

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE SALUD ORAL EN
ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES
EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA,
2018**

Presentado por:

MG. AMANDA HILDA KOCTONG CHOY

Asistentes de Investigación

Sr. Ruben Fernández Apaza

Srta. Carito Cusi Palomino

TACNA-PERÚ

2019



Universidad
Latinoamericana CIMA

Universidad Latinoamericana CIMA S.A.C.
Av. Gregorio Albarracín N° 500
Fono: 052-412140
TACNA - PERÚ

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

RESOLUCION N°133-2019-CU-ULC

Tacna, 24 de mayo del 2019

VISTO:

La Resolución N°344-2018-CU-ULC, el Informe N°12-RAGC-OFI-ULC-2019 y el Oficio N°044-2019-VRID-ULC, presentado por el Vicerrector de Investigación de la Universidad Latinoamericana CIMA, acerca de solicitar la aprobación del Informe Final del Proyecto de Investigación en: "**CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, 2018**", elaborado por la Mgr. Amanda Hilda Koctong Choy, docente adscrita a la Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA, con proveído de Rectorado y el acta de sesión ordinaria de Consejo Universitario de fecha 24 de mayo del 2019, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Resolución N° 474-2011-CONAFU y su aclaratoria Resolución N° 626-2011-CONAFU, resuelve otorgar el funcionamiento provisional a la Universidad Latinoamericana CIMA, como persona jurídica de derecho privado con fines de lucro.

Que, la Universidad Latinoamericana CIMA es una Institución dedicada a la formación de profesionales, científicos y humanistas para promover el desarrollo regional y nacional, dentro de la nueva dinámica social de cambio que experimenta el mundo actual, con el fin de alcanzar las máximas expresiones de calidad y excelencia.

Que, el Artículo 52° del Estatuto de la Universidad: Son atribuciones del Consejo Universitario, señala en su inciso 12) Fomentar e incentivar los planes y trabajos de investigación científica a nivel de la Universidad y de las Unidades Académicas. Que el artículo 53° del Estatuto de la Universidad señala las atribuciones del Rector: en su inciso 1) Preside el Consejo Universitario, así como hacer cumplir sus acuerdos y en su inciso 7) Asume la política que define la junta general y el directorio, para contribuir a la axiología, fines y misión institucional

Que la Resolución N°344-2018-CU-ULC, de fecha 31 de diciembre del 2018 emitida por el Consejo Universitario que aprueba como docente ganadora del Concurso de Proyectos de Investigación para el año 2018, a la docente adscrita a la Facultad de Odontología Mgr. Amanda Hilda Koctong Choy. Que el Informe N°12-RAGC-OFI-ULC-2019, presentado por el jefe de la oficina de investigación, acerca de hacer de conocimiento del informe final de proyecto de investigación en: "**CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, 2018**", en tal sentido solicita declarar por finalizado la ejecución del proyecto de investigación respectivo. Que el Oficio N°044-2019-VRID-ULC, presentado por el Vicerrector de Investigación de la Universidad Latinoamericana CIMA, acerca de solicitar la aprobación en sesión ordinaria de Consejo Universitario.

Que, estando a las consideraciones precedentes y en uso de las atribuciones que le concede la Ley Universitaria N°30220, el Estatuto de la ULC y en uso de las facultades conferidas al Rector de la Universidad Latinoamericana CIMA, de acuerdo a la Resolución N°001-2019-DIR-ULC.



Universidad
Latinoamericana CIMA

Universidad Latinoamericana CIMA S.A.C.
Av. Gregorio Albarracín N° 500
Fono: 052-412140
TACNA - PERÚ

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION Y LA IMPUNIDAD"

RESOLUCION N°133-2019-CU-ULC

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - APROBAR Informe Final del Proyecto de Investigación en:
"CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, 2018", elaborado por la Mgr. Amanda Hilda Koctong Choy, docente adscrita a la Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA.

ARTÍCULO SEGUNDO. - HACER de conocimiento a las demás oficinas académicas-administrativas correspondientes de la ULC y a los interesados.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.


Dr. FLORENTINO LEONIDAS LIMACHE LUQUE
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA CIMA


Abg. LESLY GUISSELA ROBLES VAZALLO
SECRETARIA GENERAL ULC

INDICE

RESUMEN	02
I. INTRODUCCIÓN	04
II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	06
2.1. Antecedent.....	06
2.2. Marco Teórico.....	16
III. MATERIALES Y MÉTODOS	34
3.1. Materiales y métodos.....	34
3.2. Diseño Metodológico, población y muestra	35
3.2.1. Hipótesis	35
3.2.2. Diseño.....	36
3.2.3. Población	36
3.2.4. Muestra	37
3.2.5. Técnica de recolección de datos	39
3.2.6. Procesamiento de datos	41
IV. RESULTADOS	42
Tabla N° 1.....	42
Tabla N° 2.....	44
Tabla N° 3.....	46
Tabla N° 4.....	48
Tabla N° 5.....	50
Tabla N° 6.....	52
Tabla N° 7.....	54
Tabla N° 8.....	56
Tabla N° 9.....	59
Tabla N° 10.....	61
Tabla N° 11.....	63
V. DISCUSIÓN	65
VI. CONCLUSIONES	67
VII. RECOMENDACIONES.....	69
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
IX. ANEXOS.....	74

RESUMEN

El presente estudio se realizó para determinar la relación entre el conocimiento y la actitud sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años, dividiéndolos por edad y sexo, pertenecientes a Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna. El tipo de investigación es de campo, del tipo descriptiva, prospectiva, transversal, evaluando a 365 adolescentes a los cuales se les aplicó un cuestionario de 20 preguntas: 10 de Conocimiento y 10 en actitud sobre la salud oral, el cual fue validado en otros trabajos realizados en el país.

Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento predominante fue el inadecuado con un 53.15%, sobre el 46.85% del nivel adecuado ($p=0.229$). En lo que corresponde a la actitud sobre salud oral se aprecia que el 83.56% presentó una actitud positiva y el 16.44% una actitud negativa ($P=0.000$). De la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre salud oral se determina que 305 (83.56%) adolescentes con actitud positiva, el 45.75% tiene conocimiento inadecuado y 37.81% un conocimiento adecuado. De 60 (16.44%) adolescentes que tuvieron actitud negativa sobre la salud oral el 9.04% tuvo un conocimiento adecuado y 7.40% conocimiento inadecuado. Para establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre salud oral se utilizó la prueba de Chi Cuadrado concluyendo que no existe relación directa con un $p=0.166$.

Palabras claves: Conocimiento, actitud, adolescente, salud oral.

ABSTRAC

The present study was conducted to determine the relationship between knowledge and attitude about oral health in adolescents aged 12 to 16 years, divided by age and sex, belonging to State Educational Institutions of the District of Tacna. The type of research is field, descriptive, prospective, cross-sectional, evaluating 365 adolescents to whom a questionnaire of 20 questions was applied: 10 of Knowledge and 10 in attitude on oral health, which was validated in other work done in the country.

The results showed that the predominant level of knowledge was the unqualified with 53.15%, over 46.85% of the adequate level ($p = 0.229$). In what corresponds to the attitude about oral health, it can be seen that 83.56% presented a positive attitude and 16.44% a negative attitude ($P = 0.000$). Of the relationship between the level of knowledge and attitude about oral health, it is determined that 305 (83.56%) adolescents with a positive attitude, 45.75% have unknowledge and 37.81% have knowledge suitable. Out of 60 (16.44%) adolescents who had a negative attitude about oral health, 9.04% had adequate knowledge and 7.40% had inadequate knowledge. To establish the relationship between the level of knowledge and attitude about oral health, the Chi Square test was used, concluding that there is no direct relationship with a $p = 0.166$.

Key words: Knowledge, attitude, adolescent, oral health.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia representa un periodo sumamente importante en el cuidado dental. Es de especial importancia que la salud oral y la salud general no sean interpretadas como entidades separadas, ya que la salud bucal se considera una parte integral de la salud general de una persona que se relaciona con el bienestar y la calidad de vida. La odontología en el adolescente requiere algo más que conocimientos técnicos-científicos, por parte del odontólogo pues se trata de un individuo en el que están ocurriendo intensas modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, lo que exige salud mental y enorme estabilidad emocional por parte del profesional.

La prevención de enfermedades dentales es una de las preocupaciones principales de los odontólogos que atienden adolescentes. Estos pacientes pueden considerarse como “olvidados” desde la formación profesional dado que la mayoría de las Facultades de Odontología debido a que enfocan la enseñanza de la atención odontológica distinguiendo al niño y al adulto. La preocupación con los adolescentes no está asociada específicamente a los tratamientos odontológicos, sino principalmente en ajustarlos a los cambios y al desarrollo del aspecto emocional, psicosocial y cognitivo. El odontólogo desempeña un papel importante para instruir y motivar a estos pacientes, ya que el problema no se limita a la caries en sí, sino que incluye la enfermedad periodontal y sus implicaciones, la cual se torna cada vez más importante a medida que el niño avanza hacia los últimos años de la adolescencia.

El gobierno ha declarado el interés nacional en la política de salud bucal, estableciendo el derecho a que los niños y adolescentes en edad escolar tengan una buena salud bucal y dentaria; fortaleciendo la participación activa del personal de salud y la comunidad educativa en acciones de promoción, prevención y control de la salud bucal.

El objetivo del presente trabajo es investigar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre la salud oral que tienen los adolescentes del Distrito de Tacna, con la finalidad de que los resultados establezcan posibles estrategias de prevención primaria y secundaria en esta población a través de la extensión de los organismos encargados como Ministerio de Salud, profesionales e Instituciones Educativas.

El presente Proyecto de investigación consta de IX Capítulos en los cuales se dan a conocer todo el trabajo realizado.

