

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

EFFECTO DE PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE CONOCIMIENTO DE
SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD I-4 BELLAVISTA NANAY,
LORETO 2022

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

AUTORES: BACH. FRANCESCA ESTEFANI RENGIFO JESUS
BACH. OLINDA RIVAS DA COSTA

ASESOR: MG. ESP. CD. JACOBO DÍAZ YUMBATO

SAN JUAN BAUTISTA – PERÚ

2022

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

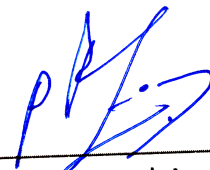
La Tesis titulada:

**“EFECTO DE PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE CONOCIMIENTO DE SALUD
BUCAL EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD I-4
BELLAVISTA NANAY, LORETO 2022”**

De los alumnos: **FRANCESCA ESTEFANI RENGIFO JESUS Y OLINDA RIVAS DA
COSTA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión
por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **12% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que
estime conveniente.

San Juan, 22 de Noviembre del 2022.














Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética – UCP

Document Information

| | |
|--------------------------|--|
| Analyzed document | UCP_SALUD_2022_TI_FrancescaRengifo_OlindaRivas_V1.pdf (D149654046) |
| Submitted | 11/14/2022 5:20:00 PM |
| Submitted by | Comisión Antiplagio |
| Submitter email | revision.antiplagio@ucp.edu.pe |
| Similarity | 12% |
| Analysis address | revision.antiplagio.ucp@analysis.arkund.com |

Sources included in the report

| | | | |
|-----------|--|---|----------|
| W | URL: http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/coemed/article/view/2667 Fetched: 11/14/2022 5:21:00 PM |  | 1 |
| W | URL: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/513 Fetched: 11/14/2022 5:21:00 PM |  | 1 |
| W | URL: http://www.revincientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/286/980 Fetched: 9/26/2021 3:08:20 PM |  | 2 |
| W | URL: http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2856 Fetched: 11/14/2022 5:21:00 PM |  | 3 |
| W | URL: http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4270 Fetched: 11/14/2022 5:21:00 PM |  | 3 |
| W | URL: https://hdl.handle.net/20.500.12759/7405 Fetched: 11/14/2022 5:22:00 PM |  | 2 |
| W | URL: http://hdl.handle.net/20.500.12423/1671 Fetched: 11/14/2022 5:22:00 PM |  | 2 |
| W | URL: http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/219 Fetched: 11/14/2022 5:22:00 PM |  | 2 |
| SA | 751cf89ffff3f6842e97ec0afa278c3ff73fe977.html Document 751cf89ffff3f6842e97ec0afa278c3ff73fe977.html (D135029500) |  | 3 |
| SA | Universidad Científica del Perú / UCP_estomatologia_2021_Tesis_KarlaGomez_ErickLlerena_V1.pdf Document UCP_estomatologia_2021_Tesis_KarlaGomez_ErickLlerena_V1.pdf (D115618517) Submitted by: revision.antiplagio@ucp.edu.pe Receiver: revision.antiplagio.ucp@analysis.arkund.com |  | 2 |
| SA | INFORME FINAL ANNIESKA ANTIPLAGIO 3 ENERO.docx Document INFORME FINAL ANNIESKA ANTIPLAGIO 3 ENERO.docx (D123944613) |  | 2 |

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado en primer lugar a Dios porque sin el no somos nada y por habernos guiado a lo largo de nuestras vidas, hasta llegar a este momento.

A nuestros padres, hermanos, hijos y esposo que siempre nos acompañaron, siendo nuestra fortaleza y jamás nos soltaron la mano en este proceso.

A la Universidad y docentes, que con sus conocimientos nos formaron y con sus enseñanzas nos llevaron a este momento, de concluir lo anhelado.

A nuestros asesores que nos tuvieron paciencia en este trayecto y su apoyo para terminar este proyecto de tesis.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que este trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas.

**FRANCESCA ESTEFANI RENGIFO JESUS
OLINDA RIVAS DA COSTA**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, mi esposo e hijos porque ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños, quienes estuvieron siempre a mi lado apoyándome en cada momento. Hoy concluyo y les dedico a ustedes mis logros. Orgullosa de que Dios haya permitido de que ustedes formen parte de este momento tan importante, gracias por creer en mí.

FRANCESCA ESTEFANI RENGIFO JESUS

A ustedes, por el esfuerzo, dedicación, paciencia, por su confianza y por todo lo que me han dado a lo largo de este proceso de formación y de mi vida.

OLINDA RIVAS DA COSTA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 473-2022-UCP-FCS, del 11 de Mayo del 2022**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

| | |
|--|-------------------|
| ✦ Dr. Alejandro Chávez Paredes | Presidente |
| ✦ Dr. Jorge Francisco Bardales Ríos | Miembro |
| ✦ CD. Mgr. Raúl Carranza del Águila | Miembro |

Como Asesores: **CD. ESP. Jacobo Michel Díaz Yumbato, MG. y CD. ESP. Roy Elvis Ríos Ferreira, MG.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:00 a.m. horas, del día Jueves 15 de Diciembre del 2022, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de ESTOMATOLOGIA, de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"EFECTO DE PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD I-4 BELLAVISTA NANAY, LORETO 2022"**.

Presentado por las sustentantes: **FRANCESCA ESTEFANI RENGIFO JESUS
OLINDA RIVAS DA COSTA**

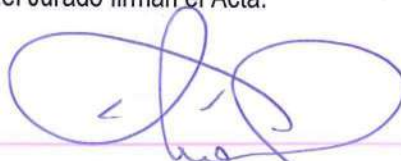
Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **CIRUJANO DENTISTA**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:
ABSUELTAS

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: APROBADO POR UNANIMIDAD CON LA NOTA 17 Diecisiete)


En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.



**Dr. Alejandro Chávez Paredes
Presidente**



**Dr. Jorge Francisco Bardales Ríos
Miembro**



**CD. Raúl Carranza del Águila, Mgr.
Miembro**

| | | | |
|---------------|-------------------------|---|-------|
| CALIFICACIÓN: | Aprobado (a) Excelencia | : | 19-20 |
| | Aprobado (a) Unanimidad | : | 16-18 |
| | Aprobado (a) Mayoría | : | 13-15 |
| | Desaprobado (a) | : | 00-12 |

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: EFECTO DE PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD I-4 BELLAVISTA NANAY, LORETO 2022.



Dr. Alejandro Chávez Paredes
Presidente



Dr. Jorge Francisco Bardales Ríos
Miembro



CD. Mgr. Raúl Carranza del Águila
Miembro



CD. ESP. Jacobo Michel Díaz Yumbato
Asesor



CD. ESP. Roy Elvis Ríos Ferreira, MG
Asesor

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | Pág. |
|--|------|
| Portada | i |
| Constancia de Originalidad | ii |
| Constancia de Originalidad | iii |
| Dedicatoria | iv |
| Agradecimiento | v |
| Acta de Sustentación | vi |
| Hoja de Aprobación | vii |
| Índice de Contenido | viii |
| Índice de tablas | ix |
| Índice de gráficos | x |
| Resumen y palabras clave | xi |
| Abstract | xii |
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO | 13 |
| 1.1. Antecedentes de Estudio | 13 |
| 1.2. Marco Teórico | 24 |
| 1.3. Definición de términos básicos | 33 |
| CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 34 |
| 2.1. Descripción del problema | 34 |
| 2.2. Formulación del problema | 35 |
| 2.3. Objetivos | 36 |
| 2.3.1. Objetivo General | 36 |
| 2.3.2. Objetivos específicos | 36 |
| 2.4. Hipótesis | 36 |
| 2.5. Variables | 37 |
| 2.5.1. Identificación de las variables | 37 |
| 2.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables | 37 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA | 38 |
| 3.1. Tipo de investigación y diseño de investigación | 38 |
| 3.2. Población y Muestra | 38 |
| 3.3. Técnicas, Procedimiento de recolección de datos e Instrumentos de recolección de datos | 40 |
| 3.4. Procesamiento de la información | 42 |
| 3.5. Protección de los Derechos Humanos | 42 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 43 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 49 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 53 |
| ANEXOS | 61 |

ÍNDICE DE TABLA

| | Pág. |
|--|------|
| Tabla 01. Distribución de la muestra que recibió charlas sobre salud bucal. | 43 |
| Tabla 02. Distribución de la muestra según sexo. | 44 |
| Tabla 03. Nivel de conocimiento de adolescentes antes de la aplicación del programa preventivo en el grupo experimental y control. | 45 |
| Tabla 04. Nivel de conocimiento de adolescentes después de la aplicación del programa preventivo en el grupo experimental y control. | 46 |
| Tabla 05. Prueba T de Student para el nivel de conocimiento de adolescentes antes de la aplicación del programa preventivo. | 47 |
| Tabla 06. Prueba T de Student para el nivel de conocimiento de adolescentes después de la aplicación del programa preventivo. | 48 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|------|
| Gráfico 01. Distribución de la muestra que recibió charlas sobre salud bucal. | 43 |
| Gráfico 02. Distribución de la muestra según sexo. | 44 |
| Gráfico 03. Nivel de conocimiento de adolescentes antes de la aplicación del programa preventivo en el grupo experimental y control. | 45 |
| Gráfico 04. Nivel de conocimiento de adolescentes después de la aplicación del programa preventivo en el grupo experimental y control. | 46 |

RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar el efecto del programa preventivo sobre conocimiento de salud bucal en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022. El diseño de estudio fue experimental, de tipo cuasiexperimental. La muestra estuvo conformada por 130 adolescentes, siendo 65 adolescentes del grupo experimental y 65 adolescentes del grupo control. Los resultados muestran que, el 46,2% son de sexo masculino y el 53,8% del sexo femenino; asimismo, el 90,8% no recibió charla de salud bucal. Antes de la aplicación del programa preventivo, el grupo experimental tuvo un puntaje de 7.17 ± 2.589 y el grupo control un puntaje de 7.58 ± 2.358 . No se encontró diferencias significativas en el nivel de conocimiento inicial de los adolescentes del grupo experimental y control ($p=0.400$). Después de la aplicación del programa preventivo, el grupo experimental tuvo un puntaje de 14.02 ± 2.427 y el grupo control un puntaje de 11.14 ± 2.957 . Se encontró diferencias significativas en el nivel de conocimiento final de los adolescentes del grupo experimental y control ($p=0.017$). Se concluye que, la aplicación de un programa preventivo en salud bucal mejora el nivel de conocimiento de los adolescentes.

Palabras claves: Conocimiento, Promoción de la Salud, Salud bucal, Higiene bucal, Periodontitis.

ABSTRACT

The purpose of the study was to determine the effect of the preventive program on the knowledge of oral health in adolescents treated at the I-4 Bellavista Nanay Health Center, Loreto 2022. The study design was experimental, of a quasi-experimental type. The sample consisted of 130 adolescents, being 65 adolescents from the experimental group and 65 adolescents from the control group. The results show that 46.2% are male and 53.8% female; Similarly, 90.8% did not receive an oral health talk. Before the application of the preventive program, the experimental group had a score of 7.17 ± 2.589 and the control group a score of 7.58 ± 2.358 . No significant differences were found in the initial level of knowledge of adolescents in the experimental and control groups ($p=0.400$). After the application of the preventive program, the experimental group had a score of 14.02 ± 2.427 and the control group a score of 11.14 ± 2.957 . Significant differences were found in the final level of knowledge of adolescents in the experimental and control groups ($p=0.017$). It is concluded that the application of a preventive oral health program improves the level of knowledge of adolescents.

