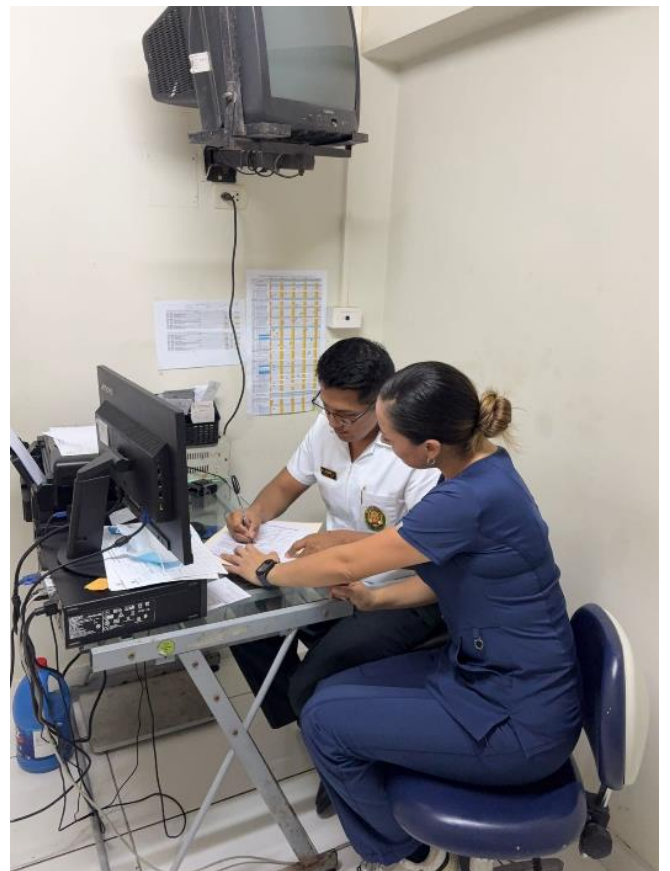
Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Página 2 de 58 - Descripción general de integridadIdentificador de la entrega: tmoid::1491261106320

Anexo 9. Evidencia fotográfica









11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	7%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-07-24	<1%
3	Internet	repositorio.uct.edu.pe	<1%
4	Internet	idoc.pub	<1%
5	Internet	repositorio.unh.edu.pe	<1%
6	Internet	revistacodigocientifico.itslosandes.net	<1%
7	Internet	www.coursehero.com	<1%
8	Internet	repositorio.upsc.edu.pe	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Nacional Agraria de la Selva on 2026-06-04	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2026-06-17	<1%
11	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%