Un agradecimiento a las personas que permitieron la realización de este Proyecto de Investigación como son los Directores y Tutores de las Instituciones Educativas Estatales donde se aplicó el estudio, a los profesores de los cuales se tuvo siempre el apoyo permanente, de los adolescentes partícipes de este proyecto por estar dispuestos a poder resolver el cuestionario instrumento de la investigación.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.2 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.2.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano que transcurre entre la infancia y la vida adulta, independiente y autónoma. Esta etapa del desarrollo comprende desde los 10 años hasta los 20 años en mujeres y 21 en varones, siendo dividida según las líneas individuales del desarrollo en : adolescencia temprana que abarca desde los 10 a los 13 años en mujeres y hasta los 14 en varones posteriormente se considera adolescencia intermedia a las edades entre los 10-16 años en mujeres y 14-17 años en varones, y por último la adolescencia tardía que es contemplada entre los 16-20 años en mujeres y entre los 17-21 años en hombres. Es un período de evolución que se manifiesta tanto en el nivel físico como a nivel cognitivo, emocional y social.

La adolescencia da comienzo en la pubertad con los cambios físicos y biológicos que se producen. A nivel cognitivo, van pasando del pensamiento concreto al abstracto logrando una capacidad lógica y analítica. Su pensamiento se hace cada vez más multidimensional, relativo y autorreflexivo, con lo que aumenta el sentido crítico, lo que le provoca enfrentamientos con la realidad cotidiana.

A nivel social y familiar, el adolescente tiende a establecer su independencia respecto a los padres y busca modelos a seguir, que normalmente son modelos extrafamiliares como los amigos. Esto lo puede llevar a querer adoptar nuevos estilos de vida como el adquirir vicios como el alcoholismo, tabaquismo, entre otros.¹⁰

2.2.2 CONOCIMIENTO

Es un conjunto de información que se almacena por medio de la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio se trata de la posesión de múltiples datos que se relacionan y que, al ser tomados por si solos, poseen menor valor cualitativo. El conocimiento tiene dos 'características' o atributos que se presentan de forma simultánea (al mismo tiempo): objetividad y subjetividad. La objetividad se refiere a consignar o plasmar la realidad tal como ocurre, sin valoraciones, creencias, mitos u opiniones del ser humano. Por su parte la subjetividad es todo aquello en lo cual entran en acción nuestras creencias, valoraciones y opiniones, es cuando intervienen los gustos, preferencias y posible odios respecto a algunos temas.¹¹

2.2.3 ACTITUD

De una manera concreta, al hablar de actitudes se refiere al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier

aspecto de la realidad, las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremo o grado de polarización. Estos comportamientos poseen un punto en común, todos ellos reflejan las valoraciones que las personas poseen sobre las distintas cuestiones mencionadas. A dichas valoraciones se las conoce con el nombre de actitudes. Es importante establecer que las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información, permiten buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios, que puede influir sobre la forma en que piensan y actúan las personas.¹²

2.2.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarcando acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas así como a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación

(empowerment o empoderamiento) de personas comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.

La promoción de la salud constituye un escalón dentro del proceso de atención integral, que puede ser definido por: la asistencia (primaria y especializada), la prevención (primaria, secundaria y terciaria), la adaptación social a un problema crónico (rehabilitación, cuidados, integración) y finalmente la promoción de la salud (referida a la implicación de los individuos en el desarrollo y disfrute de su salud). En cambio la educación de la salud es un instrumento transversal que puede afectar a cada uno de los niveles descritos de la atención integral. De esta forma la educación para la salud es un instrumento para la adaptación social, la asistencia, la prevención y la promoción. ¹³

2.2.5 SALUD ORAL

Para la OMS la salud oral puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que pueden comprometer la boca y la cavidad bucal. Por tanto, este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulaciones,

mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial.¹⁴

2.2.6 PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

La prevención según la OMS, son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención en salud oral son aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales. Tiene un elemento común, que es el control de la placa bacteriana, mediante una adecuada higiene oral, teniendo en cuenta que la supresión de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas y pérdida de inserción periodontal.

La prevención no solo trata de evitar la enfermedad sino también detenerla una vez que ha aparecido, hasta conseguir la curación e impedir su avance al máximo posible. En la historia natural de cualquier enfermedad se distinguen los siguientes periodos:

- Periodo pre patológico: en el que se presenta los factores que van a favorecer el desarrollo de la enfermedad, por ejemplo: el consumo de azúcares, mala higiene oral. Se emplea la

educación para la salud donde se adquieren hábitos higiénicos saludables.

- Periodo patogénico: aparecen signos y síntomas de la enfermedad, por ejemplo: la lesión incipiente de la caries. Se aplica medidas de prevención secundaria como el diagnóstico y tratamiento precoz de lesiones cariosas.
- El resultado del proceso: que puede consistir en la pérdida del diente o la restauración de las lesiones. Se aplica la prevención terciaria, como la rehabilitación.¹⁵

2.2.7 PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL

2.2.7.1 CARIES DENTAL

La caries es el resultado de un proceso dinámico en el cual los microorganismos, transmisibles o no, presentes en la placa dental pueden llevar a un desequilibrio entre la fase mineral del diente y el medio bucal circundante a través de la producción de ácidos por parte de la micro biota.

Se trata por lo tanto del producto directo donde hay variación continua del pH de la cavidad oral, resultado de sucesivos ciclos de desmineralización y de re precipitación sobre la superficie dental de minerales presentes en la saliva, como el calcio y el fosfato. Consecuentemente, el equilibrio fisiológico del proceso de desmineralización-re mineralización puede ser restaurado y traducirse

clínicamente como una lesión “inactiva”. Estas manifestaciones suceden a lo largo del tiempo.¹⁶

La caries dental es una enfermedad multifactorial cuya infección y actividad se establece mucho antes de que ocurran las cavidades.

Existe abundante evidencia de que es una enfermedad microbiana y de que la producción de ácidos por las bacterias de la placa dental determina el inicio y el progreso de la caries dental.

Asímismo ha sido considerada una enfermedad relacionada con la dieta. La presencia de la placa dental de glucanos extracelulares, que las bacterias sintetizan a partir de la sacarosa y del modo en que estas aprovechan los hidratos de carbono simples de la dieta son esenciales en la producción de ácido.¹⁷

2.2.7.2 ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal presenta una serie de cuadros clínicos caracterizados por la afectación del periodonto. Son enfermedades producidas por la placa bacteriana, localizada entre la encía y el diente, que provocan una inflamación de la encía (gingivitis), que se puede extender progresivamente a los demás tejidos del periodonto (periodontitis).

Los efectos de la enfermedad periodontal observados en adultos tienen su origen en fases tempranas de la vida. La afección gingival en un niño puede progresar para poner en riesgo el periodoncio del adulto.

La dentición en desarrollo y ciertos patrones metabólicos sistémicos son propios de la infancia. También hay alteraciones gingivales y periodontales que suceden más a menudo en la niñez y por ello se identifican con este período.

La enfermedad periodontal puede aparecer en la infancia pero, a diferencia de la caries dental, sus plenos efectos destructivos no pueden percibirse hasta la edad adulta. La enfermedad periodontal es una causa frecuente de mal aliento y puede provocar una apariencia poco atractiva de dientes y encías, y la eventual pérdida de los dientes.¹⁸

GINGIVITIS

La gingivitis simple se caracteriza por inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de adherencia a hueso, en respuesta a las bacterias que viven en biofilmes en el margen gingival y el surco. Los signos clínicos de la gingivitis incluyen eritema, hemorragia al sondeo y edema. La gingivitis no es usual en la dentición primaria, ya que los niños de corta edad tienen menos placa que los adultos y

son, al parecer, menos sensibles a la misma cantidad de placa. Ello se explica por las diferencias en la composición bacteriana de la placa y los cambios que se relacionan con el desarrollo en la respuesta inflamatoria. La gingivitis se presenta en la mitad de la población hacia los cuatro o cinco años, continúa en aumento con la edad. Su incidencia se aproxima a casi 100% en la pubertad, después de la cual disminuye ligeramente y permanece constante en la edad adulta.¹⁸

PERIODONTITIS

La periodontitis se define como una enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes causada por microorganismos específicos que producen la destrucción progresiva del ligamento periodontal y el hueso alveolar con formación de bolsa, recesión o ambas.

En la dentición primaria pueden ocurrir cambios traumáticos en los tejidos periodontales. En el proceso de la exfoliación de la dentición primaria, la resorción de los dientes y hueso debilita el soporte periodontal de manera que las fuerzas funcionales existentes lesionan los tejidos de sostén restantes.

En la dentición mixta, el periodoncio de los dientes permanentes puede estar traumatizado porque los dientes permanentes soportan mayores cargas oclusivas cuando los dientes primarios vecinos se exfolian. Las fuerzas oclusivas que se transmiten a través de un diente primario en proceso de sustitución dañan el ligamento periodontal del diente permanente que erupciona para reemplazarlo.

Esta enfermedad es más común en adultos, el número y gravedad de los sitios afectados aumenta de forma constante con la edad, lo cual comprueba que la periodontitis de inicio en el adulto por lo general comienza en la adolescencia.¹⁸

2.2.7.3 HALITOSIS

Halitosis es el término empleado para describir el aliento desagradable producto de factores fisiológicos o patológicos, de origen bucal o sistémico. La palabra deriva de la voz latina “halitos”, que significa aliento y del sufijo “osis”, que quiere decir condición patológica o anormal.

El mal aliento puede ser fugaz, pasajero, crónico o permanente. Esto depende principalmente del origen o causa etiológica. Porque la halitosis puede ser originada por múltiples causas, sean locales o sistémicas pero solo mencionaremos la que son de mayor interés.