Keywords: Knowledge, Health Promotion, Oral Health, Oral Hygiene, Periodontitis

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Antecedentes Internacionales

Morel M., Díaz C. y Quintana ME (Paraguay - 2019) tuvo como objetivo establecer una relación entre el nivel de conocimientos sobre salud oral con el índice de caries dental en adolescentes de 12 a 15 años, inscritos en la Escuela Básica N° 80 General José Eduvigis Díaz de Pirayú-Paraguay, en el año 2016. La investigación se basó en un diseño de tipo transversal, a través de una evaluación clínica donde emplearon el Índice CPO-D y una evaluación calificada de preguntas formuladas sobre conocimiento en salud oral donde se dio una valorización de menor a mayor. Los datos fueron analizados mediante las pruebas estadísticas t de Student y U de Mann-Whitney. Los resultados en la cual participaron 70 adolescentes indicaron que el 62,9% fueron varones y el 37,1% fueron mujeres. El índice CPO-D arrojó un resultado de 2,24 y el índice de caries arrojó un resultado de 1,17; evidenciaron por lo menos un diente perdido en un 42,8% de los adolescentes; y un 93,98% de pérdidas de piezas dentales que correspondió a primeros molares permanentes. El puntaje promedio de conocimiento fue 17,31 (DE=4,48) y el 54,30% tuvieron nivel de conocimiento suficiente. Los evaluadores concluyeron que, el nivel de conocimiento no presentó relación con el índice de caries ni con el índice CPO-D, el nivel de severidad de caries fue de bajo riesgo, pero un poco más de la cuarta parte perdió al menos un diente permanente; demostraron que el nivel de conocimiento sobre salud oral fue suficiente en un poco más de la mitad. En la cual sugirieron reforzar los programas de prevención primaria y secundaria, a fin de evitar pérdidas dentarias a temprana edad. ^[1]

Cuenca L. et al (Cuba - 2019) el investigador tuvo como finalidad valorar la efectividad de un programa educativo en la modificación del nivel de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de una escuela secundaria básica; la investigación tuvo un diseño de tipo cuasiexperimental sin grupo control de intervención comunitaria, en la cual participaron 158 estudiantes, obtenidos de un muestreo aleatorio simple a 50 individuos, donde se realizó el llenado de una encuesta y un control de placa dentobacteriana antes y después de la intervención. Donde se elaboró y aplicó el Programa Educativo Nuestra Meta: una boca sana. La investigación se ejecutó en Holguín, en la escuela secundaria básica Rafael Freyre Torres, iniciando un septiembre del 2014 y finalizando un febrero del 2015. Se manifestó en los resultados que previo de la instrucción, el 50% de los adolescentes dieron como resultado un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, y posteriormente el 86% evidencio un conocimiento adecuado. Cuando se inició la intervención, la mayoría presentaba una higiene bucal deficiente, lo cual al finalizar presentaron eficientemente una mejoría. El grado de cognición sobre prevención de caries dental, periodontopatías y traumatismos dentarios fue en su mayoría regular; cáncer bucal fue malo previo a la intervención y adecuado tras de esta. En conclusión, el autor nos demostró que la ejecución de este programa educativo ser eficaz, según los resultados obtenidos en cuanto a la modificación de los conocimientos sobre salud bucal, evaluados de satisfactorios.^[2]

Lavastida M. y Gispert E. (Cuba - 2015) los autores de esta investigación tuvieron como objetivo unimismar la relación entre el nivel de conocimientos básicos de salud bucal de los adolescentes y el de sus madres. Fueron dos tipos de diseños utilizados en esta investigación, descriptiva y analítica de corte trasversal; donde participaron 561 adolescentes entre 12 a 14 años, de la Escuela

Secundaria Básica Angola, del Municipio Playa; se estimó de forma aleatoria simple a 167 adolescentes con sus respectivas madres. La información fue recolectada a través de cuestionarios donde se evaluó la frecuencia de adolescentes y de madres, conforme a nivel de conocimientos con intervalos de confianza (IC), analizada en oportunidad relativa (OR) a bajo nivel de conocimiento en los hijos según variables de las madres. Se mostro en los resultados que el 85,6 % de los adolescentes y el 91,6 %, de sus madres demostraron un alto nivel de conocimientos, y los hijos demostraron un nivel de conocimientos que se asoció significativamente al de sus madres ($p \leq 0,000$) con OR 39,486 (9,763-159,71), tras la corrección se sostuvo la asociación en 37,500 (2,771-507,475), la sensibilidad fue de 97,9 % (97,5-98,3) y la exactitud diagnóstica de 71,9 % (59,7- 84,0). Concluyeron que, el nivel de conocimiento de las madres es una herramienta para identificar el de sus hijos, donde se reforzo el planteamiento de que las estrategias que se elaboraron para preservar la salud bucal en adolescentes deben incorporar a sus madres. [3]

Torres M. et al. (Cuba - 2015) esta investigación tuvo como fin realizar una Modificación sobre conocimientos en salud bucal en adolescentes de la Escuela Secundaria Básica Orlando Fernández Badell. Participaron 611 adolescentes entre 12 a 14 años, donde se obtuvo de forma aleatoria simple a 40 individuos, se inició un enero y finalizo un julio del año 2014, donde se desarrolló una encuesta para evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal y se efectuó un control de la placa dentobacteriana; antes y después de presentar el programa de actividades educativas, que garantizó la motivación y el incremento significativo de los conocimientos sobre los aspectos abordados en un 95,0%, ya que al inicio de la intervención 39 adolescentes mostraron conocimientos inadecuados (97,5 %) y solo uno (2,5 %) poseía la información requerida para considerar sus

conocimientos como adecuados. Los resultados demostraron que en el estudio se obtuvo que en la mayoría de los adolescentes la información acerca de la higiene bucal era desconocida y la dieta cariogénica; de modo que la actividad educativa desarrollada fue oportuna y efectiva, concluyendo que aportó excelentes resultados en la transformación de los conocimientos sobre salud bucal. [4]

Barrientos C. et al. (Chile – 2014) en su investigación tuvo como objetivo relacionar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral, de adolescentes inscritos en los centros educativos de la ciudad de Fresia. Se basó en una encuesta de 25 interrogantes objetivas de verdadero/falso, de selección múltiple que se empleó a adolescentes de 12 y 15 años, ejecutándose entre los meses de septiembre y octubre del año 2013. Tuvo un diseño de tipo descriptivo. Los resultados arrojaron que, de 170 adolescentes, un 81,8% estima que cepillarse los dientes ayuda a prevenir la caries, un 42,4% manifestó que el cepillado dental no previene las enfermedades de las encías, un 87,4% considera que su propio esfuerzo es el factor más importante para una buena salud oral. El 54% de los adolescentes dijo cepillarse en la mañana y en la noche. El autor concluyó que, los adolescentes de dicha investigación tienen un nivel de conocimiento de salud oral aceptable, no obstante, se debe intensificar la educación de las enfermedades que afectan a las encías. En relación con las actitudes y prácticas los resultados son favorables. [5]

Antecedentes Nacionales

Namay M. E., (Pucallpa - 2021) el autor de esta investigación tuvo como propósito identificar una relación entre el conocimiento de salud bucal y acceso a los servicios odontológicos en adolescentes del Centro de Salud Monte Alegre de Pucallpa en el año 2021. El diseño de la investigación fue de tipo aplicada – correlacional, donde

participaron 66 adolescentes atendidos en centro de salud. Se aplicó una encuesta sobre conocimiento de salud bucal y acceso a los servicios odontológicos. En los resultados se evidenció que el 86.4% de adolescentes poseen un nivel de conocimiento de salud bucal regular y para el 89% el acceso a los servicios odontológicos es bueno. Así mismo, se evidenció que existe una relación relevante, positivamente media entre el conocimiento de salud bucal y acceso a los servicios odontológicos ($p = ,000$ y ρ Spearman = 0,503). Cuando la investigación obtuvo las dos dimensiones de conocimiento de salud bucal, enfermedades bucales y conductas de riesgo en salud bucal, con respecto al acceso de servicios odontológicos, se evidenció una correlación relevante de ($p = ,000$ y ρ de Spearman = ,568). Los autores concluyeron que existe una relación relevante entre las dos variables. [6]

Villaseca A. (Piura – 2021) la investigación tuvo como objetivo determinar el impacto de un programa virtual sobre salud bucal en tiempos de pandemia covid-19 en adolescentes de la Institución Educativa Diego Thomson de Sullana en el año 2021. La investigación tuvo un diseño de tipo cuantitativa – descriptiva de corte transversal. Donde participaron adolescentes de la institución educativa; la cual constó de tres intervenciones la primera sobre medidas preventivas contra caries dental, la segunda sobre cepillado dental y dieta beneficiosa y en la tercera sobre hábitos bucales deformantes, se realizó una evaluación antes y después de cada intervención y al finalizar para determinar el impacto del programa educativo. Los resultados revelaron que el impacto de un programa virtual sobre salud bucal en tiempos de pandemia covid-19 fue positivamente relevante; el nivel de conocimiento según la medida de caries dental en los adolescentes antes de la aplicación de un programa sobre salud bucal fue en porcentaje alto muy malo y después de la aplicación fue bueno; en medida de prevención bucal

antes de aplicar un programa sobre salud bucal fue en porcentaje alto regular y después de aplicar fue muy bueno; en medida de la dieta antes de aplicar un programa sobre salud bucal fue en porcentaje alto muy malo y después de aplicar fue muy bueno, en medida de higiene bucal antes de aplicar un programa sobre salud bucal fue en porcentaje alto muy malo y después de aplicar fue muy bueno; según sexo antes de aplicar un programa sobre salud bucal fue en porcentaje alto malo y después fue muy bueno. [7]

Guerrero S. J. (Tacna – 2020) tuvo como objetivo delimitar el nivel de conocimiento de medidas preventivas en la salud bucal de gestantes adolescentes en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna en el año 2020. El diseño de la investigación fue de tipo cuantitativo; de corte transversal, no experimental, prospectivo, en la cual participaron 57 gestantes adolescentes, que competen a la Microred Cono Sur Gregorio Albarracín Lanchipa. En los resultados se demostró que un 38,60% en el Centro de Salud San Francisco, prevaleció en un 52,63% la edad de 7 años; un 98,25% el nivel secundario de estudios; en un 96,49% paridad primigesta; en un 94,74% tercer trimestre de gestación y un 54,39% el nivel de conocimiento general fue regular; el nivel de conocimiento de desarrollo dental fue en un 7,02%; en un 45,61% de enfermedades dentales fue malo; en un 53,57% el nivel de conocimiento fue regular según grado de instrucción secundario; en un 55% la paridad como primigesta y en un 55,56% el tercer trimestre de gestación. El autor concluyó que el conocimiento de medidas preventivas en la salud bucal de gestantes adolescentes se evidenció en nivel regular en un 54,39%. [8]

Arce L. (Huamachuco – 2020) el autor tuvo como fin determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en adolescentes de la Institución Educativa N.º 82115 del primero al quinto grado de

secundaria en tiempos de COVID-19 de Huamachuco en el año 2020. El diseño fue de tipo observacional de corte transversal, donde se evaluó a 242 adolescentes; se empleó un cuestionario virtual que fue validada por 8 conocedores obteniendo niveles de concordancia en la que V de Aiken = 0.98 y de confiabilidad y coeficiencia de Cronbach de 0.954; se destinó la prueba estadística de McNemar con un 5 % de nivel significativo. En los resultados se reveló que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en adolescentes en un 29,7% es bueno y en un 54,96% es regular; donde en un nivel regular las mujeres tienen un 23% y en los hombres un 31%; y en el tercer, cuarto y quinto grado escolar se evidenció un nivel regular con un 12.40%. El autor concluyó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en adolescentes de la Institución Educativa N.º 82115 en tiempo de COVID-19, es regular. [9]

Olivera B.M.O y Salazar M.A. (Chiclayo – 2018) el objetivo de la investigación fue de determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de estudiantes en etapa de la adolescencia media de la Institución Educativa Emblemática Nicolás La Torre de Chiclayo en el año 2018. La investigación tuvo diseño tipo cuantitativo, transversal, descriptivo, prospectivo y observacional, donde los participantes fueron establecidos mediante los criterios de inclusión, exclusión y eliminación; aplicando un cuestionario con 10 preguntas formuladas en base a dos dimensiones: el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales, con análisis de niveles alto, medio y bajo realizados por un Software Excel 2013; con estadística descriptiva para representar la información de las variables, a través de tablas y gráficos. En los resultados sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal se demostró que una base de 640 (100%) adolescentes; un 49.2% fue medio, un 47.8% fue bajo y el 3% fue

alto. Concluyo que el conocimiento sobre salud bucal es de un nivel medio. [10]

Cantoral Y. S. (Lima – 2015) tuvo como finalidad determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal y prevención de enfermedades orales en los alumnos de 1° y 2° año de secundaria del colegio Nacional Nicolás de Piérola del distrito de Acarí de Arequipa en el año 2015. Participaron 240 alumnos de 1° y 2° año de secundaria, donde desarrollaron un cuestionario sobre conocimiento de salud bucal y prevención de enfermedades orales. El autor obtuvo resultados donde la población evidencia conocimiento sobre salud bucal y prevención de enfermedades orales en niveles: regular en un 71.1%, malo en un 22.2% y bueno en un 6.7%; resaltando que los hombres evidencian mayor nivel de conocimiento que las mujeres; donde las edades de los alumnos que evidencian mayor conocimiento fueron entre los 12 y 13 años y el mayor nivel de conocimiento se evidencio en los alumnos del primer grado de secundaria. El autor concluyo que los alumnos de 1° y 2° año de secundaria evidencian un nivel de conocimiento regular.[11]