Entre las principales causas locales podemos encontrar en primer lugar las piezas dentarias en mal estado, sea por caries, falta de aseo o presencia de restos alimentarios en los dientes. Una causa local que es fácil encontrar en la cavidad oral es una infección ya sea que se instale en las encías, en las amígdalas o en los adenoides, con seguridad causará mal aliento. Será un cuadro pasajero, porque en cuanto se resuelva la infección, el paciente dejará de padecer su halitosis

Para corregir el mal aliento deben seguirse varios caminos. El aseo adecuado y cotidiano de su boca, cepillando sus dientes, lengua y uso de hilo dental. Mantener sus vías respiratorias sanas, haciendo ejercicio físico aeróbico diario. No comer en exceso alimentos condimentados, agregar la suficiente cantidad de fibras naturales a su dieta y tomar dos litros de agua diario. No fumar y no abusar del consumo de bebidas alcohólicas.¹⁹

2.2.8 HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL

La higiene oral es importante para el control de la placa, es decir en la eliminación de la placa y prevención de su acumulación sobre dientes y superficies gingivales adyacentes. Según la resolución adoptada por “European Workshop on Mechanical Plaque control” en 1998, 40 años de investigación experimental,

ensayos clínicos y proyectos de demostración en diferentes entornos geográficos y sociales, confirman la eliminación eficaz de la placa es esencial para la salud dental y periodontal durante la vida.²⁰

Por lo que se debe fomentar el hábito de higiene oral desde niños, con el uso de materiales como el cepillo oral, hilo dental, etc., que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de la buena salud oral y no puede ser sustituido por otras sustancias ya sean colutorios, chicles, etc.

Es importante el cepillado de una forma minuciosa en todas las caras de los dientes, vestíbulo bucal, lengua y mucosas, después de cada comida. Así mismo hay que motivar el uso de hilo dental para limpiar las zonas entre dientes donde no llega nuestro cepillo. El sangrado de las encías suele ser motivo de consulta habitual y una buena forma de motivar la higiene bucal. Asimismo el uso de reveladores de placa pueden contribuir a ese fin y el uso del espejo donde el profesional enseña el acumulo de placa y cómo lograr su remoción.²¹

CEPILLADO DENTAL

Desde siempre la higiene dental mecánica se considera el mejor método para la eliminación de placa bacteriana, sin embargo casi siempre dejan zonas con bacterias difíciles de eliminar por

su ubicación en zonas de difícil acceso. Los beneficios de las pastas dentales pueden ser contra la caries dental, disminución de la hipersensibilidad y antibacteriano. A pesar que la gran mayoría de pacientes mencionan cepillarse de 2 a 3 veces diarias (siendo el mínimo recomendado de 3 veces diarias), no utilizan una técnica de cepillado correcta, ni tampoco lo hacen por el tiempo adecuado. Casi siempre la disciplina y el hábito se van perdiendo conforme pasa el tiempo. ¹⁹

Es necesario realizar el cepillado de una forma minuciosa en todas las caras de los dientes, vestíbulo bucal, lengua y mucosa, después de cada comida. Así mismo se tiene que motivar el uso de hilo dental para limpiar entre diente y diente donde no llega nuestro cepillo. El sangrado de las encías suele ser motivo de consulta habitual y una buena forma de motivar la higiene oral. Asimismo, con el uso de reveladores de placa pueden contribuir a ese fin donde el profesional observa el acumulo de placa y como lograr su remoción.²¹

CEPILLADO DE LA LENGUA

El mal olor de la boca tiene su origen en la boca en la mayoría de los casos. Por lo tanto para personas que despiden olor bucal, el cepillado de la lengua es importante.

El cepillado de la lengua y paladar ayudan a disminuir los detritus, la placa y cantidad de microorganismos orales. Las papilas de la lengua proporcionan partes principalmente proclives para la acumulación de bacterias y detritus. La limpieza de la lengua se logra al colocar el lado del cepillo dental cerca de la parte media de la lengua con las cerdas en dirección a la garganta. El cepillo se lleva hacia adelante con un movimiento de barrido, esto se repite de 6 a 8 veces en cada zona. El paladar también debe limpiarse con un movimiento de barrido. Para mejorar la acción de limpieza debe emplearse dentífrico durante el cepillado.²²

DENTIFRICO O PASTA DENTAL

La pasta dental es una crema de una mezcla uniforme de sólidos en agua, que ayudan a realizar la limpieza de las superficies dentales y que complementa el uso del cepillo (actualmente hay pastas en polvo inclusive colutorios que poco a poco se va difundiendo y haciendo más frecuente su uso.). El componente típico es el flúor, importante para impedir el desarrollo de la caries, ayuda a reducir la sensibilidad dental y tiene efectos sobre la placa bacteriana.²³

ENGUAJES BUCALES

En general se dividen en dos tipos: Los que contienen fluoruro y cuya actividad es esencialmente anti-caries y los que contienen agentes antisépticos para combatir a las bacterias u hongos que causan enfermedades en la cavidad bucal.

En general, ninguno de estos enjuagues está hecho para sustituir el cepillado dental y el uso del hilo dental, pero si para usar como suplemento, se utiliza después de cada cepillado dental. Los enjuagues no quitan el mal aliento, solo enmascaran por periodos cortos de tiempo. Se emplean diariamente 1 o 2 veces por 30 segundos y escupiendo al final del enjuague. Los pacientes a los que se les recomienda su uso son aquellos con caries activa o con alta susceptibilidad a la caries, con aparatos de ortodoncia fijos como brackets o bandas, con aparatos removibles, o con reducción del flujo salival.²¹

HILO DENTAL

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. Garantiza la eliminación de detritos que el cepillo no lo puede hacer. De acuerdo de algunos estudios, el uso del cepillado junto con el hilo dental remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo; se emplea cogiendo un aproximado de 30 a 45 cm de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm luego se desliza entre cada diente,

adaptando a la superficie del diente hasta el surco gingival con un movimiento de incisal a gingival se repite más de una ocasión. Se repite en todo el diente, incluso en la superficie distal del último diente de la arcada.²¹

2.2.8.1 DIETA Y SALUD BUCAL

La dieta y la nutrición en la prevención de enfermedades dentales representan un papel fundamental en la vida de cualquier ser humano. Una mala salud dental y deficientes hábitos nutricionales, pueden contribuir a la aparición de compromisos en el estado general y en el desarrollo de los niños y adolescentes.

El ámbito educativo y las presiones sociales ponen a prueba la calidad de la dieta y los hábitos alimentarios durante el horario escolar y después de este. Las necesidades de nutrición varían de un año a otro en estas etapas. La dieta debe adaptarse a los cambios que ocurren en el proceso de crecimiento que, de ser lento y progresivo al inicio de este intervalo, se acelera hacia fines del mismo, estos requerimientos no solo dependen del crecimiento y desarrollo sino del nivel de actividad física y mental en el que incurre el niño. El consumo de refrigerios se torna habitual en este rango de edad. El acceso fácil a las máquinas expendedoras de refrigerios, a los quioscos de los colegios y a

la influencia penetrante de la radio y de la televisión recuerdan de forma constante al niño la necesidad de satisfacer su hambre y no necesariamente de la manera más saludable.

Los déficits de proteínas y calorías pueden disminuir la resistencia a las enfermedades orales. Las necesidades de calcio están aumentadas en la etapa de crecimiento de los niños y adolescentes. La leche y derivados (yogur, cuajada, quesos...) tienen la fama de ser las mejores fuentes de calcio; sin embargo, existen diversos alimentos vegetales tanto o más ricos en este mineral que los anteriores.²⁴

Cuando de alimentación anticariogénica se trata deben considerarse los siguientes factores:

Características físicas de los alimentos, sobre todo adhesividad. Los alimentos pegajosos se mantienen en contacto con los dientes durante mayor tiempo y por ello son más cariogénicos. Los líquidos tienen una adherencia mínima a los dientes y, en consecuencia, poseen menor actividad cariogénica.

La composición química de los alimentos puede favorecer la caries. Por ejemplo, algunos alimentos contienen sacarosa y ésta es en particular cariogénica por su alta energía de hidrólisis que las bacterias pueden utilizar para sintetizar glucanos insolubles.

Tiempo de ingestión. La ingestión de alimentos con hidratos de carbono durante las co-midas implica una cariogenicidad menor que la ingestión de esos alimentos entre comidas.

Frecuencia de ingestión. El consumo frecuente de un alimento cariogénico implica mayor riesgo que el consumo esporádico. El pH de la placa dentobacteriana posterior a la ingestión de alimentos es muy importante para la formación de caries y, asimismo, depende del pH individual de los alimentos, el contenido de azúcar de estos y el flujo promedio de saliva.²⁵

III. MATERIALES Y METODOS

3.1 Materiales y Métodos

a) Recursos Materiales

- Cuestionario

- Lapiceros

b) Recursos Humanos

- Investigador: Mg. Amanda Hilda Koctong Choy
- Asistentes de Investigación:
Sr. Ruben Fernandez Apaza
Srta. Carito Cusi Palomino

c) Método

La recolección de la información estuvo a cargo de los evaluadores que fueron la Cirujano Dentista involucrada en la investigación y los alumnos asistentes.

Primeramente el evaluador previa coordinación con la Institucion Educativa, solicitando el permiso respectivo,(ver anexo 3), se procedió a entregar un consentimiento informado (ver anexo 2) para que sean firmados por los padres o apoderados de los alumnos y en una próxima visita se aplicaría el cuestionario a los adolescentes que lo traigan firmado por sus padres.

La técnica que se utilizará para el presente estudio de investigación será un cuestionario de fuente primaria, con la información dada por el adolescente y registrada en el instrumento (ficha de recolección de datos), la cual será llenada en sus respectivas aulas. (ver anexo 1)

3.2 Diseño Metodológico, población y muestra

3.2.1 Hipótesis

Hipótesis General

H₀ No existe relación entre el conocimiento y la actitud sobre la salud oral en los adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.

H₁ Existe relación entre el conocimiento y la actitud sobre la salud oral en los adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.

Hipótesis Específicas

Hipótesis Específica 01

H₀: El nivel de conocimiento sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, no es adecuado.