Cabrera P. M. (Trujillo – 2015) realizo una tesis de investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en adolescentes del 5to grado de Secundaria del Colegio Víctor Andrés Belaúnde de Trujillo en el año 2015. La investigación tuvo diseño de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo y transversal; donde participaron 130 adolescentes entre 16 a 18 años, para calcular el nivel de conocimientos sobre salud bucal a través de una encuesta. Los resultados fueron mostrados por frecuencias y porcentajes, con un nivel relevante de un 5%. Los adolescentes del quinto grado de secundaria tienen conocimiento sobre salud bucal regular en un 74.6% y alto en un 25.4%; los adolescentes de 18 años en un 76.8%, las mujeres en un 76.5% y la

sección E en un 77.8% evidenciaron un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular. Se concluyó en la investigación que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en adolescentes es regular.^[12]

Enríquez R. G. (Lima – 2015) la investigación tuvo como objetivo comparar el nivel conocimientos sobre salud bucal y el estado de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 8 a 13 años de la institución Educativa José Abelardo Quiñones de Ate, Lima en el año 2015. Participaron 225 niños, entre los 8 a 13 años, los cuales desarrollaron un cuestionario sobre nivel de conocimiento de salud bucal y se registró el examen clínico de índice de higiene oral. La investigación arrojó como resultado que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en niños y niñas es malo en más de un 80%, después de la intervención educativa se evidenció una mejoría en un nivel de un 90%; también, se evidenció un nivel de conocimiento por edades, donde antes de la intervención educativa fue malo en un 70% y luego se evidenció una mejoría a un nivel bueno en un 90%; con respecto al índice de higiene oral en niños y niñas se evidenció un nivel malo en un 80%, evidenciando posteriormente a la intervención educativa a un nivel bueno en un 90%; cuando evaluaron a los niños por edades tras de la intervención educativa, el índice de higiene oral mejoró. El autor concluyó que los niños tenían un índice de higiene oral y un conocimiento sobre salud bucal malo y que tras la intervención educativa fue bueno, como también se evidenció que los niños tenían un nivel de conocimiento e índice de higiene oral malo que tras la evaluación educativa también fue bueno.^[13]

Antecedentes Locales

Pasquel LD.; Pérez JC. (Iquitos – 2019) esta investigación tuvo como finalidad determinar el efecto del programa preventivo sobre el conocimiento de salud bucal en madres de niños de la institución

Educativa N°591 Modelo de Loreto en el año 2019. La investigación tuvo un diseño de tipo cuantitativo, experimental, cuasiexperimental. Participaron 124 madres de niños inscritos en la Institución Educativa. La investigación arrojó como resultado que el grupo etario predominante en un 61,3% fueron las madres jóvenes; las madres que tuvieron secundaria incompleta en un 37,9%. Antes de la intervención educativa el grupo experimental arrojó un nivel regular en un 1,6% y malo en un 98,4%; el grupo control arrojó un nivel bueno en un 1,6%, fue regular en un 17,7% y malo en un 80,6%; posterior a la intervención educativa el grupo experimental tuvo un nivel de conocimiento bueno y mantuvo un nivel de conocimiento malo en el grupo control. Se evidenció diferencia relevante tras la prueba t de Student en el nivel de conocimiento inicial de las madres del grupo experimental y control. También se evidenció diferencias relevantes en el nivel de conocimiento de las madres del grupo experimental y control al finalizar. La investigación concluyó que la intervención educativa mejora relativamente el conocimiento de las madres de niños menores de 5 años.^[14]

Cueva JP.; Flores IV. (Iquitos - 2018) los autores de la investigación tuvieron como finalidad el efecto de un programa preventivo sobre higiene oral, sangrado gingival y conocimiento en salud bucal en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa de Loreto en el año 2018. La investigación tuvo un diseño tipo cuantitativo, experimental – cuasi experimental. Participaron 275 alumnos de 1º a 5º de secundaria durante un mes, en la cual realizó con un antes y después un cuestionario validado por expertos y un examen clínico de índice de higiene oral y un índice de sangrado gingival Løe y Silness. Los resultados mostraron que antes de la intervención el grupo control evidenció sobre conocimiento un nivel bueno en un 75,0%; un nivel deficiente en un 24,3% y un nivel muy deficiente en un 7%; y después se evidenció sobre conocimiento un

nivel deficiente con un 75%; un nivel muy deficiente 13,2% y un nivel bueno en un 3,7%. Por otro lado, el grupo experimental antes de la intervención sobre conocimiento evidencio un nivel bueno en un 91,4%, un nivel deficiente en un 6,5% y un nivel excelente en un 2,2%. Tras la intervención educativa final el nivel de conocimiento más frecuente fue excelente con un 66,2% y bueno con un 33,8%. El nivel de conocimiento, el índice de higiene oral y el índice de sangrado gingival Løe y Silness final fue diferente en el grupo experimental y el grupo control, Los autores concluyeron que la intervención educativa fue eficaz aumentando el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en estudiantes.^[15]

Yance P. E. (Iquitos - 2017) la investigación tuvo como propósito determinar el conocimiento y la actitud sobre la salud oral de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud San Juan de Iquitos en el año 2017. La investigación tuvo un diseño de tipo cuantitativo, descriptivo transversal prospectivo. Participaron 143 adolescentes que acudían al Centro de Salud de San Juan, en la cual se aplicó una encuesta validada por otros estudios en nuestra región. En los resultados sobre conocimiento en salud bucal se obtuvo que los adolescentes evidencian un nivel inadecuado en un 61,8% y un nivel adecuado en un 39,2%; con relación relevante los adolescentes de 17 a 19 años ($p=0031$); con las adolescentes ($p=0029$) y con los que recibieron información sobre la salud oral ($p=0030$). Evidencian sobre su salud oral con una actitud positiva en un 21,7%, se mostraron indiferentes en un 70.6% y una actitud negativa en un 7,7%: donde la actitud positiva fue relacionada relevantemente a los adolescentes entre 17 a 19 años ($p=0045$), pero no al género ($p=0.757$) ni a la recepción de información ($p=0.136$). El autor concluyo que el conocimiento adecuado se asoció significativamente a una actitud positiva ($p=0.025$).^[16]

1.2. BASES TEÓRICAS

CONOCIMIENTO

Ramírez A. refiere que “El conocimiento se conoce como un sistema de interrelación sujeto-objeto capaz de desarrollar parámetros y métodos propios para aprehender la realidad”. [17]

Segarra M. sostiene que “El conocimiento es un conjunto de ideas las cuales se van adquiriendo mediante una serie de situaciones que pueden ser por medio de una experiencia o por observación etc. La cual ayuda al hombre a poder socializarse con otro grupo de personas logrando interpretar y almacenar información para generar más conocimiento o dar solución a algún inconveniente”. [18]

Tipos de Conocimiento

Ramírez D. en su blog refiere que “Los científicos e investigadores definen de dos maneras el conocimiento: Como una representación mental de la realidad y como la información que se puede transmitir de un ente a otro por vías no genéticas”. [19]

El conocimiento se divide en:

Conocimiento Científico: Es una serie de hechos e ideas obtenidas mediante investigaciones, experimentación, métodos científicos, investigaciones, experimentación, para dar solución a un determinado problema o para aproximarse a la realidad. Los conocimientos adquiridos por el ser humano serán fundamentados con experiencia, así como también las investigaciones. [19]

Conocimiento Artístico: Es aquel tipo de conocimiento que refleja el estado de ánimo de la persona, así como también se utiliza para expresar emociones y sentimientos. El conocimiento artístico es propio de la persona y cada uno es capaz de desarrollarlo, tampoco se puede comunicar o transmitir. [19]

Conocimiento Revelado: Este conocimiento es de naturaleza espiritual y es revelado por Dios y por nuestra conciencia. En el cual refleja la creencia de las personas y su fe, es más aplicado a las identidades religiosas y a la teología. [19]

Conocimiento Empírico: Este tipo de conocimiento es dado por las experiencias vividas de la persona sin tener que estudiar, son conocimientos que se dan en el transcurso de la vida y es propio de la persona. Es el día a día que hace que las personas puedan sobresalir y aprender nuevas cosas. [19]

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es definida como un “proceso que consiste en proporcionar a las personas, familias y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud. Procura crear y fortalecer las condiciones que habiliten a la población adoptar cada vez mejores decisiones en torno a la salud. En este sentido la promoción de la salud implica emprender un proceso orientado a desarrollar habilidades y a generar mecanismos políticos, organizativos y administrativos que permitan a las personas y a sus comunidades tener un mayor control sobre su salud y mejorarla”. [20]

Para Campos MM., promoción es “el acto de fomentar el crecimiento o desarrollo de algo con los correspondientes apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales”, esta actividad se realiza en el campo social e incluye a la población y cuyo principal objetivo es la búsqueda de la ausencia de la enfermedad. [21]

Aliaga E. refiere que Promoción de la Salud, es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla; privilegia la

ciudadanía activa a través de la participación social y el empoderamiento del individuo y de la comunidad. [22]

Promoción de salud en escuelas

Las intervenciones educativas realizadas en la escuela se desarrollan a través de un enfoque intersectorial y participativo y considerando el contexto socioeconómico, cultural, cognitivo. Estas estrategias parecen ser efectivas para mejorar los conocimientos y comportamientos relacionados. [23]

Las actividades preventivas son clasificadas en tres niveles, como son la Prevención Primaria que utiliza estrategias y agentes para impedir el inicio de la enfermedad y detenerla antes que se requiera tratamiento secundario preventivo; luego la Prevención Secundaria que emplea métodos de tratamiento para acabar con un proceso patológico o para restaurar los tejidos lo más cercano a la normalidad y la Prevención Terciaria que utiliza medidas necesarias para sustituir los tejidos perdidos y rehabilitar a los pacientes. [24]

La odontología preventiva busca fundamentalmente mantener sano al paciente o devolverle la salud y mantenerla; es ahí, la importancia de la odontología preventiva y de la promoción de la salud en evitar la enfermedad y maximizar los niveles de salud respectivamente. [24]

Estas acciones tienen como propósito reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y eliminación de hábitos nocivos; así como controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales. [24]

PROGRAMA EDUCATIVO

Un Programa Educativo es definido como el conjunto de actividades planificadas de forma sistemática, realizadas con el fin de que la

población desarrolle procedimientos preventivos por sí mismos y reconozcan la presencia de las enfermedades orales, obteniendo así un resultado. [21]

La efectividad del programa educativo va a depender de la precisión generada en su planificación y evaluación, teniendo como fin el fomento de la promoción y prevención de la salud. [21]

SALUD BUCAL

Higashida B. define a la salud bucal como “el resultado de la interacción de los factores biológicos, económicos sociales y culturales que permiten una mayor permanencia de los dientes en el ser humano y a la vez propicie una actitud preventiva, nutritiva, higiénica y con armonía fisiológica que sustente una mejor función con los órganos relacionados en la digestión”. [25]

La Organización Mundial de la Salud, la define como la “ausencia de dolor oro facial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”. [26]

La salud bucal es parte importante de la salud general, ya que conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, económicos y culturales; además de mantener su bienestar físico, mental y social. [21]

Salud bucal para la familia

Existen factores que intervienen en el buen estado de salud bucal de los niños como son: el conocimiento de los padres, educación,

ingresos familiares bajos, institución educativa, actitudes y prácticas de salud. [27]

Es importante que la familia ejerza control y refuerce las medidas higiénicas en el hogar, además el control de hábitos nutricionales; es decir, consumiendo una dieta no cariogénica. De esta manera los padres y demás miembros de la familia conocerán las principales patología o enfermedades bucodentales, así como las medidas concretas para prevenirlas. [28]

A nivel familiar, la salud bucal de los niños puede estar influenciado por otros factores por ejemplo el estado civil de los papas, la situación económica de los padres, el nivel de educación y cultural de los padres es otro factor importante. Existen muchos factores como por ejemplo el estado nutricional familiar, hábitos familiares, frecuencia con que asisten a los establecimientos de salud, lugar donde residencia, conocimientos de las enfermedades bucales, conocimientos sobre medidas preventivas y promocionales de salud bucal. [28]

HIGIENE BUCAL

Huesca E. sostiene que la higiene bucal “son prácticas de limpieza que ayuda a prevenir enfermedades en las encías, el cual debe ser realizado con las herramientas adecuadas, dedicando el debido tiempo para que sea efectiva”. [29]

La higiene bucal es el conjunto de normas y prácticas que permiten un adecuado cuidado de las encías, dientes y boca en general, para la promoción y prevención de enfermedades bucales. Esta higiene bucal debe realizarse con una buena técnica, y con las herramientas apropiadas. Además, es importante la visita regular al profesional odontólogo. [30, 31]

CARIES DENTAL

Para Henostroza G., la caries dental es “la enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes, que se caracteriza por la desintegración progresiva de sus tejidos calcificados, debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta”. [32]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caries dental como “un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades”. [26]

La incidencia de la caries dental en población de bajos recursos económicos también está en aumento, ya que tienen mayores complicaciones para tener buena higiene oral y una adecuada alimentación. La mal nutrición, aparte de afectar la salud oral, afecta muchas áreas de la vida diaria y desencadena complicaciones como el crecimiento en niños, falta de autoestima, problemas de conducta, problemas de aprendizaje y en algunas ocasiones dolor. [33]

PLACA BACTERIANA

La placa bacteriana es una película transparente e incolora, adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descamadas, dentro de una matriz de mucoproteínas y mucopolisacáridos, formada por una serie de microorganismos aglutinados por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente. [34]

“La formación de la placa dental se da después de 1 a 2 días sin medidas de higiene bucal, observándose con facilidad la placa sobre

los dientes. Su color es blanco, grisáceo o amarillo y tiene aspecto globular". [35]

La placa madura está compuesta por bacterias cariogénicas: *Streptococcus Mutans* y *Lactobacillus acidófilo*. La composición de la placa es entre el 70 a 80% de bacterias con contenido orgánico (glicoproteínas, azúcares, proteínas lípidos). [34]

La placa se diferencia de la materia alba porque tiene una estructura microscópica definida, la estructura de la placa depende de su espesor el cual varía sobre la superficie del diente, la placa gradualmente aumenta su espesor conforme se aproxima el área de contacto y al borde subgingival por lo tanto es más delgada en su extremo bucal, lingual y oclusal. [34]

Un adecuado y correcto el cepillado de los dientes y el uso de hilo dental de forma continua es la única forma que tienen las personas para eliminar este material productor de enfermedades. [34]

GINGIVITIS

La gingivitis es definida como la inflamación de la encía causada por la presencia de bacterias. Puede iniciarse sin dar manifestaciones clínicas aparentes llamándose gingivitis subclínica. [36]

Por lo general, la gingivitis evoluciona a periodontitis; tratados o no, la gingivitis puede durar durante años. Entre sus síntomas clínicos son: Hemorragia fácil, rubefacción, tumefacción edematosa e hiperplásica, ulceración. [37]

PERIODONTITIS

Es el conjunto de patologías infecciosas que traen como consecuencia la inflamación de los tejidos periodontales y de la

encia, así como también una progresiva pérdida del tejido óseo que ocurre a lo largo del tiempo; sin embargo, se caracteriza por episodios de actividad e inactividad. [38]

FLUORUROS

El flúor es un remineralizador de las piezas dentarias, proporciona mayor resistencia ante los ataques ácidos e interfiere en el metabolismo bacteriano. El flúor es considerado por la OMS como un procedimiento eficaz y seguro para la disminución de la caries dental. [39]

El mecanismo de acción del flúor está basado en:

Acción sistémica: El flúor sistémico se incorpora a la estructura del esmalte y da lugar a la formación de flurohidroxipatita, aumentando así la resistencia a la caries dental. [40]

Acción tópica: Su efecto anticaries se debe a la intervención sobre las reacciones de desmineralización - remineralización que son las causantes de nuevas lesiones de caries o su progresión. [40]

MALOCLUSION

Las maloclusiones son consideradas una de las tres importantes enfermedades bucales actualmente en el mundo, junto con la caries y la enfermedad periodontal. Según la Organización Mundial de la Salud, ocupan el 3º lugar como problema de salud bucal; en los diferentes estudios internacionales reflejan una frecuencia de maloclusiones en porcentajes de 70 a 80%. [41]

IMPORTANCIA DEL CEPILLADO

Un cepillado dental eficiente consiste en eliminar mecánicamente la placa bacteriana, es realizada por la propia persona y es considerada como uno de los hábitos higiénicos indispensables. Es

un método de limpieza que debe ser ejecutado a diario, los elementos que constituyen la pasta dental permiten conservar los dientes libres de alimentos, por lo cual debe realizarse luego de ingerir algún alimento y es considerada una medida preventiva y eficiente para prevenir enfermedades, como caries dental y periodontitis. El cepillado dental tiene como objetivos: eliminar y prevenir el progreso de la placa bacteriana, eliminar los restos de alimentos de las piezas dentales y estimula los tejidos periodontales.

[42]

CONOCIMIENTO SOBRE ERUPCIÓN DENTAL

La erupción de los dientes es un desarrollo dinámico, que inicia con la formación del germen dentario desde su cripta de desarrollo hasta su posición en la cavidad oral, en oclusión con sus antagonistas. Los humanos poseemos dos tipos de denticiones: la decidua que está conformada por 20 dientes, y la permanente con 32. La ubicación de las piezas dentarias por orden de aparición es de gran importancia, durante el crecimiento y desarrollo, de la oclusión y la masticación. Es necesario el conocimiento de la erupción dentaria, porque permite realizar acciones para prevenir futuras malposiciones en los dientes.

[43]

IMPORTANCIA DE LOS DIENTES DECIDUOS

La dentición decidua está compuesta por 20 piezas dentales destinadas a ser reemplazadas por 32 piezas permanentes. Sus funciones son alteradas por su pérdida en un tiempo precoz. Es elemental que los dientes deciduos se mantengan en la cavidad oral hasta su pérdida natural, porque cumplen la función de masticación, fonación, estética y guía de erupción de los dientes permanentes. [44]

1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Conocimiento. Se conoce como un sistema de interrelación sujeto-objeto capaz de desarrollar parámetros y métodos propios para aprehender la realidad. [17]
- Promoción de la salud. Es el acto de fomentar el crecimiento o desarrollo de algo con los correspondientes apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales. [25]
- Salud bucal. Resultado de la interacción de los factores biológicos, económicos sociales y culturales que permiten una mayor permanencia de los dientes en el ser humano y a la vez propicie una actitud preventiva, nutritiva, higiénica y con armonía fisiológica que sustente una mejor función con los órganos relacionados en la digestión. [26]
- Higiene bucal. Son prácticas de limpieza que ayuda a prevenir enfermedades en las encías, debe ser realizado de forma y con las herramientas adecuadas. [30]
- Periodontitis. Es el conjunto de patologías infecciosas que traen como consecuencia la inflamación de los tejidos periodontales y de la encía, así como también una progresiva pérdida del tejido óseo que ocurre a lo largo del tiempo; sin embargo, se caracteriza por episodios de actividad e inactividad. [38]

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia “es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, de 10 a 19 años, y es una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano. [45]

La prevención de enfermedades dentales en adolescentes es una de las preocupaciones principales de los odontólogos; además, pueden considerarse como “olvidados” desde la formación profesional dado que la mayoría de las Facultades de Odontología enfocan la enseñanza de la atención odontológica distinguiendo al niño y al adulto. [46, 47]

Los adolescentes son propensos a presentar problemas de salud oral, siendo la caries dental una de las causas más importantes de dichos problemas. La mala higiene oral contribuye a la aparición de la caries dental y se encuentra asociada a alimentación inadecuada, pocas horas de sueño y falta de confianza en sí mismo. [48, 49]

La adolescencia es un periodo en el cual debe disminuir el papel de los padres en el cuidado dental en el hogar, para poner énfasis en la responsabilidad del adolescente para acatar su propio programa de salud bucal. [50]

Durante la adolescencia los dientes permanentes han brotado por completo y, por tanto, la higiene bucal debe ser constante, ya que están más propensos a caries dental. [51]

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de salud bucal constituye una problemática, en la cual la educación para la

salud es un elemento esencial que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población asegurando la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida. [52]

Al mismo tiempo, tener mayores conocimientos sobre salud oral redundará en cambios de actitudes positivas y motivación para el desarrollo de conductas saludables aumentando la predisposición del individuo para realizar tareas de prevención oral. [53, 54]

Con lo descrito líneas arriba, es vital el desarrollo de esta investigación el cual nos lleva a la formulación del siguiente problema de investigación.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1. Problema General

¿Cuál es el efecto del programa preventivo sobre conocimiento de salud bucal en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022?

2.2.2. Problemas Específicos

- a. ¿Cuál es el conocimiento sobre salud bucal antes de aplicar el programa preventivo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022?
- b. ¿Cuál es el conocimiento sobre salud bucal después de aplicar el programa preventivo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022?
- c. ¿Cuál es la diferencia en el conocimiento sobre salud bucal antes y después de aplicar el programa preventivo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022?

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. Objetivo General

- Determinar el efecto del programa preventivo sobre conocimiento de salud bucal en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022.

2.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento sobre salud bucal antes de aplicar el programa preventivo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022.
- Ejecutar el programa preventivo sobre salud bucal en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022.
- Identificar el conocimiento sobre salud bucal después de aplicar el programa preventivo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022.
- Comparar el conocimiento sobre salud bucal antes y después de aplicar el programa preventivo en adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022.

2.4. HIPÓTESIS

- **H₁**: El programa preventivo en salud bucal influye significativamente en el nivel de conocimiento de adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022.
- **H₀**: El programa preventivo en salud bucal No influye significativamente en el nivel de conocimiento de adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Identificación de las variables

Variable 1 : Programa preventivo.

Variable 2 : Nivel de conocimiento sobre salud bucal.

2.5.2. Definición conceptual y Operacional de las variables

- Variable 1: Programa preventivo

Definición conceptual. - Es una estrategia metodológica que se basa en la exposición oral y visual de contenido educativo compuesto por dimensiones orientadas a la promoción de salud.

Definición operacional. Se aplicarán dos cuestionarios a adolescentes, antes y después de realizar el programa preventivo sobre salud bucal.

- Variable 2: Conocimiento de salud bucal

Definición conceptual. - Aprendizaje adquirido sobre higiene oral y hábitos alimenticios para prevenir enfermedades y afecciones bucales.

Definición operacional. - Conocimiento de las enfermedades bucodentales, el uso de instrumentos para la higiene oral, hábitos alimenticios y factores sociales.

Esta variable tiene los siguientes indicadores e índices:

- Bueno: Cuando el puntaje esta entre 16 - 20 puntos.
- Regular: Cuando el puntaje esta entre 11 - 15 puntos.
- Malo: Cuando el puntaje esta entre 0 - 10 puntos

Tipo de variable: Ordinal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo cuantitativo porque inicia con ideas previas que tratan de ser verificadas o confirmadas acerca de las variables, utilizan datos numéricos; presuponen la existencia de un sentido que es necesario develar o descubrir. [55]

El diseño es experimental, de tipo cuasi experimental.

El esquema es el siguiente:

| | | | |
|-----|----------------|----|----------------|
| GE: | O ₁ | X | O ₂ |
| GC: | O ₃ | -- | O ₄ |

Dónde:

GE : Grupo experimental.

O₁ : Test de Nivel de conocimiento antes de la intervención educativa.

O₂ : Test de Nivel de conocimiento después de la intervención educativa.

X : Aplicación de la intervención educativa.

GC : Grupo control.

O₃ : Test de Nivel de conocimiento antes de la intervención educativa.

O₄ : Test de Nivel de conocimiento después de la intervención educativa.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población:

La población de nuestro estudio fue conformada por 196 adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay. Se tomó como referencia el número de atendidos durante los meses de diciembre del 2021 a febrero del 2022.

3.2.2. Muestra:

La muestra de estudio fue conformada por 130 adolescentes, y será seleccionada de forma aleatoria simple. Asimismo, la muestra fue calculado aplicando la fórmula para poblaciones finitas, y es como sigue:

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

Dónde:

N : Población

n : Muestra

Z : 95% nivel de confianza (1,96)

p : 0,50 (proporción estimada de personas)

q : 0,50 (complemento de p)

E : 0,05

Ajustando tenemos que:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$
$$n = \frac{196 * 1,96^2 * 0,50 * 0,50}{0,05^2 * (196 - 1) + 1,96^2 * 0,50 * 0,50} = 130,01$$
$$n = 130$$

La estimación dio como resultado: **130 adolescentes.**

Los sujetos de la muestra fueron seleccionados mediante la técnica del muestreo aleatorio o al azar simple, para dar a todos los estudiantes la misma oportunidad de participar en la investigación.

- Criterios de Inclusión:

- Adolescentes entre 12 a 17 años que acuden a una atención en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay.

- Adolescentes entre 12 a 17 años con buen estado físico y mental.
 - Padre/Madre de adolescentes entre 12 a 17 años que acepten en forma voluntaria participar en el estudio de investigación, firmando el consentimiento informado (Anexo 01).
- Criterios de exclusión:
 - Adolescentes menores de 12 años y mayores de 17 años.
 - Adolescentes entre 12 a 17 años que capacidades diferentes.
 - Adolescentes entre 12 a 17 años que no aceptan participar en el estudio y padre/madre que no hayan firmado el consentimiento informado.
 - Adolescentes entre 12 a 17 años que no sepan leer ni escribir.

3.3. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Técnica

La técnica de estudio fue la encuesta a través de un cuestionario que constó de 20 preguntas cerradas para medir el nivel de conocimiento de los adolescentes.