H₁: El nivel de conocimiento sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, es adecuado.

Hipótesis Específica 02

H₀: La actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, no es positiva.

H₁: La actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, es positiva

3.2.2 Diseño

Descriptivo : Por que describe el conocimiento y la actitud sobre la salud oral

Prospectivo: Por que el conocimiento y la actitud se determinó en el momento del estudio.

Transversal. Por que evalúa el conocimiento y la actitud en un solo momento en que ocurre el estudio.

La técnica a utilizar fué un cuestionario

3.2.3 Población

Estará conformada por todos los adolescentes de 12 a 16 años matriculados en las Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, matriculados en el año 2018 estimado en 7,500 adolescentes.

3.2.4 Muestra

La muestra del estudio está constituida por un grupo representativo de la población. El tamaño muestral se calculó de la siguiente manera.

$$n = \frac{(N)z^2pq}{i^2(N-1)+z^2pq}$$

Dónde:

N = Tamaño de la población = 7,500

z = valor de z para $\alpha=0,05 = 1,96$

p = prevalencia esperada = 0,5

q = (p-1) = 0,5

i = error = 0,05

n = Tamaño de la muestra = ¿?

Reemplazando los valores calculamos nuestro tamaño muestral de la siguiente manera:

$$N = \frac{(7,500) 1,96^2 (0,5) (0,5)}{0,05^2(7,500-1)+ 1,96^2 (0,5) (0,5)}$$

$$N = 365 \text{ alumnos}$$

N = 365 alumnos

Según la fórmula anterior, el tamaño muestral requerido es de 365 adolescentes. La selección de los alumnos se realizó mediante un método aleatorio entre todos los colegios estatales del Distrito de Tacna.

Las Instituciones Educativas de donde se tomó la muestra fueron las siguientes:

- Institución Educativa Francisco Antonio de Zela
- Institución Educativa N° 42005 Rosa Ara

- Institución Educativa Modesto Basadre
- Institución Educativa Jorge Martorell Flores
- Institución Educativa Coronel Bolognesi

Criterios de Inclusión

- Adolescentes de las Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna
- Adolescentes matriculados en educación secundaria durante el año académico 2018
- Adolescente que acepte participar voluntariamente en el presente estudio.
- Adolescente que cuente con autorización de sus padres o apoderados para participar en el estudio expresado en un consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Adolescente que presentan discapacidad para poder expresarse o responder a la encuesta.
- Adolescente que a pesar de haber firmado el consentimiento informado durante el estudio no desea seguir participando en la realización de la encuesta.

3.2.5 Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizará para el presente estudio de investigación será una encuesta de fuente primaria, con la información dada por el adolescente y registrada en el instrumento.

El instrumento fue una ficha de recolección de datos, en donde primero se anotará las características del adolescente como su edad y sexo; en el segundo es un cuestionario basado en el estudio de VASQUEZ y col.²⁶, quienes validaron el instrumento de conocimiento y actitudes a través de juicio de expertos, y fue aplicado con pacientes del Hospital Apoyo Iquitos. (Ver Anexo 1).

Para medir la variable conocimiento el cuestionario constó de 10 preguntas cerradas, que se clasifica en conocimiento bueno o adecuado, conocimiento malo o inadecuado, valorándose en un punto si esta bien contestada.

La calificación de las respuestas de la encuesta fue:

Conocimiento adecuado7 – 10 puntos

Conocimiento inadecuado..... 0 – 6 puntos.

En relación a las 10 premisas sobre la actitud que están elaborado según la recomendación de Likert.

Para medir el nivel de actitudes sobre medidas preventivas en salud bucal, se elaboró una encuesta estructurada que respondiera a las actitudes sobre medidas preventivas de salud bucal, se aplicó un test de cuestionario valorada con la escala tipo Lickert modificada. La cual estuvo conformada por: 10 preguntas que

exponen a la actitud sobre medidas preventivas en salud bucal. Los datos recopilados nos permitieran determinar en cinco categorías como totalmente de acuerdo (TA), de acuerdo (A), indeciso (ID), en desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (TD).

Teniendo en cuenta la puntuación que reciba cada respuesta, totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, tuvo las siguientes puntuaciones:

TA: 5 puntos

A: 4 puntos

ID: 3 puntos

D: 2 puntos

TD: 1 puntos

El puntaje final para la actitud fue:

- Positiva 31 a 50 puntos
- Negativa 10 a 30 puntos

3.2.6 Procesamiento de Datos

Los análisis de los datos fué de tipo cuantitativo estadístico y se realizaron los siguientes pasos:

- 1) Se utilizó el programa excel para windows para crear la base de datos para el instrumento utilizado.
- 2) Para el análisis de datos se utilizó el programa automatizado SPSS version 21 para Windows.
- 3) Para la contrastación de la hipótesis general se utilizó la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrada de independencia.

- 4) Para la contrastación de las hipótesis específicas se utilizó la prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada bondad de ajuste.
- 5) Los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

IV. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los cuadros, análisis y gráficos estadísticos elaborados a partir de la información obtenida.

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos se obtuvieron los siguientes resultados, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

TABLA N° 01
CARACTERÍSTICAS DE LOS ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE
INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE
TACNA, AÑO 2018

Características			
Variable	Categoría	n	%
SEXO	Masculino	151	41,37
	Femenino	214	58,63
	Total	365	100,00
EDAD	12 años	24	6,58
	13 años	65	17,81
	14 años	87	23,84
	15 años	96	26,30
	16 años	93	25,48
	Total	365	100,00

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes

Según la tabla N° 01, damos a conocer que distribución de los porcentajes en referencia al sexo y edad de los adolescentes encuestados la mayoría son del sexo femenino en un 58,63% contra un 41,37% del sexo masculino.

Seguidamente respecto a la edad en primer lugar la mayoría son adolescentes de la edad de 15 años en un 26,530%, en segundo lugar

adolescentes de 16 años en un 25,48%, en tercer lugar adolescentes con 14 años en un 23,84%, seguido de adolescentes con 13 años en un 17,81% y finalmente en menor porcentaje adolescentes con 12 años en un 6,58%.

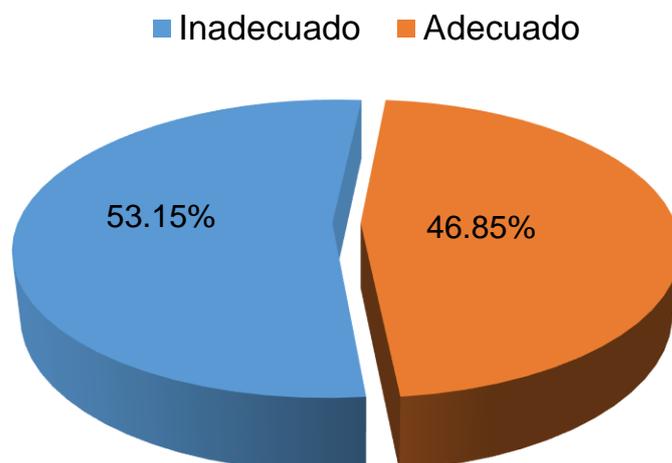
TABLA N° 02
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES
DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL
DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018

Nivel de conocimiento	Adolescentes	
	n	%

Inadecuado	194	53.15
Adecuado	171	46.85
Total	365	100.00

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRÁFICO N° 01
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES
DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL
DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018



Fuente: Tabla N° 2

Según la tabla N° 02 y gráfico N° 01, damos a conocer que la distribución de los porcentajes en referencia al nivel de conocimiento sobre salud oral, la mayoría es inadecuado, quiere decir que un 53.15% de los estudiantes presentaron solo menos de 7 preguntas contestadas correctamente, seguidamente solo un 46,85% de los adolescentes encuestados presentan un nivel adecuado, esto quiere

decir que ellos respondieron correctamente de 7 a 10 preguntas respectivamente.

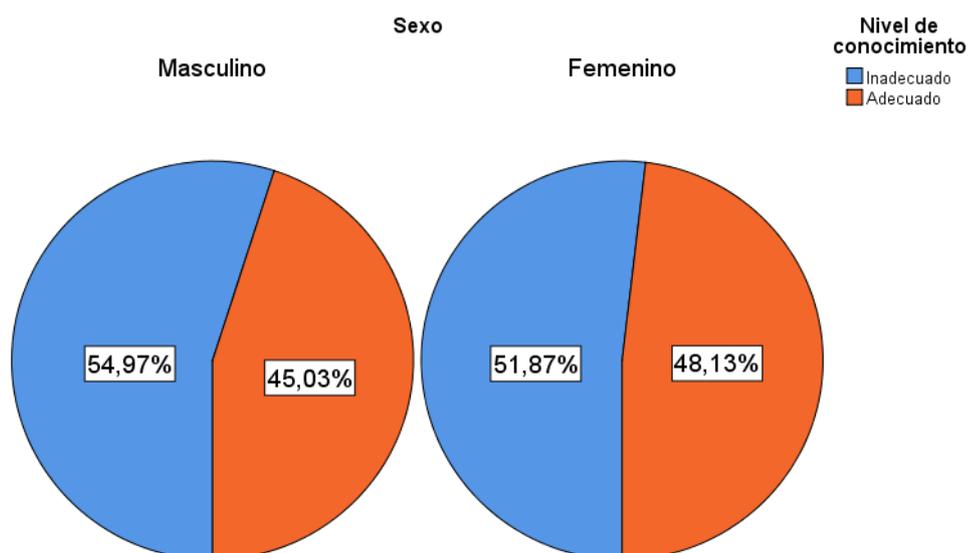
TABLA N° 03
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN SU SEXO SOBRE SALUD ORAL EN
ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018

Nivel de Conocimiento	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%

Inadecuado	83	54,97%	111	51,87%	194	53,2%
Adecuado	68	45,03%	103	48,13%	171	46,8%
Total	151	100,00%	214	100,00%	365	100,0%