3.3.2. Instrumentos de Recolección de Datos

- Cuestionario sobre conocimiento en salud bucal de adolescentes. Constituido por las siguientes partes: Presentación, Instrucciones, Contenido (Datos generales y Cuestionario). El cuestionario consta de 20 preguntas cerradas.

La validez del instrumento fue determinada por medio de Juicio de expertos conformado por 10 profesionales de la salud (Cirujanos Dentistas). El juicio de expertos fue aplicado del 12 al 21 de enero del 2022, siendo la validez y confiabilidad final de 89,5% para el cuestionario, interpretada como un nivel Aceptable.

Para la confiabilidad del instrumento, se aplicó a 20 adolescentes atendidos en la Ipress I-3 América, adolescentes con las mismas características de la muestra. La confiabilidad del instrumento se obtuvo con el Coeficiente Alfa de Cronbach y se obtuvo un valor de 0,980; el cual indica que tiene ALTA Confiabilidad.

3.3.3. Procedimientos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento:

- Se solicitó autorización al gerente del Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, para el desarrollo de la investigación.
- Se coordinó con los responsables del área de Odontología y Adolescente como nexo hacia los padres/madres de familia de los adolescentes y se nos proporcione un ambiente adecuado para el desarrollo del Programa preventivo.
- Se procedió a la identificación de la muestra de estudio, acorde a los criterios de inclusión y exclusión.
- Se solicitó a los padres/madres la firma del consentimiento informado, explicándoles previamente el objetivo del estudio.
- Se procedió a la recolección de la información.
- Antes de la intervención educativa, se realizó la evaluación del nivel de conocimiento sobre salud bucal a los adolescentes del grupo experimental y grupo control.

- Luego se realizó las actividades del programa educativo, y se dividió en 4 grupos (28 personas por grupo), permitiendo que todos los adolescentes puedan participar.
- Posteriormente a la intervención educativa, se realizó nuevamente la evaluación del nivel de conocimiento sobre salud bucal a los adolescentes del grupo experimental y grupo control.
- Se procedió al control de calidad de las encuestas llenadas.
- Las encuestas fueron codificadas para mantener el anonimato, y destruidas una vez terminada la investigación.
- Se procedió a la tabulación de datos.
- Elaboración del Informe Final

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Primer paso: Se creará una base de datos en Microsoft Excel 2016 y también se hará uso del paquete estadístico SPSS versión 25.

Segundo paso: Se hará uso de estadística descriptiva para el análisis univariado (cuadros y gráficos). También se hará uso de estadística Inferencial, como la prueba T de Student al 0,05% de nivel de significancia con el objetivo de validar la hipótesis planteada.

3.5. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Para el desarrollo y ejecución de la investigación, se tuvo en cuenta los principios bioéticos tales como:

- La información recolectada durante el estudio fue estrictamente reservada.
- Se mantuvo el anonimato del encuestado y la confidencialidad de la información, por medio del uso de códigos en los instrumentos.
- Se pidió a los padres/madres de los adolescentes la firma del consentimiento informado, siendo voluntaria su participación en el estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Los resultados se presentan según los objetivos planteados en la investigación.

La tabla 01 muestra que el 90,8% no recibió charla de salud bucal y solo el 9,2% recibió charla.

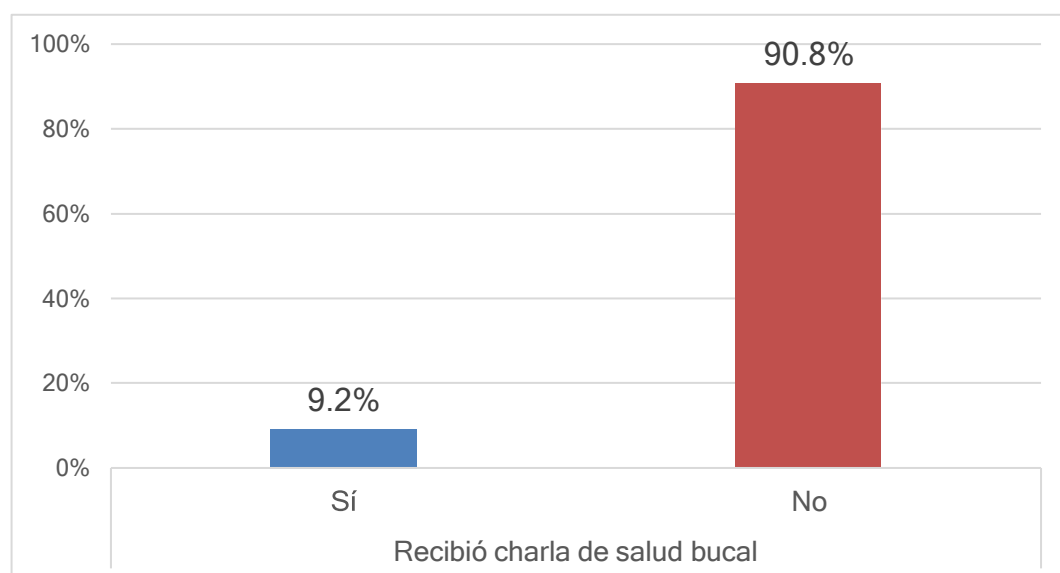
Tabla 01. Distribución de la muestra que recibió charlas sobre salud bucal.

| Recibió charla de salud bucal | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| Sí | 12 | 9,2 |
| No | 118 | 90,8 |
| Total | 130 | 100,0 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 01.

Distribución de la muestra que recibió charlas sobre salud bucal.



La tabla 02 muestra que el 46,2% son de sexo masculino y el 53,8% son del sexo femenino.

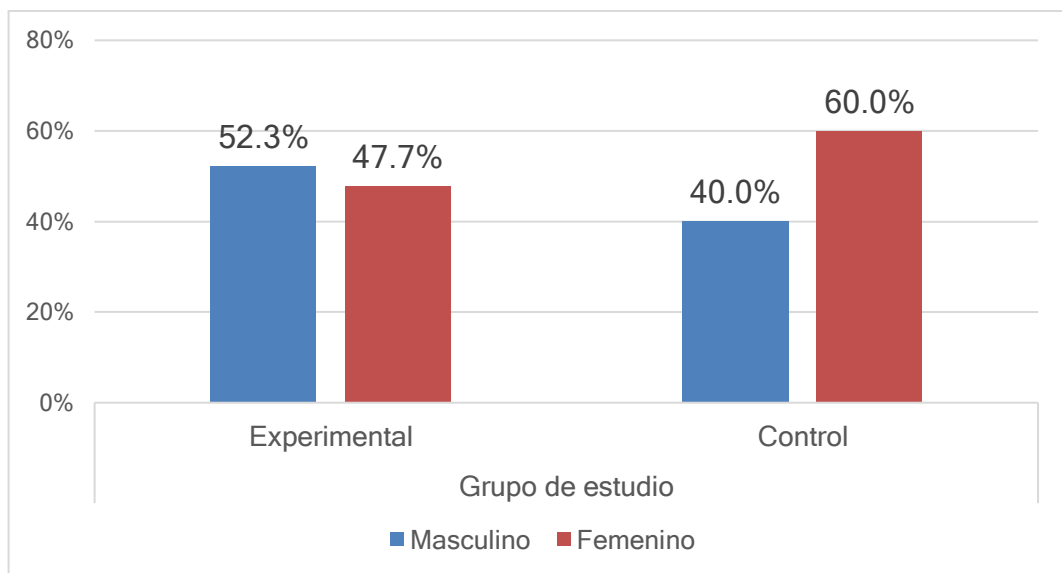
Tabla 02. Distribución de la muestra según sexo.

| Sexo | Grupo | | Total | |
|-----------|--------------|---------|--------|--------|
| | Experimental | Control | | |
| Masculino | N° | 34 | 26 | 60 |
| | % | 52,3% | 40,0% | 46,2% |
| Femenino | N° | 31 | 39 | 70 |
| | % | 47,7% | 60,0% | 53,8% |
| Total | N° | 65 | 65 | 130 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 02.

Distribución de la muestra según sexo.



La tabla 03 muestra el nivel de conocimiento de adolescentes antes de la aplicación del programa preventivo. En el grupo experimental el 12,3% tuvieron un nivel de conocimiento regular y el 87,7% tuvieron un nivel de conocimiento malo. En el grupo control el 6,2% tuvieron un nivel de conocimiento regular y el 93,8% tuvieron un nivel de conocimiento malo.

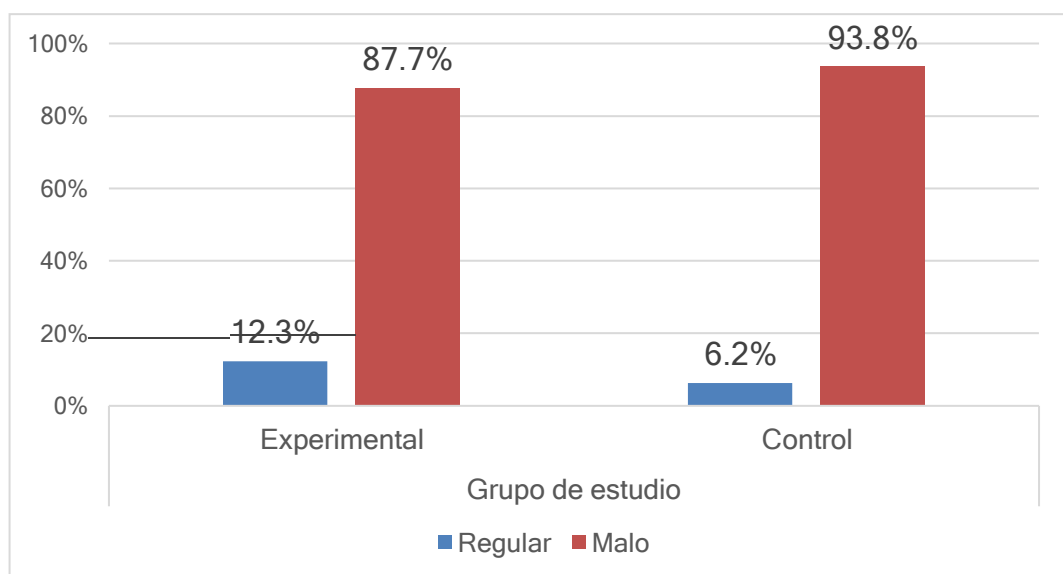
Tabla 03. Nivel de conocimiento de adolescentes antes de la aplicación del programa preventivo en el grupo experimental y control.

| Nivel de conocimiento | | Grupo | | Total |
|-----------------------|----|--------------|---------|--------|
| | | Experimental | Control | |
| Regular (11 a 15) | N° | 8 | 4 | 12 |
| | % | 12,3% | 6,2% | 9,2% |
| Malo (0 a 10) | N° | 57 | 61 | 118 |
| | % | 87,7% | 93,8% | 90,8% |
| Total | N° | 65 | 65 | 130 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 03.

Nivel de conocimiento de adolescentes antes de la aplicación del programa preventivo en el grupo experimental y control.



La tabla 04 muestra el nivel de conocimiento de adolescentes después de la aplicación del programa preventivo. En el grupo experimental el 30,8% tuvieron un nivel de conocimiento bueno, el 56,9% tuvieron un nivel de conocimiento regular y el 12,3% tuvieron un nivel de conocimiento malo. En el grupo control el 9,2% tuvieron un nivel de conocimiento bueno, el 44,6% tuvieron un nivel de conocimiento regular y el 46,2% tuvieron un nivel de conocimiento malo.

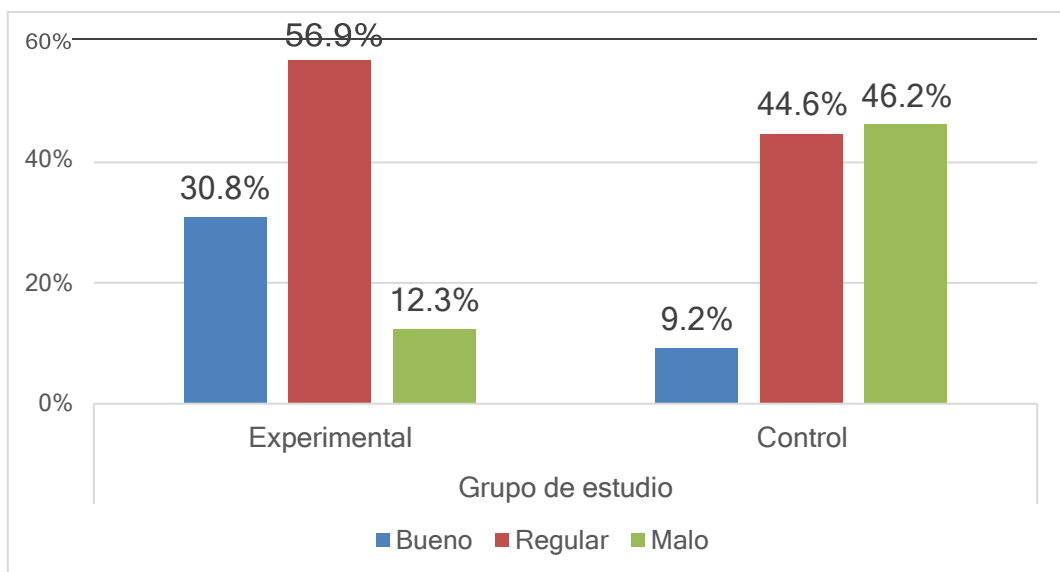
Tabla 04. Nivel de conocimiento de adolescentes después de la aplicación del programa preventivo en el grupo experimental y control.

| Nivel de conocimiento | | Grupo | | Total |
|-----------------------|----|--------------|---------|--------|
| | | Experimental | Control | |
| Bueno (16 a 20) | N° | 20 | 6 | 26 |
| | % | 30,8% | 9,2% | 20,0% |
| Regular (11 a 15) | N° | 37 | 29 | 66 |
| | % | 56,9% | 44,6% | 50,8% |
| Malo (0 a 10) | N° | 8 | 30 | 33 |
| | % | 12,3% | 46,2% | 29,2% |
| Total | N° | 65 | 65 | 130 |
| | % | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico 04.

Nivel de conocimiento de adolescentes después de la aplicación del programa preventivo en el grupo experimental y control.



La tabla 05 muestra la prueba T de Student para muestras independientes, donde la media de notas del grupo experimental fue de 7,17 puntos \pm 2,589 y del grupo control fue de 7,58 puntos \pm 2,358.

Asimismo, se obtuvo un $p_valor = 0,400$ ($p > 0,05$) el cual indica que no existen diferencias entre las medias de notas del conocimiento de adolescentes del grupo experimental y grupo control. En este caso, la media de nota del grupo control es mayor que la media de nota del grupo experimental.

Tabla 05. Prueba T de Student para el nivel de conocimiento de adolescentes antes de la aplicación del programa preventivo.

| Grupo | | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|---------|--------------|----|-------|------------------|----------------------|
| PRETEST | Experimental | 65 | 7.17 | 2.589 | 0.321 |
| | Control | 65 | 7.58 | 2.358 | 0.292 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

| Prueba de muestras independientes | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|---------|------------------|----------------------|------------------------------|--|-------|
| | | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | |
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
| PRETEST | Se asumen varianzas iguales | 0.712 | 0.400 | -0.956 | 128 | 0.341 | -0.415 | 0.434 | -1.275 | 0.444 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | -0.956 | 126.892 | 0.341 | -0.415 | 0.434 | -1.275 | 0.444 |

La tabla 06 muestra la prueba T de Student para muestras independientes, donde la media de notas del grupo experimental fue de 14,02 puntos \pm 2,427 y del grupo control fue de 11,14 puntos \pm 2,957.

Asimismo, se obtuvo un $p_valor = 0,017$ ($p < 0,05$) el cual indica que existen diferencias entre las medias de notas del conocimiento de adolescentes del grupo experimental y grupo control.

A partir del análisis estadístico de los datos aplicando la prueba T de Student, se observa que al iniciar el proceso la media del grupo control era significativamente mayor que la media del grupo experimental. Posteriormente se observó un incremento en la media del grupo experimental llegando a ser estadísticamente superior a la media del grupo control.

Podemos concluir que existe una mejora importante como resultado del programa preventivo planteado.

Tabla 06. Prueba T de Student para el nivel de conocimiento de adolescentes después de la aplicación del programa preventivo.

| Grupo | N | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio |
|----------------------|----|-------|------------------|----------------------|
| POSTEST Experimental | 65 | 14.02 | 2.427 | 0.301 |
| POSTEST Control | 65 | 11.14 | 2.957 | 0.367 |

Fuente: Ficha de recolección de datos

| Prueba de muestras independientes | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|-------|-------------------------------------|---------|------------------|----------------------|------------------------------|--|----------|
| | | Prueba de Levene de igualdad de varianzas | | prueba t para la igualdad de medias | | | | | | |
| | | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Diferencia de medias | Diferencia de error estándar | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | |
| | | | | | | | | | Inferior | Superior |
| POSTEST | Se asumen varianzas iguales | 5.811 | 0.017 | 6.063 | 128 | 0.000 | 2.877 | 0.475 | 1.938 | 3.816 |
| | No se asumen varianzas iguales | | | 6.063 | 123.306 | 0.000 | 2.877 | 0.475 | 1.938 | 3.816 |

CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados hallados en los adolescentes del presente estudio antes de la aplicación del programa preventivo, el nivel de conocimiento del grupo experimental fue malo en un 87,7% y en un 93,8% en el grupo control. Similar resultado fue encontrando en el estudio de Torres M. et al. [4] donde el 97,5% de adolescentes mostraron conocimientos inadecuados. Además, obtuvieron resultados similares los estudios realizados por Villaseca A. [7] y Enriquez R.G. [13] donde se evidencio un nivel de conocimiento bajo. Igualmente fueron similares los resultados del estudio de Pasquel LD. [14] donde el nivel de conocimiento del grupo experimental fue malo en un 98,4%. y en el grupo control en un 80,6% fue malo, así como también en el estudio de Yance P. [16] donde el 61.8% de los adolescentes presentan un nivel de conocimiento inadecuado.

El resultado de nuestra investigación se distingue del estudio realizado por Lavastida M. [3] en el cual un 85,6% de los adolescentes evidenciaron un nivel de conocimiento alto, Morel M. [1] muestra que un 54,3% demostraron un nivel de conocimiento suficiente, de igual modo obtuvo un resultado similar el estudio ejecutado por Barrientos C. [5] y Namay M. [6] donde un 84,4% de adolescente poseyeron un nivel de conocimiento regular, Cuenca L. [2], demostró un 50% dando un resultado regular, Guerrero S. [8] indico en su estudio que el nivel de conocimiento fue regular en un 54,3%, Arce L. [9] muestra un 54,9% con resultado regular en su investigación, Salazar M. [10] donde un 49,2% evidencio resultados de nivel regular, Cantoral Y. [11] con un 71,1% en el cual también tuvo un desenlace de nivel regular, Cabrera P. [12] obtuvo un 74,6% dando como resultado un nivel regular.

Posteriormente a la aplicación del programa preventivo; se concluyó dando como resultado, el nivel de conocimiento del grupo experimental fue bueno en el 30,8% y regular en el 56,9%; en el grupo control el 44,6%

fue regular y el 46,2% fue malo; dando como resultados similares del estudio ejecutado por Pasquel LD. [14] donde el nivel de conocimiento del grupo experimental fue bueno en el 12,9% y regular en el 51,6%, en el grupo control el 14,5% fue regular y el 83,9% fue malo; así como también un resultado similar en el estudio ejecutado por Cuenca L. et al. [2] donde demostró un 86% en la cual obtuvo como resultado un nivel de conocimiento adecuado; igualmente Torres M. et al. [4] presentaron un nivel de conocimiento adecuado en el 94,9%; incluso se alcanzó resultados similares en los estudios de Villaseca A. [7], Enriquez R.G. [13] y Cueva JP. [14] donde se evidencio un incremento de mejoramiento en el grupo experimental a consecuencia de la aplicación del programa preventivo.

En desenlace general, se pretendió puntualizar que, la utilización o aplicación de programas preventivos correspondiente, en cuanto, a cualquier grupo poblacional va a prosperar en el nivel de conocimiento de las personas.

CONCLUSIONES

1. La muestra estuvo conformada por el 46,2% son de sexo masculino y el 53,8% son del sexo femenino.
2. Del 100% de adolescentes encuestados, el 90,8% no recibió charla de salud bucal y solo el 9,2% recibió charla.
3. Antes de la aplicación del programa preventivo, el nivel de conocimiento del grupo experimental fue regular en el 12,3% adolescentes y malo en el 87,7%. En el grupo control el 6,2% fue regular y el 93,8% fue malo.
4. Después de la aplicación del programa preventivo, el nivel de conocimiento del grupo experimental fue bueno en el 30,8%, regular en el 56,9% y malo en el 12,3%. En el grupo control el 9,2% fue bueno, el 44,6% fue regular y el 46,2% fue malo.
5. No se encontró diferencias significativas en el nivel de conocimiento inicial de los adolescentes del grupo experimental y control ($p=0.400$).
6. Se encontró diferencias significativas en el nivel de conocimiento final de los adolescentes del grupo experimental y control ($p=0.017$).
7. Se concluye que, la aplicación de un programa preventivo en salud bucal mejora o incrementa el nivel de conocimiento de los adolescentes.

RECOMENDACIONES

Al Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay proseguir con los programas preventivos y promoción sobre salud bucal e impulsar, ejecutando a través de diversas actividades de difusión y comunicación para mejorar el conocimiento en los adolescentes a lo que respecta la salud bucal.

Es en este momento, cuando conviene que los adolescentes adquieran buenos hábitos de higiene bucal para que puedan mantenerlo en toda la etapa adulta.

Es importante realizar este tipo de estudios de forma periódica en el mismo grupo poblacional para evaluar el estado de salud bucal de los adolescentes atendidos a tiempo en el establecimiento de salud.

Difundir los resultados para investigación futuras al personal de salud, universidades, instituciones, gobiernos locales, entre otras entidades para identificar las correlaciones saludables que aporten a la salud bucal; priorizando las instituciones educativas y comunidades.

También se recomienda aplicar este tipo de estudio al total de adolescentes atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay para dar continuidad a la investigación, ampliando y profundizando los temas relacionados a la salud bucal, sobre todo en las zonas más vulnerables, para dar una apropiada solución a las enfermedades bucodentales y problemas de salud bucal.

REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS

1. Morel Barrios M, Díaz Reissner C, Quintana Molinas ME. Nivel de conocimientos sobre salud oral e índice de caries en adolescentes de una escuela de Pirayú, Paraguay. *Pediatr (Asunción)*. [Internet]. 8 de febrero de 2019 [citado 20 de marzo de 2022];45(3):212-6. Disponible en: <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/467>
2. Lisbeth Crespo, Sandra Parra Enríquez, Marlene Moreno Almaguer, Liena Matos Roche, and Fulgencia de las Mercedes Aguilera Ochoa. "Intervención Educativa Sobre Nivel De Conocimientos En Salud Bucal En Adolescentes De "Rafael Freyre"." *Correo Científico Médico (CCM)* 23, no. 2 (2019). Disponible en la web: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2667>
3. Lavastida-Fernández M, Gispert-Abreu E. Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2015 [citado 20 Mar 2022]; 52: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/513>
4. Torres Mahy, Lidice, Pérez Campos, Yaima Esperanza, Casamayor, Dianelis Pascual, Noa Deyá, Yeneyris, Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la Secundaria Básica "Orlando Fernández Badell". *MEDISA* [Internet]. 2015;19(3):365-373. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445173010>
5. Carolina Barrientos, Paulina Becerra, Annemarie Parra, Jean Pierre Jouannet. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, año 2013. *Artículos originales Rev Chil Salud Pública* 2014; Vol 18 (2): 140-148.
6. Namay Villar, Margarita Estefany. Conocimiento de salud bucal y acceso a los servicios odontológicos en adolescentes del Centro de

- Salud Monte Alegre, Pucallpa 2021. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad César Vallejo – Maestría en Gestión de los Servicios de Salud. Pucallpa, Perú. 2021. Disponible en la web: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72803>
7. Villaseca Zavala, Antonieta. Impacto de un programa virtual sobre salud bucal en tiempos de pandemia Covid-19 en adolescentes de la I.E.P “Diego Thomson”-Sullana-Perú 2021. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad Nacional de Piura – Facultad de Ciencias de la Salud. Piura, Perú. 2021. Disponible en la web: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/20.500.12676/2856>
 8. Guerrero Panty, Sandra Jarmila. Nivel de conocimiento de medidas preventivas en la salud bucal de gestantes adolescentes en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa Tacna 2020. [Tesis Para Optar El Título De Cirujano Dentista]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Escuela Profesional de Odontología. Tacna, Perú. 2021. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/4270>
 9. Arce Chacón, Liliana. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en adolescentes de la institución educativa N° 82115 en tiempos de Covid- 19, Huamachuco. 2020. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad Privada Antenor Orrego – Facultad de Medicina Humana. Huamachuco, Perú. 2020. Disponible en la web: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/7405>
 10. Olivera Pedraza, Boris Mario Odon; Salazar Espínola, Milagros Alexandra. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de estudiantes en etapa de adolescencia media de la Institución Educativa Emblemática Nicolás La Torre- Chiclayo, 2018. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Facultad de Medicina. Chiclayo, Perú. 2018. Disponible en la web: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1671>
 11. Cantoral Ramos, Yesenia Sandy. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Bucal Y Prevención De Enfermedades Orales En Los Alumnos De 1° Y 2° Año De Secundaria Del Colegio Nacional Nicolas De