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRÁFICO N° 02
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN SU SEXO SOBRE SALUD ORAL EN
ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018
2018



Fuente: Tabla N° 3

Según la tabla N° 03 y gráfico N° 02, se puede observar la distribución de los porcentajes en referencia al nivel de conocimiento sobre salud oral según sexo y se aprecia que no hay diferencia significativa para el conocimiento adecuado tanto en sexo masculino (45%) como en el femenino (48.13%), igual se puede apreciar con el conocimiento

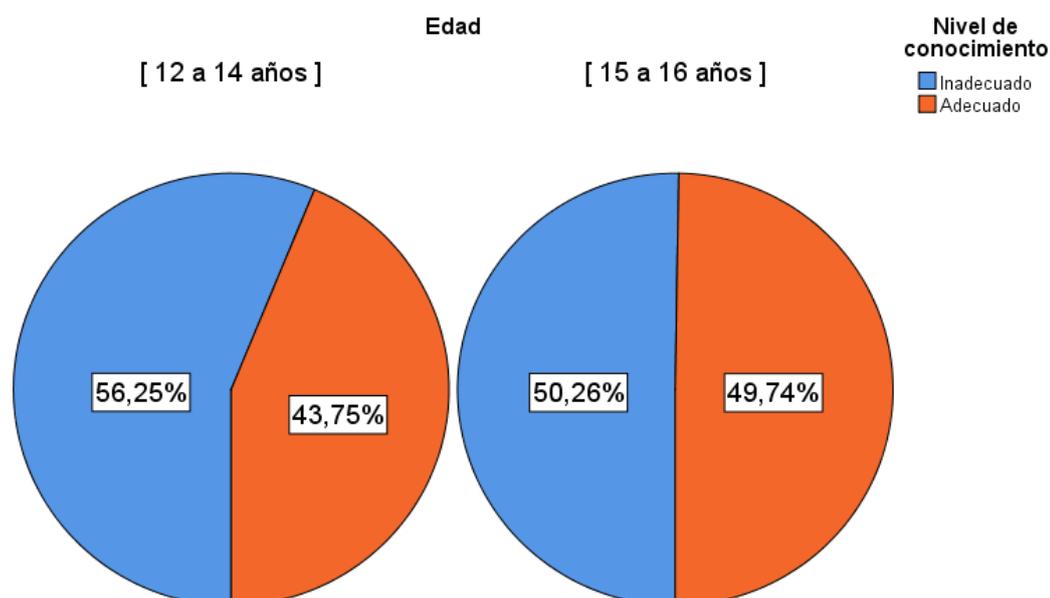
inadecuado, en el sexo masculino se encontró el 54.87% y en el femenino 51.87%.

TABLA N° 04
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN SU EDAD SOBRE SALUD ORAL EN
ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018

Nivel de Conocimiento	[12 a 14 años]		[15 a 16 años]		Total	
	n	%	n	%	n	%
Inadecuado	99	56,25%	95	50,26%	194	53,15%
Adecuado	77	43,75%	94	49,74%	171	46,85%
Total	176	100,00%	189	100,00%	365	100,00%

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRÁFICO N° 03
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN SU EDAD SOBRE SALUD ORAL EN
ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018
2018



Fuente: Tabla N° 4

Según la tabla N° 04 y gráfico N° 03 se puede observar la distribución de los porcentajes en referencia al nivel de conocimiento sobre salud oral según la edad y se aprecia que en la edad de 15 a 16 años casi

la mitad tiene conocimiento adecuado 49.74% y la otra conocimiento inadecuado 50.26%.

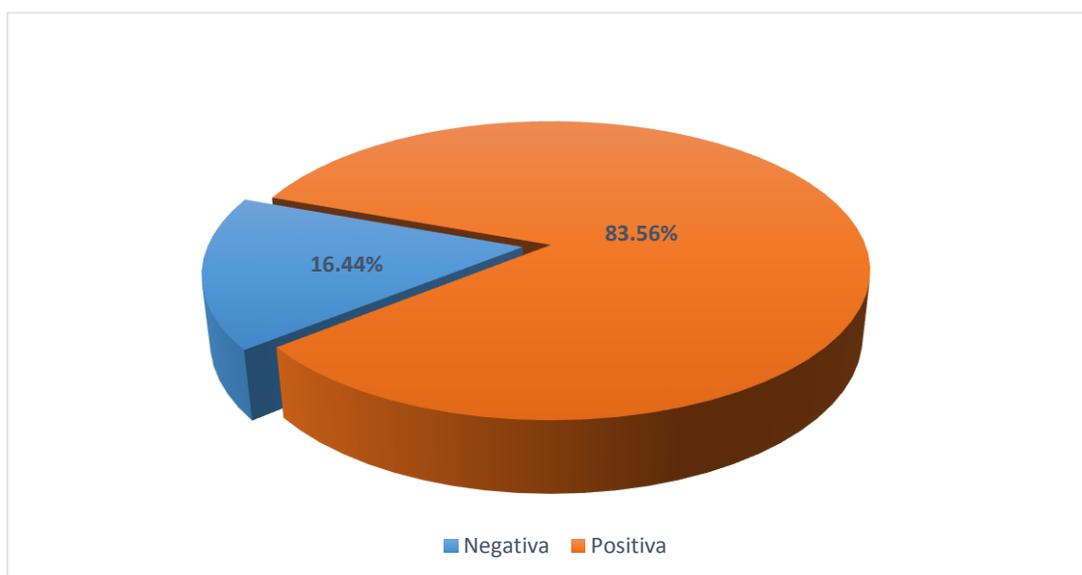
En lo que respecta a los adolescentes de 12 a 14 años tienen mayor porcentaje conocimiento inadecuado 56.25% frente a 43.75% de conocimiento adecuado.

TABLA N° 05
ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 16
AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE
TACNA, AÑO 2018

Actitudes sobre salud oral	Adolescentes	
	n	%
Negativa	60	16.44
Positiva	305	83.56
Total	365	100.00

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRÁFICO N° 04
ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 16
AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE
TACNA, AÑO 2018



Fuente: Tabla N° 5

Según la tabla N° 05 y gráfico N° 04, damos a conocer que la distribución de los porcentajes en referencia a la actitud sobre salud

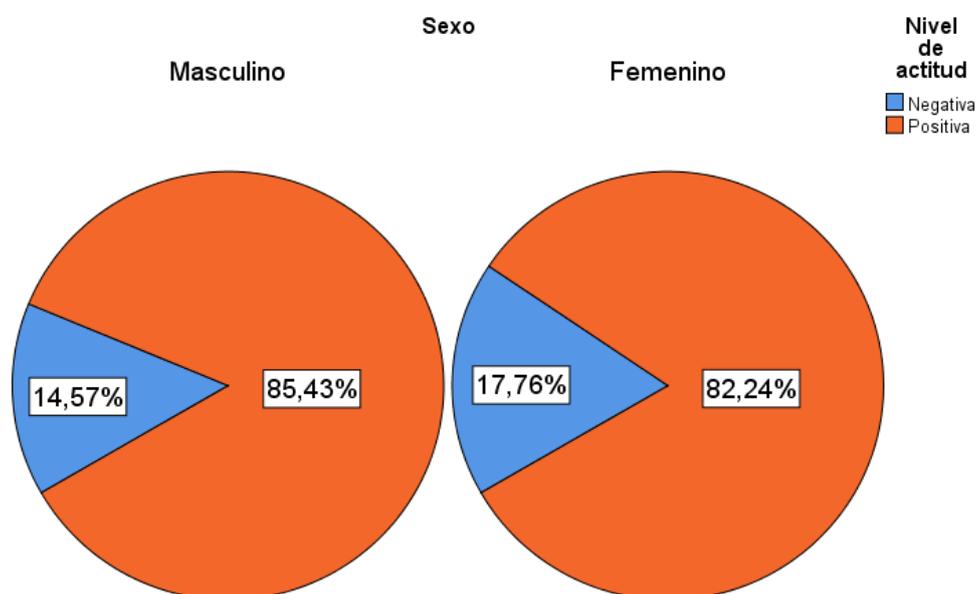
oral, la mayoría es positiva, eso quiere decir que un 83.56% de los adolescentes presentaron unos puntajes totales de 31 a más, seguidamente solo un 16,44% de los adolescentes encuestados presentan una actitud negativa, esto quiere decir que ellos presentaron un puntaje de 10 a 30 respectivamente.

TABLA N° 06
ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL SEGÚN SEXO EN ADOLESCENTES
DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL
DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018

Actitudes sobre salud oral	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Negativa	22	14,57%	38	17,76%	60	16,44%
Positiva	129	85,43%	176	82,24%	305	83,56%
Total	151	100,00%	214	100,00%	365	100,00%

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRÁFICO N° 05
ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL SEGÚN SEXO EN ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018



Fuente: Tabla N° 5

Según la tabla N° 06 y gráfico N° 05, se puede observar la distribución de los porcentajes en referencia a la actitud sobre salud oral según sexo y se aprecia que en ambos predomina la actitud positiva, en el

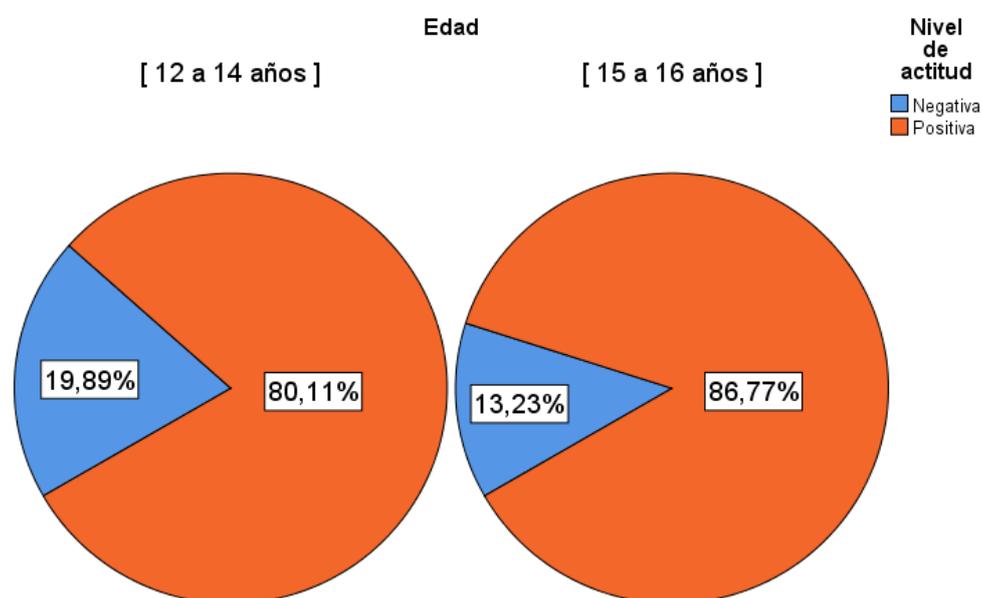
sexo masculino con un 85.43% y en el sexo femenino con un 82.24%, frente a una actitud negativa en el sexo masculino de 14.57% y en el sexo femenino un 17.76%.

TABLA N° 07
ACTITUD SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EDAD EN ADOLESCENTES DE
12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL
DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018

Actitudes sobre salud oral	[12 a 14 años]		[15 a 16 años]		Total	
	n	%	n	%	n	%
Negativo	35	19,89%	25	13,23%	60	16,44%
Positivo	141	80,11%	164	86,77%	305	83,56%
Total	176	100,00%	189	100,00%	365	100,00%

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRÁFICO N° 06
ACTITUD SOBRE SALUD ORAL SEGÚN EDAD EN ADOLESCENTES DE
12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL
DISTRITO DE TACNA, AÑO
2018



Fuente: Tabla N° 6

Según la tabla N° 07 y gráfico N° 06 se puede observar la distribución de los porcentajes en referencia a la actitud sobre salud oral según la edad y se aprecia que en ambos grupos de edad predomina la actitud

positiva frente a la actitud negativa, en el grupo de 12 a 14 años fue de 80.11% para la actitud positiva y 19.89% de actitud negativa.

En lo que respecta a los adolescentes de 15 a 16 años tienen una actitud positiva 86.77% contra el 13.23% de actitud negativa.

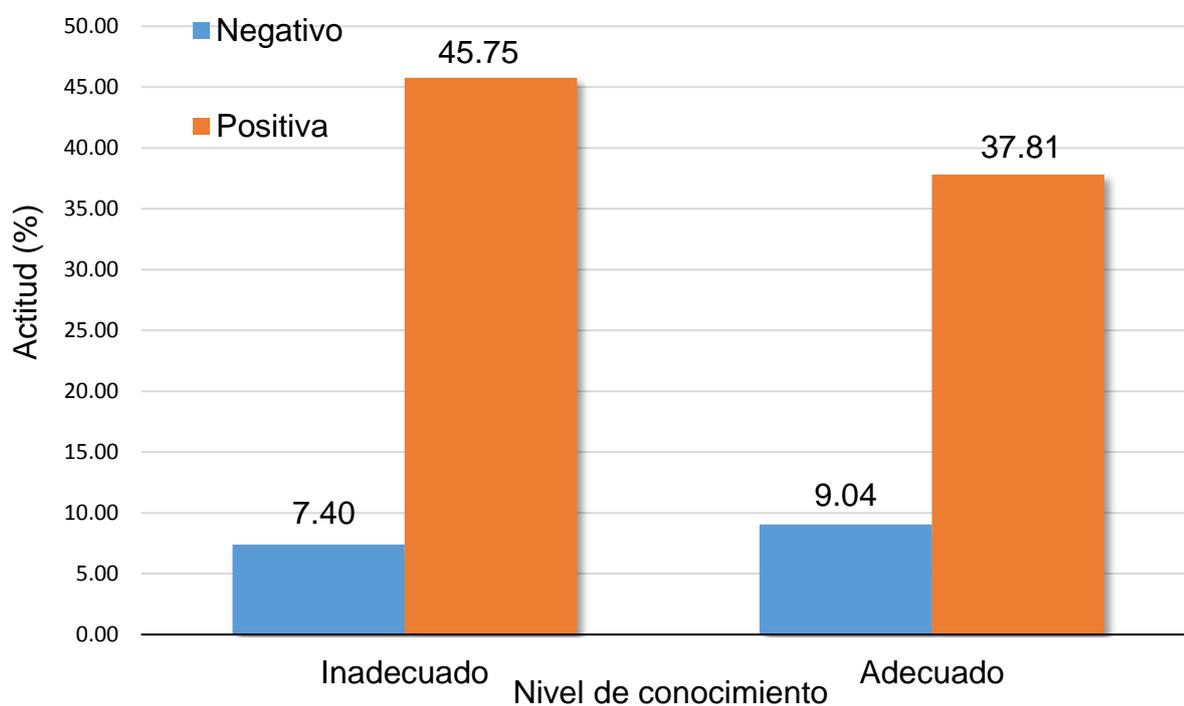
TABLA N° 08
NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL EN
ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018

Nivel de conocimiento	Actitud				Total	
	Negativo		Positiva		n	%
	n	%	n	%		
Inadecuado	27	7.40	167	45.75	194	53.15
Adecuado	33	9.04	138	37.81	171	46.85
Total	60	16.44	305	83.56	365	100.00

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRÁFICO N° 07

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018



Según la tabla N° 08 y gráfico Nro 07, damos a conocer que del total de los que presentaron un nivel de conocimiento inadecuado(53,15%), de las cuales una mayoría presento una actitud positiva en un 45,75%,

seguido de una actitud negativa con un 7,40%. Asimismo del total que presentaron un nivel de conocimiento adecuado(46,85%), la mayoría presentaron una actitud positiva en un 37,81% y en menor proporción un 9,04% de adolescentes que presentaron actitud negativa.

Se puede concluir entonces que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre salud oral de los adolescentes , ya que en adolescentes con un nivel de conocimiento inadecuado o adecuado siempre predomina la actitud positiva en diferentes grupos de adolescentes.

Contrastación de hipótesis

Contraste de hipótesis general

Para la contratación de la hipótesis general se utilizara una prueba estadística no paramétrica chi cuadrada de independencia, la cual su función es buscar la relación o asociación entre dos variables y a partir de esta comparación decidir si existen relación significativa en función a una categoría esperada a un 95% de confianza.

1. Formulación de Hipótesis general:

H₀: No existe relación entre el conocimiento y la actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.

H₁: Si existe relación entre el conocimiento y la actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.

2. Establecer un nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%$

3. Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrada de independencia”.

TABLA N° 09
PRUEBA ESTADISTICA DE LA RELACION ENTRE CONOCIMIENTO Y
ACTITUDES SOBRE SALUD ORAL

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,916 ^a	1	,166
Corrección de continuidad ^b	1,544	1	,214
Razón de verosimilitud	1,912	1	,167
Prueba exacta de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,910	1	,167
N de casos válidos	365		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 28,11.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

4. Lectura del P valor:

Ho : ($p \geq 0.05$) → No se rechaza la Ho

H1 : ($p < 0.05$) → Rechazo la Ho

$P = 0,166$; $\alpha = 0.05$ → $P \geq 0.05$ entonces no se rechaza la Ho

5. Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el p - valor (0,166) que es mayor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual no se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que no existe relación entre el conocimiento y la actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.

Contraste de hipótesis específica 01

Para la contratación de la hipótesis específica 1, se utilizara una prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada bondad de ajuste. Ideada por Karl Pearson a principios de 1900, es apropiada para los niveles de datos tanto nominal como ordinal, dado que su objetivo es determinar cuan bien se ajusta un conjunto de datos a un conjunto esperado a un 95% de confianza.

1. Formulación de Hipótesis general 01:

H₀: El nivel de conocimiento sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, no es adecuado.

H₁: El nivel de conocimiento sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, es adecuado.

2. Establecer un nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%$

3. Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrada de bondad de ajuste.

TABLA N° 10
PRUEBA ESTADISTICA DE LA DISTRIBUCION DEL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

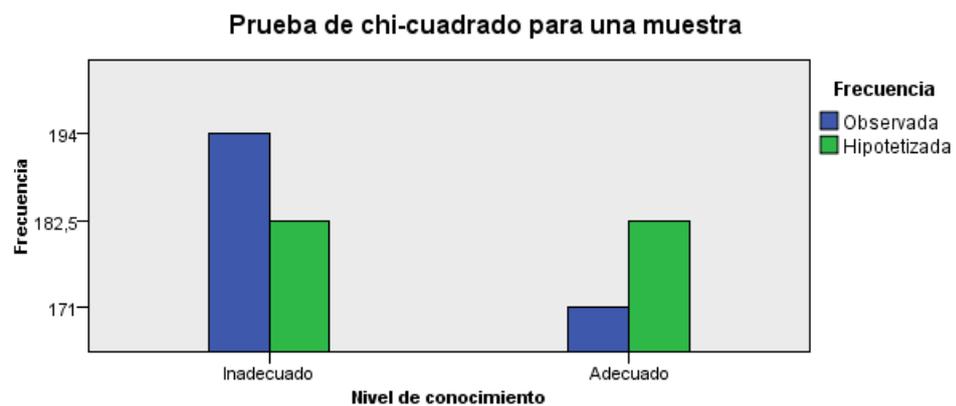
Estadísticos de prueba

Nivel de conocimiento	
Chi-cuadrado	1,449 ^a
gl	1
Sig. asintótica	,229

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 182,5.