- Piérola Del Distrito De Acari – Arequipa. 2015. [Tesis Para Optar El Título De Cirujano Dentista]. Universidad Privada Norbert Wiener – Facultad De Ciencias De La Salud - Escuela Académico Profesional De Odontología. Lima, Perú. 2015. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/170>
12. Cabrera Buisa, Patricia Milagros. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en adolescentes del quinto grado de secundaria de la I.E. Víctor Andrés Belaúnde, del distrito de Trujillo, departamento de la Libertad, durante el año 2015. [Tesis Para Optar El Título De Cirujano Dentista]. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote - Facultad de Ciencias de la Salud – Carrera Profesional de Odontología. Trujillo, Perú. 2015. <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/614>
 13. Enriquez Nuñez, Richar Gerardo. Comparación del nivel de conocimiento sobre salud bucal y el estado de la higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 8 a 13 años de la I.E. José Abelardo Quiñones – Ate, Lima, Perú – 2015. Lima, Perú. 2015. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad Privada Norbert Wiener – Facultad de Ciencias de la Salud. Disponible en la web: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/194>
 14. Pasquel Gómez Luisana Desiree, Pérez Portocarrero Joana Carolina. Efecto de Programa preventivo sobre conocimiento de salud bucal en madres de niños de la I.E.I. N° 591 Modelo, Loreto 2019. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Científica del Perú - Facultad de Ciencias de la Salud - Programa Académico de Estomatología. Loreto, Perú. 2019
 15. Cueva Vásquez Julissa Pilar; Flores Pacheco Iris Vanessa. Efecto de un programa preventivo sobre Higiene oral, Sangrado gingival y Conocimiento en salud bucal en una Institución Educativa, Loreto – 2018. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana – Facultad de

- Odontología. Iquitos. 2018. Disponible en la web: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/5799>
16. Yance Cárdenas, Paulina Elena. Conocimiento y actitudes sobre la salud oral de los adolescentes atendidos en el Centro de Salud San Juan - Iquitos, 2017. [Para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad Científica del Perú – Facultad de Ciencias de la Salud. Iquitos, Perú. 2017. Disponible en la web: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/219>
 17. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la Facultad de Medicina. 2012 diciembre; 70(3): p. 2217-224.
 18. Segarra M. y Bou J. Conceptos, tipos y dimensiones del conocimiento: Configuración del conocimiento estratégico. Revista de Economía y Empresas. 2005; 42- 43 (2da época).
 19. Ramírez D. unellezsosa.blogspot. [Online]; 2012. Available from: <http://unellezsosa.blogspot.pe/2012/02/conocimiento-cientifico.html>.
 20. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Comité Nacional de Promoción de la Salud. Lima. 2005
 21. Campos Ramos Maria Milagros. Efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares de 1º año de secundaria de la I.E. San Antonio de Padua-Cañete. [Tesis de Titulación]. Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima. 2010
 22. Aliaga Huidobro Elizabeth. Políticas de promoción de la salud en el Perú: Retos y perspectivas. Forosalud - CIES. Setiembre, 2003. Pp. 48. Disponible en la web: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/1002_CIES3.pdf
 23. Calderón Larrañaga S, Expósito Ruiz M, Cruz Vela P, Cuadrado Conde A, Alquézar Villarroya L, Garach Gómez A, et al. [Primary Care and oral health promotion: Assessment of an educational intervention in school children]. Aten Primaria. septiembre de 2019;51(7):416-23.

24. Cuenca E, Manau, C & Serra, L. Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson. 2002
25. Higashida. B. Odontología preventiva. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2000.
26. Organización Mundial de la Salud-OMS. Salud bucodental. Abril 2012.
 Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
27. Kallestal C, Wall S. Socio-economic effect on caries. Community Dental Oral Epidemiol. Abril 2002. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000351>
28. Oakley M, Vieira AR. The endangered clinical teacher-scholar: a promising update from one dental school. J Dent Educ. 2012 abril; 76(4):454-60. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12000351>
29. Huesca E. Salud bucal [Internet]. [Consultado 2018 Dic 21]. Disponible en:
<https://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/manual-de-higienebucal.pdf>
30. Pongoy M. Educación para la salud. La educación para todos 2ª ed Guayaquil Ecuador. 2007.
31. Poveda JD. Higiene Oral y Problemas Bucodentales de los niños de la Escuela Dr. Edmundo Carbo de Jipijapa. [Tesis de grado de Odontología]. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Unidad Académica Salud. Lima. 2011.
32. Henostroza G. Caries dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. 1era edición. Editorial. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2007
33. Leonor I. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Universidad de Chile. Rev. Chile. Pediatría. v.77 n.1. Santiago. Febrero 2006. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062006000100009

34. Carranza FA. Compendio de periodoncia. Editorial Médica Panamericana S.A., 1996 Pág. 23, 25, 101. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20666/1/ODON017.pdf>
35. Álvarez J, et al. Microbiología de las placas bacterianas dentales. [Monografía en internet]. España: Universidad de Oviedo; 2007. [Citado 17 Feb 2019]. Disponible: <http://microral.wikispaces.com/Microbiolog%C3%ADa+de+las+placas+bacterianas+dentales>
36. Barrios G. Op. Cit. Pág. 503. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20666/1/ODON017.pdf>
37. Philip J. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Primera Edición. Editorial Harcourt Brase. España. 1998
38. Yábar J. Tratamiento periodontal e implantológico de paciente con periodontitis crónica. [Tesis para optar el título de segunda especialidad]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2017.
39. Magnusson, B. Odontología Preventiva. Savat editores. Reimpresión. 1987
40. Campodónico, C. Relación entre el uso de fluoruros y prevalencia de caries dental en niños de 0-42 meses. [Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1997
41. Cujíño, M. Lactancia Materna: Factor protectorio de La dentición, Rev. Hacia la promoción de la salud, 9: 45-51, Manizales, Nov 2004
42. Rojas F. Cepillado dental en niños de 1 a 11 años según la encuesta demográfica y salud familiar a nivel nacional Perú, 2015. [Tesis de pregrado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2017
43. Ayala Y, Carralero L, Leyva B. La erupción dentaria y sus factores influyentes. Revista Scielo. 2018 Octubre; XXII (4).

44. Rodríguez M. Factores predisponentes en la pérdida prematura de molares deciduos en niños de 6 a 10 años en la I. E. El Milagro de Fátima - Circa, Arequipa 2012. [Tesis de pregrado]. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú. 2013.
45. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. 2018 [citado 21 de noviembre de 2021]. Recuperado a partir de:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es
46. Cuenca S, Baca G. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005. p. 480.
47. García C, González A. Tratado de pediatría social. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p. 896
48. Agaku IT, Olutola BG, Adisa AO, Obadan EM, Vardavas CI. Association between unmet dental needs and school absenteeism because of illness or injury among U.S. school children and adolescents aged 6-17years, 2011-2012. Prev Med (Baltim). 2015; 72:83-8.
49. Çolakoğlu N, Has E. The Evaluation of the Effects of Socio-Demographic Factors on Oral and Dental Health: A Study on the Ages 6.-12. Procedia - Soc Behav Sci. 2015;195: 1278-87
50. Bordoni N, Escobar A, Castillo R. Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2010. p. 1145
51. Hechavarría Martínez Bárbara Olaydis, Venzant Zulueta Sucel, Carbonell Ramírez Mireya de la Caridad, Carbonell Gonsalves Cristina. Salud bucal en la adolescencia. MEDISAN [revista en la Internet]. Ene 2013 [Consultado: 14/03/22]; 17(1):117-125. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100015&lng=es)

52. Silva R. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en alumnos del 1er año de secundaria de la IE N° 66 "César Vallejo Mendoza" de la provincia de Chepén, región La Libertad, durante el año 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad Los Ángeles de Chimbote. Chimbote. 2015
53. Frazao P, Marques D. Effectiveness of a community health worker program on oral. Public Health. 2009;43(3):1-8.
54. Brennan D, Spencer J, Roberts-Thomson K. Dental knowledge and oral health among middle-aged adults. Aust N Z J Public Health. 2010;34(5):472-5.
55. Artilles L, et al. Metodología de la investigación para las Ciencias de la Salud. Editorial Ciencias Médicas. PP. 355. La Habana, 2008.

ANEXOS

ANEXO 01
INFORME ESTADÍSTICO:
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO

- **EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ:**

- 1.1. Nombre del instrumento:
- 1.2. Título de la investigación:
- 1.3. Autor(es) del instrumento:

- **VALIDACIÓN DE INFORMANTES:**

La validez del presente instrumento fue determinada por medio del método Delphi o Juicio de Expertos, conformado por profesionales en Odontología.

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

| N° | EXPERTOS | Total, de Ítems Correctos | % |
|--------------|---|----------------------------------|----------------|
| 1 | Esp. C.D. Cesar Andrés Quispe Peña | 8 | 85 |
| 2 | C.D. Rocio Juliana Flores Ángulo | 9 | 95 |
| 3 | C.D. Ottmar Ángulo Ríos | 9 | 90 |
| 4 | C.D. Ronald Chumbe Huarcaya | 8 | 80 |
| 5 | C.D. Katty Flores Pacaya | 8 | 85 |
| 6 | C.D. Carlos Luis Tello Tafur, Mg. | 8 | 85 |
| 7 | C.D. Greys Mendoza López | 9 | 90 |
| 8 | C.D. Jhon Erick Chávez Inga | 9 | 90 |
| 9 | Esp.C.D. Dennis Robert Parimango Alvarez, Mg. | 9 | 95 |
| 10 | Esp. C.D. Jhon Albert Pérez Cahuaza | 10 | 100 |
| TOTAL | | | ∑ = 895 |

- **Validez (% final del Instrumento) = 89,5%**

- **Conclusión final de la Evaluación:**

Validez (% final del instrumento):

$$Validez = \frac{895}{10} = 89,5 \%$$

Interpretación:

El instrumento revisado por juicio de expertos obtuvo una validez del 89,5%, encontrándose en el parámetro establecido; es decir, indica que el instrumento tiene una validez ACEPTABLE.

- **Instrucciones:**

- La Validez viene a ser el % final del instrumento y se obtendrá de la siguiente manera:

| |
|---|
| $Validez = \frac{\Sigma DE \%}{TOTAL DE ITEMS DE EXPERTOS}$ |
|---|

Evaluación de la Validez:

| VALOR (%) | INTERPRETACION DE LA VALIDEZ |
|-----------|------------------------------|
| 0-24 | Muy Baja |
| 25-49 | Baja |
| 50-69 | Regular |
| 70-80 | Aceptable |
| 90-100 | Elevada |

Nota: En ciencias de la salud la validez de un instrumento es aceptable a partir de 70%.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO: Alfa de Cronbach

La confiabilidad del cuestionario fue para medir el nivel de conocimiento, y se hizo una prueba piloto en 20 adolescentes, donde reunieron características similares a la muestra. La confiabilidad del instrumento se obtuvo mediante el coeficiente Alfa de Cronbach

La escala de valores que determina la confiabilidad esta dada por los siguientes valores:

| | |
|------------------------|---------------|
| No es confiable | (-1 a 0) |
| Baja confiabilidad | (0.01 a 0.46) |
| Moderada confiabilidad | (0.45 a 0.75) |
| Fuerte confiabilidad | (0.76 a 0.89) |
| Alta confiabilidad | (0.9 a 1) |

Se observa el coeficiente alfa de Cronbach del instrumento 01 siendo de 0,980; lo cual permite corroborar que tiene ALTA Confiabilidad. El número de elementos corresponde al número de preguntas consideradas en el instrumento.

Tabla N° 01. Prueba de confiabilidad: Alfa de Cronbach, Cuestionario de 20 ítems.

| Estadísticas de fiabilidad | | |
|---------------------------------------|------------------|-----------------|
| Instrumento | Alfa de Cronbach | N° de elementos |
| <u>Cuestionario sobre salud bucal</u> | 0,980 | 20 |

ANEXO N° 02

Consentimiento Informado

EFEECTO DE PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD I-4 BELLAVISTA NANAY, LORETO 2022.