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRAFICO N° 08
PRUEBA ESTADISTICA DE LA DISTRIBUCION DEL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL



4. Lectura del P valor:

$H_0 : (p \geq 0.05) \rightarrow$ No se rechaza la H_0

$H_1 : (p < 0.05) \rightarrow$ Rechazo la H_0

$P = 0,229 ; \alpha = 0.05 \rightarrow P \geq 0.05$ entonces no se rechaza la H_0

5. Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (0,229) que es mayor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual

no se rechaza H_0 , y se concluye con un nivel de confianza del 95% que nivel de conocimiento sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, no es adecuado.

Contraste de hipótesis específica 02

Para la contratación de la hipótesis específica 2, se utilizara una prueba estadística no paramétrica Chi cuadrada bondad de ajuste. Ideada por Karl Pearson a principios de 1900, es apropiada para los niveles de datos tanto nominal como ordinal, dado que su objetivo es determinar cuan bien se ajusta un conjunto de datos a un conjunto esperado a un 95% de confianza.

1. Formulación de Hipótesis general 02:

H_0 : La actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, no es positiva.

H_1 : La actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, es positiva

2. Establecer un nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 5\%$

3. Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrada de bondad de ajuste”.

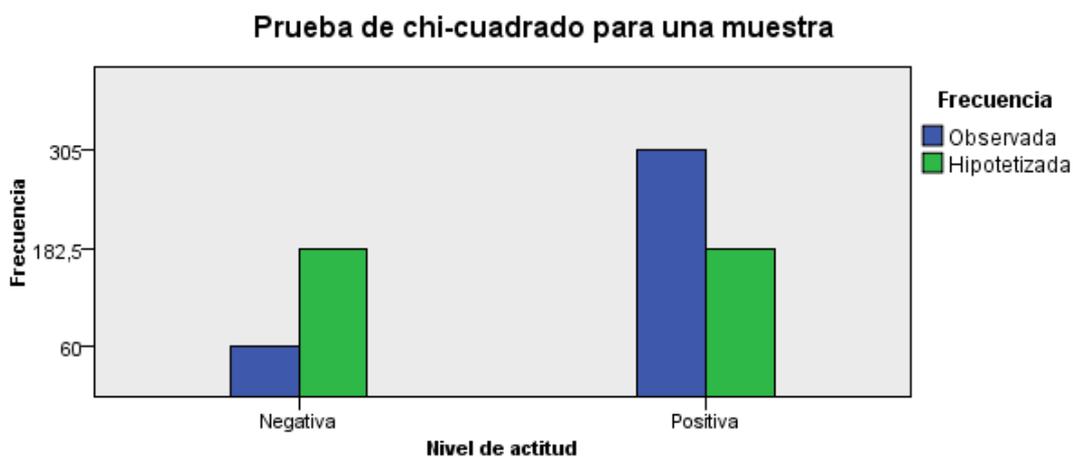
TABLA N° 11
PRUEBA ESTADISTICA DE LA DISTRIBUCION DE LA ACTITUD
SOBRE SALUD ORAL

<i>Estadísticos de prueba</i>	
	Nivel de actitud
Chi-cuadrado	164,452 ^a
gl	1
Sig. asintótica	,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 182,5.

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

GRAFICO N° 09
PRUEBA ESTADISTICA DE LA DISTRIBUCION DE LA ACTITUD
SOBRE SALUD ORAL



4. Lectura del P valor:

Ho : ($p \geq 0.05$) \rightarrow No se rechaza la Ho

$H_1 : (p < 0.05) \rightarrow$ Rechazo la H_0

$P = 1,2051E-37; \alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$ entonces se rechaza la H_0

5. Decisión:

Los resultados de la tabla anterior, muestran que el valor p - valor (1,2051E-37) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza H_0 , y se concluye con un nivel de confianza del 95% que la actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, es positiva.

V. DISCUSIÓN

- En el presente estudio se encontró referente al conocimiento sobre salud oral que un 46.85% (171 adolescentes) presentaron un conocimiento adecuado, siendo mayor en adolescentes de mayor edad y de sexo femenino.

En cuanto a la actitud sobre la salud oral se encontró que un 83.56% (305 adolescentes) presentaron una actitud positiva, siendo mayor en los adolescentes de mayor edad y de sexo femenino.

- En este estudio se encontró que los adolescentes de 12 a 16 años presentan un conocimiento inadecuado sobre salud oral con un 53.16%, esto concuerda con el estudio de Fernandez M. en el año 2013 donde menciona que el 77.1% de la población estudiada tuvo un grado de conocimiento malo, así mismo se asemeja al estudio de Yance P. 2017, donde encontró que el 60.8% de la población de su estudio tenía un conocimiento no adecuado sobre salud oral.
- Respecto al conocimiento sobre salud oral con relación al sexo se encontró que no hay diferencia significativa al conocimiento adecuado sobre salud oral, lo que se asemeja al estudio realizado por Sandoval M. 2016, quien encontró que tanto el sexo masculino como sexo femenino tenían un conocimiento alto
- En lo referente a la actitud sobre la salud oral en el presente estudio se tuvo que en un 83.56% de los adolescentes de 12 a 16 años tienen una actitud positiva, lo cual concuerda con el estudio de Fernandez M.2013 quien encontró que el 62.5% de los estudiantes de su muestra tenían una actitud adecuada, así mismo el presente

estudio concuerda con el realizado por Adame J. 2012, quien encontró que el 79.1 % de la población estudiada mostraron una buena actitud sobre salud e higiene bucal.

- Sobre la relación entre la actitud sobre la salud oral y el sexo se encontró que no hay marcada diferencia en el sexo masculino ni femenino en la actitud positiva, lo cual concuerda con el estudio de Parraga B. 2016, quien señala que tanto en el sexo masculino como femenino tuvieron una conducta regular sobre salud bucal.
- Respecto a la relación entre el conocimiento y la actitud sobre la salud oral se encontró que tanto los adolescentes con conocimiento adecuado e inadecuado tuvieron actitud positiva, y por lo tanto no existe relación significativa entre estas dos variables pues se obtuvo con la prueba de Chi Cuadrada un $P= 0.166$ mayor a 0.05. Esto concuerda con el estudio de Avalos J y Colab. 2015, los cuales encontraron en su estudio que no hay relación entre el nivel de conocimiento y la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana, teniendo un $P= 0.360$. Así mismo estos datos difieren del encontrado en el estudio de Parraga B 2016, quien encontró que si hay relación directa entre el nivel de conocimiento y las conductas de salud bucal en los estudiantes de nivel secundaria, obteniendo un $P= 0.027$.

VI. CONCLUSIONES

- Los adolescentes de 12 a 16 años que obtuvieron mayoría en el conocimiento inadecuado, tuvieron una actitud positiva sobre la salud oral.
- Los adolescentes de 12 a 16 años que tuvieron conocimiento adecuado, también tuvieron una actitud positiva sobre la salud oral.
- Por lo que se puede analizar que el conocimiento en el presente trabajo no tiene relación con la actitud, pues así tengan los adolescentes adecuado o inadecuado conocimiento su actitud será positiva, esto quiere decir que hay otros factores aparte del conocimiento que hacen que los alumnos se preocupen por mantener su salud oral, podría ser la insistencia de la familia, los medios de comunicación o las campañas que se realizan en los colegios sobre prevención en salud oral.
- Se pudo comprobar que a pesar que los adolescentes tienen una actitud positiva hacia la salud oral, les falta comprender la importancia de la prevención utilizando diferentes productos o con visitas periódicas al odontólogo.
- En cuanto a la edad se pudo comprobar que no hay diferencia sobre el conocimiento y actitud sobre salud oral en las diferentes edades de los adolescentes.
- En cuanto al sexo de los adolescentes se encontró que no hay diferencia significativa sobre el conocimiento y actitud sobre la salud oral en el sexo femenino ni masculino.

VII. RECOMENDACIONES

- Realizar otros estudios de investigación al respecto evaluando otras

variables como índice de higiene, índice CPO, hábitos alimenticios, grupos más numerosos, etc, para poder tener un conocimiento más amplio de la salud oral.

- Debido a los resultados obtenidos se debe tener en cuenta que el nivel de conocimiento podría ser más elevado si se refuerzan las medidas educativas a cargo de profesionales en el área para incrementar las políticas de prevención en los adolescentes.
- Evaluar estrategias preventivas promocionales para mejorar la salud bucal en los adolescentes en los diferentes Instituciones Educativas a través de campañas odontológicas, por parte del Ministerio de Salud e Instituciones particulares como Facultades de Odontología, Colegio Odontológico del Perú entre otros.
- Promover la incorporación de un examen dental anual de los escolares como parte del proceso de matrícula, de tal manera que se pueda diagnosticar precozmente los problemas de salud bucal y poder atenderlos a tiempo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arhens A., Colman R., Martínez N., Morel M., Osorio de Galli; M. y Paciello de Ayala M. Actitud y práctica sobre salud bucal en adolescentes de colegios públicos de Asunción. *Revista Salud Pública Paraguaya*, 2015; 5 (2): 40 – 47.
2. Barrientos C., Becerra P., Parra A. Y Jouannet J. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, año 2013. *Revista Chilena Salud Pública*, 2014; 18 (2): 140-148.
3. Fernandez M. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Bucal, en estudiantes del Colegio Público de Esquipulas del Municipio de Managua, 15 Febrero al 31 de Marzo 2013. [Tesis para optar el grado de Master en Salud Pública]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2,103.
4. Adame J. Actitud y Tipo de Conocimiento sobre Salud e Higiene Oral en los Adolescentes de Monterrey, N. L., México. [Tesis para optar el grado de Maestro en Ciencias Odontológicas con orientación en Odontopediatría]. México: Universidad Autonoma de Nuevo León; 2,012.
5. Yance P. Conocimiento y Actitud sobre la Salud Oral de los Adolescentes Atendidos en el Centro de Salud San Juan - Iquitos, 2017. [Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Iquitos: Universidad Científica del Perú: 2,017.
6. Parraga B. Relación entre Nivel de Conocimiento y Las conductas sobre Salud Bucal en Estudiantes de Nivel Secundaria de 3ro, 4to,

- 5to; de la Institución Educativa Benjamin Herencia Zevallos, Distrito De Tintay-Aymaraes - Apurimac, 2016. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2016.
7. Sandoval M. Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en los estudiantes del 5to. Grado de secundaria de la I.E.P. "Norperú", Distrito de Laredo, Región La Libertad, Año 2015.[Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Católica Los Angeles de Chimbote; 2016.
 8. Ávalos J., Huilca N., Picasso M., Omori E. Y Gallardo A. Nivel de Conocimientos en Salud Oral relacionado con la Calidad de la Higiene Oral en escolares de una Población Peruana. Revista Kiru, USMP, 2015; 12 (1):61-65.
 9. Maquera C. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Ciudad Nueva-Tacna, 2012.[Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista] Tacna: Universidad Jorge Basadra Grohaman; 2013.
 10. De Frutos E. Problemas de Salud en el Adolescente. *Pediatría Intgral* 2009, XII (2): 133-143.
 11. Universidad europea de Madrid .El Conocimiento, trabajo de investigación 2002-2008
http://www.esp.uem.es/isbc/trabajo_Conocimiento_Gorka.ppdf.