INVESTIGADORES : Bach. Francesca Estefani Rengifo Jesus
Bach. Olinda Rivas Da Costa

a. Introducción

Tenga usted muy buen día, somos los bachilleres en Estomatología de la Universidad Científica del Perú, y estamos invitando a los adolescentes que se atienden en la IPRESS I-4 Bellavista Nanay a participar en forma voluntaria en el presente estudio sobre el conocimiento en salud bucal, cualquier duda que usted tenga sobre el presente estudio puede consultarnos.

b. Propósito del Estudio

El presente estudio tiene como objetivo determinar el efecto del programa preventivo sobre conocimiento de salud bucal en adolescentes atendidos en la Ipress I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022, con el fin de que los resultados de esta investigación puedan aportar a futuras investigaciones.

c. Participantes

Los participantes al estudio son todos los adolescentes que acuden a la IPRESS I-4 Bellavista Nanay, siendo su participación voluntaria y confidencial; es decir anónima; y durante el desarrollo de la investigación usted puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

d. Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente:

1. El investigador le entregará una encuesta, donde contiene preguntas acerca del tema desarrollado, el cual se le pide a usted que deberá responder con veracidad, para poder medir el conocimiento antes de la sesión educativa (pre test).
2. Luego se le brindará una charla o sesión educativa sobre tema de Salud bucal, sirviendo como complemento a su conocimiento en salud bucal.

3. Posteriormente se le entregará un segundo cuestionario para medir el conocimiento después de la sesión educativa (post test).
4. El tiempo participación en el estudio está calculado entre 45 a 60 minutos.

e. Confidencialidad

Las encuestas y/o entrevistas serán anónimas, debidamente codificadas; evitando registrar nombres ni documentos de identificación; siendo la información obtenida de uso exclusivo de la investigación; las encuestas serán eliminadas o destruidas al finalizar el estudio.

f. Derecho del paciente

Si usted ha decidido participar en el presente estudio, podrá retirarse en cualquier momento, o también no participar en una parte del estudio sin causar perjuicio alguno.

g. Donde conseguir información

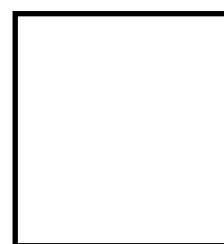
Si usted desea realizar cualquier consulta, queja o comentario por favor no dude en comunicarse con Francesca Estefani Rengifo Jesus al celular 995454679 o con Olinda Rivas Da Costa al celular 955898529, donde gustosamente será atendido.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio.

Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

.....
Firma del Participante
DNI:
Fecha:



Huella digital

ANEXO N° 03

Instrumento N° 01:

Cuestionario sobre conocimiento de salud bucal en Adolescentes
atendidos en el Centro de Salud I-4 Bellavista Nanay, Loreto 2022.

FECHA:/...../.....

COD. N°:.....

PRE-TEST:

POST-TEST:

I. PRESENTACIÓN:

Muy buenos días estimado (a) adolescente, somos bachilleres en Estomatología de la Universidad Científica del Perú y nos encontramos realizando un trabajo de investigación titulado “EFECTO DE PROGRAMA PREVENTIVO SOBRE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD I-4 BELLAVISTA NANAY, LORETO 2019”; con el objetivo de poder determinar el nivel de conocimiento antes y después de una sesión educativa en adolescentes de 12 a 17 años.

Por lo que le pido a usted su colaboración, respondiendo con sinceridad y veracidad las preguntas que se le presentarán en el cuestionario, dándole a conocer que los datos que nos proporcione serán anónimos. Agradezco de antemano su participación en el presente estudio de investigación.

II. INSTRUCCIONES:

- Para el desarrollo del cuestionario, el investigador estará encargado de la recolección de las encuestas para su posterior análisis de los datos.
- Usted marcará con una equis (X) la respuesta que considere correcta o conveniente a cada pregunta.

III. CONTENIDO:

A. DATOS GENERALES:

1. Edad:años
2. Sexo: Masculino
Femenino
3. ¿Ha recibido usted charlas sobre salud bucal?
Si () No ()

B. CUESTIONARIO:

Instrucciones: El cuestionario consta de 20 preguntas, por lo que usted deberá contestar cada pregunta, eligiendo solo una respuesta que crea adecuada. Marque con una equis (X) la respuesta correcta.

1. **Para usted, ¿qué es la caries dental?**
- a) Es una enfermedad que afecta a los dientes.
 - b) No es una enfermedad.
 - c) Es una enfermedad que afecta a la lengua y los labios.
 - d) Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.
 - e) Ninguna de las anteriores
2. **¿Por qué cree usted que se produce la caries dental?**
- a) Por comer alimentos azucarados.
 - b) Por presencia de microorganismos (bacterias en boca).
 - c) Por no cepillarse los dientes.
 - d) Por no consumir alimentos sanos.
 - e) Ninguna de las anteriores.
3. **Según usted, ¿Qué es la halitosis?**
- a) Es la presencia de dientes pigmentados.
 - b) Es la presencia de mal aliento.
 - c) Es la presencia de manchas en las encías.
 - d) Presencia de mal sabor en la boca.
 - e) Ninguna de las anteriores.
4. **Según usted, ¿Qué es la placa bacteriana?**
- a) Son restos de dulces y comidas.
 - b) Son las manchas blanquecinas en los dientes.
 - c) Son restos de alimentos y microorganismos acumulados en los dientes.
 - d) Son los puntos negros que destruyen los dientes.

- e) Ninguna de las anteriores.
5. **Es la enfermedad que afecta al diente, encía y hueso alveolar:**
- a) Gingivitis.
 - b) Caries dental.
 - c) Periodontitis.
 - d) Infección e inflamación gingival.
 - e) Ninguna de las anteriores.
6. **Según usted, ¿Cuál es la importancia del cepillado dental?**
- a) Es importante para evitar fracturas dentarias.
 - b) Es importante para tener mis dientes blancos.
 - c) Es importante para eliminar la placa bacteriana de los dientes.
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Ninguna de las anteriores.
7. **¿Cuál es el momento indicado para cepillarse los dientes?**
- a) Al despertarme.
 - b) Después de cada comida.
 - c) Antes de acostarme a dormir.
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Ninguna de las anteriores.
8. **¿Con que frecuencia está indicado el cepillado dental?**
- a) 1 vez al día.
 - b) 3 veces al día.
 - c) 2 veces al día.
 - d) Cada vez que se ingiere un alimento.
 - e) Ninguna de las anteriores.
9. **¿En qué momento se debe cambiar el cepillo dental?**
- a) Cada 3 meses.
 - b) Cada 6 meses.
 - c) Cada 2 meses.
 - d) Cuando el cepillo este muy viejo.
 - e) Ninguna de las anteriores.
10. **Según usted, ¿Cuál es el tiempo indicado para realizar el cepillado dental?**
- a) Menos de 2 minutos.
 - b) Más de 2 minutos.
 - c) Entre 3 a 5 minutos.

- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

11. La lengua de sebo cepillar para evitar:

- a) Mal aliento.
- b) Lengua blanca (saburral).
- c) Pérdida del sentido del gusto.
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores.

12. Según usted, ¿Qué enfermedades puede generar la deficiente higiene bucal?

- a) Caries dental y enfermedades de las encías.
- b) Dolor dental.
- c) Halitosis.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

13. ¿Cuál es la característica principal de la enfermedad de las encías?

- a) Dolor al comer.
- b) Encías rojas y sangrado mínimo al contacto.
- c) Dolor e hinchazón de los dientes.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

14. De las siguientes alternativas. ¿Qué afirmación es incorrecta?

- a) La gingivitis es la enfermedad periodontal más frecuente en niños.
- b) Tener las encías rojas e inflamadas son signos de gingivitis.
- c) Las encías sangran sólo por la presencia de caries en los dientes.
- d) La placa bacteriana se adhiere sólo a las encías.
- e) Sólo alternativas c y d.

15. ¿Qué entiende usted por higiene bucal?

- a) Es el no cepillarse los dientes.
- b) Presencia de dientes cariados.
- c) Es la limpieza y cuidado de la boca.
- d) Es la presencia de mal aliento.
- e) Ninguna de las anteriores.

16. El flúor sirve para:

- a) Refrescar el aliento.

- b) Proteger al diente de la caries dental.
- c) Tener los dientes más blancos.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

17. La maloclusión es el mal alineamiento de los dientes o malposición dentaria. ¿Cuál cree usted que lo puede causar?

- a) El uso prolongado del biberón y/o del chupón.
- b) El chuparse el dedo constantemente.
- c) Factores genéticos.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b y c.

18. De las siguientes alternativas ¿Cuál cree usted que es la correcta?

- a) La pérdida de dientes de leche antes de tiempo no origina problemas en el futuro.
- b) Interponer frecuentemente la lengua entre los dientes puede originar maloclusión.
- c) La respiración bucal a largo plazo no afecta el correcto desarrollo de los maxilares.
- d) Todas las anteriores.
- e) Sólo alternativas b y c.

19. Según usted, ¿Cada cuánto tiempo se debe visitar al odontólogo?

- a) Cuando siento dolor.
- b) Cada 3 meses.
- c) Cada 6 meses.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

20. Según usted, ¿Cuál de las siguientes alternativas considera usted que son medidas preventivas?

- a) Profilaxis dental.
- b) Aplicación de flúor.
- c) Cada Sellantes de fosas y fisuras.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

¡Gracias por su participación! Dios la bendiga.

Firma del adolescente

Firma del responsable

IV. Puntaje:

.....

V. Valoración:

- Bueno:** Cuando el puntaje esta entre 16 a 20.
- Regular:** Cuando el puntaje está entre 11 a 15.
- Malo:** Cuando el puntaje está entre 0 a 10.

ANEXO N° 04

Estadística complementaria

Respuestas correctas e incorrectas del cuestionario antes de la aplicación del programa preventivo.

| PRETEST | EXPERIMENTAL | | CONTROL | |
|---------|--------------|------------|----------|------------|
| | CORRECTA | INCORRECTA | CORRECTA | INCORRECTA |
| P1 | 87.7 | 12.3 | 93.8 | 6.2 |
| P2 | 27.7 | 72.3 | 6.2 | 93.8 |
| P3 | 50.8 | 49.2 | 72.3 | 27.7 |
| P4 | 27.7 | 72.3 | 36.9 | 63.1 |
| P5 | 4.6 | 95.4 | 6.2 | 93.8 |
| P6 | 50.8 | 49.2 | 58.5 | 41.5 |
| P7 | 41.5 | 58.5 | 33.8 | 66.2 |
| P8 | 27.7 | 72.3 | 29.2 | 70.8 |
| P9 | 47.7 | 52.3 | 60.0 | 40.0 |
| P10 | 69.2 | 30.8 | 61.5 | 38.5 |
| P11 | 15.4 | 84.6 | 16.9 | 83.1 |
| P12 | 40.0 | 60.0 | 38.5 | 61.5 |
| P13 | 24.6 | 75.4 | 27.7 | 72.3 |
| P14 | 23.1 | 76.9 | 12.3 | 87.7 |
| P15 | 73.8 | 26.2 | 70.8 | 29.2 |
| P16 | 40.0 | 60.0 | 58.5 | 41.5 |
| P17 | 3.1 | 96.9 | 24.6 | 75.4 |
| P18 | 7.7 | 92.3 | 6.2 | 93.8 |
| P19 | 26.2 | 73.8 | 24.6 | 75.4 |
| P20 | 29.2 | 70.8 | 20.0 | 80.0 |

Respuestas correctas e incorrectas del cuestionario después de la aplicación del programa preventivo.

| POSTEST | EXPERIMENTAL | | CONTROL | |
|---------|--------------|------------|----------|----------|
| | CORRECTA | INCORRECTA | CORRECTA | CORRECTA |
| P1 | 100.0 | 0.0 | P1 | 100.0 |
| P2 | 80.0 | 20.0 | P2 | 80.0 |
| P3 | 89.2 | 10.8 | P3 | 89.2 |
| P4 | 76.9 | 23.1 | P4 | 76.9 |
| P5 | 56.9 | 43.1 | P5 | 56.9 |
| P6 | 52.3 | 47.7 | P6 | 52.3 |
| P7 | 76.9 | 23.1 | P7 | 76.9 |
| P8 | 50.8 | 49.2 | P8 | 50.8 |
| P9 | 83.1 | 16.9 | P9 | 83.1 |
| P10 | 81.5 | 18.5 | P10 | 81.5 |
| P11 | 70.8 | 29.2 | P11 | 70.8 |
| P12 | 24.6 | 75.4 | P12 | 24.6 |
| P13 | 67.7 | 32.3 | P13 | 67.7 |
| P14 | 61.5 | 38.5 | P14 | 61.5 |
| P15 | 80.0 | 20.0 | P15 | 80.0 |
| P16 | 76.9 | 23.1 | P16 | 76.9 |
| P17 | 50.8 | 49.2 | P17 | 50.8 |
| P18 | 47.7 | 52.3 | P18 | 47.7 |
| P19 | 89.2 | 10.8 | P19 | 89.2 |
| P20 | 84.6 | 15.4 | P20 | 84.6 |

ANEXO N° 04
Evidencias fotográficas