12. Briñol, P. Falces, C. y Becerra, A. (s/f). Actitudes. Recuperado en <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>.
13. Promoción y educación para la salud. <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
14. Noborikawa A, Kanashiro C. Evaluación de un programa educativo – preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. Rev Estomatol Herediana. 2009; 19 (1):31-38.
15. Pérez Salvador D. Relación entre el estado de salud oral y el estrato socioeconómico en niños de 12 años del distrito de Belén, 2013. [Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista]Lima: Universidad Científica del Per; 2013.}
16. Nocchi C. Odontología Restauradora Salud y Estética 2da ed. Argentina. Editorial Panamericana; 2008.
17. Barrancos Mooney, Barrancos Patricio. Operatoria Dental Integración Clínica. 4ta Ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2006.
18. Newman M.,Takei H., Klokkevold F. y Carranza F. Periodontología Clínica de Carranza. 11ava Ed. España. Editorial Amolca; 2014.
19. Cuenca E. y Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria. 4ta Ed. España. Editorial Elsevier Masson;2013.
20. Carranza S, Sznajder I. Compendio de Periodoncia. 5ta Ed. Argentina. Editorial medica panamericana. 2010.

21. Villa F, Fernandez M, Garcia A, Hernandez L, Lopez L, Alvarez C, Hernandez N, Mansilla O, Cobo M. Manual Del Técnico Superior en Higiene Bucodental. 1ra Ed. España. Ediciones Mad. 2005.
22. Harris N. y García F. Odontología Preventiva Primaria. 2da Ed. Mexico. Editorial El Manual Moderno. 2005.
23. Palmer C. y Boyd L. Nutrición, dieta y estado oral. En: Odontología preventiva primaria. 2a Edición. México D.F: Manual Moderno; 2006, p.305-316.
24. Pinkham J. Odontología Pediátrica. 3era Ed. Editorial McGraw-Hill/Interamericana de México. 2001.
25. Higashida B. Odontología Preventiva. Editorial McGraw-Hill/Interamericana de México. 2000.
26. Vásquez F. y Vásquez L. Conocimiento y Actitudes relacionadas es a medidas preventivas de salud bucal en pacientes con la infección del VIH/SIDA en el Hospital Iquitos César Garayar García durante los años 2014-2015. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Iquito: Uversidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016.
27. <http://escale.minedu.gob.pe/documents/10156/9b271613-e7ec-49a9-9b25-bd2d06d08e1c>

IX. ANEXOS

ANEXO N°1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Conocimiento y actitud sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, año 2018.

I. Características sociodemográficos del Adolescentes:

Fecha _____

a. Edad: _____ años

b. Sexo: _____ (1. Masculino 2. Femenino)

II. Cuestionario de Conocimiento sobre Salud Bucal

Lee detenidamente cada una de las respuestas del cuestionario y marca con un aspa (X) la respuesta que considere conveniente.

1. Además del cepillo dental ¿Qué otro elemento para higiene bucal se puede emplear?
 - a) Pasta dental, hilo dental.
 - b) Cepillo dental, agua y jaboncillo.
 - c) Solo usaría el cepillo dental.
 - d) Solo me enjuagaría con agua.
 - e) No sé

2. ¿Cuántas veces al día como mínimo debe Ud. cepillarse los dientes?
 - a) Uno.
 - b) Dos.
 - c) Tres.
 - d) Cinco.
 - e) No sé

3. ¿En qué momento del día Ud. debe cepillarse los dientes?
 - a) Después de ingerir los alimentos.
 - b) Antes de ingerir los alimentos.
 - c) Solo en las noches.
 - d) Solo en las mañanas.
 - e) No se

4. ¿Qué tipo de alimentos cree Ud. que producen caries?
 - a) Leche.
 - b) Pescado.
 - c) Frutas.
 - d) Chocolate
 - e) No se

5. ¿Cuántas veces al año debe Ud. visitar al dentista?
 - a) Dos veces.
 - b) Cuatro veces.
 - c) Todos los meses.

- d) Cada vez que me duele el diente.
e) No sé
6. ¿Cuánto tiempo te toma tu higiene bucal?
a) 30 segundos
b) minutos.
c) 15 minutos.
d) 30 minutos.
e) No sé
7. ¿Sabe Ud. qué es el flúor?
a) Es un alimento muy importante para el organismo.
b) Es un mineral que fortalece los dientes.
c) Es un mineral que protege las encías.
d) Es una nueva pasta dental.
e) No sé
8. ¿Para qué se utilizan los enjuagues bucales?
a) Solo evita la formación caries dental.
b) Para mejorar el mal aliento
c) Como un complemento del cepillado.
d) Para limpiar el diente.
e) No sé
9. ¿Sabe Ud. qué productos contienen flúor?
a) Gaseosa.
b) Agua mineral.
c) Manzana.
d) Pasta dental
e) No se
10. ¿Cuál es la duración de su cepillo dental?
a) 3 meses
b) 6 meses
c) 1 año
d) No depende del tiempo de uso del cepillo.
e) No sé

Puntaje _____

III. Cuestionario sobre la actitud hacia la Salud Bucal

El presente cuestionario consta de 10 preguntas, donde se señala 05 categorías de respuesta: totalmente de acuerdo (TA), de acuerdo (A), Un poco de acuerdo (UA), en desacuerdo (D) y totalmente en desacuerdo (TD). Lea detenidamente cada pregunta y marque con un aspa (X) la alternativa que usted considere correcta.

1. Usted utilizaría el cepillo, la pasta y el hilo dental para una buena higiene bucal
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

2. Se cepillaría Usted los dientes solo una vez al día
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo

3. Si usted no tiene caries dental. ¿Acudiría al dentista ?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo

4. Se cepillaría Ud. los dientes en 30 segundos
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo

5. Consumiría Ud. menos dulces para evitar tener Caries Dental
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo

6. Si su cepillo dental tiene las cerdas dobladas, ¿Lo cambiaria Ud. por otro nuevo ?
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo

7. Acudiría Ud. al dentista solo cuando está presente el dolor dental
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo

8. Utilizaría Ud. una pasta dental que no contiene flúor
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo

9. Utilizaría Ud. solo el cepillo dental en su higiene bucal
 - a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo

10. Comería Ud. más frutas que dulces para evitar tener caries dental
 - a) Totalmente de acuerdo.
 - b) De acuerdo.
 - c) Un poco de acuerdo.
 - d) En desacuerdo.
 - e) Totalmente en desacuerdo.

Puntaje _____

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señores Padres de Familia o Apoderado:

La Cirujano Dentista Amanda Hilda Koctong Choy Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Latinoamericana CIMA, viene realizando un estudio denominado Conocimiento y actitud sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.

Le invitamos a participar a su hijo (a) en este estudio con el fin de conocer el nivel de conocimiento y actitud que poseen los adolescentes sobre medidas preventivas de salud oral con el propósito de que los resultados aporten estrategias preventivas educacionales para mejorar el estado de salud bucal de los adolescentes, para lo cual se le hará llenar un cuestionario el cual será anónimo y confidencial.

Es importante que comprenda este estudio, si luego de tener la información completa, está de acuerdo en dejar participar a su hijo (a) deberá firmar (o registrar su huella digital) en el espacio correspondiente al final de esta hoja.

El procedimiento del estudio será el siguiente:

1. Se le explicará al adolescente como debe llenar el cuestionario
2. Luego se entregará el cuestionario para que proceda a llenarlo el cual es sobre conocimientos sobre la salud bucal y preguntas sobre su actitud hacia la salud bucal
3. El tiempo de participación llenando del cuestionario se ha calculado no más de 15 minutos.

Yo _____
 Luego de haber comprendido el contenido de este documento y la explicación, autorizo _____ la _____ participación _____ de _____ mi hijo(a): _____
 en el estudio anteriormente descrito.

Nombre y Firma:

 No. _____
 DNI: _____ Fecha _____

Firma del alumno: _____

ANEXO N°3

OFICIO PARA PEDIR AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGAIÓN

Tacna, 24 de Marzo del 2019

SEÑOR

DIRECTOR
INSTITUCIÓN EDUCATIVA
Presente.-

Me es grato saludarlo por intermedio de la presente e informarle que me encuentro realizando un Proyecto de Investigación de la Universidad Latinoamericana CIMA titulado: “Conocimiento y Actitud sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018”, como contribución a la calidad académica de la Universidad. Dicho Proyecto de Investigación fue aprobado en Consejo de Universitario con Resolución N° 344-2018 – CU-ULC, con fecha 31 de Diciembre del 2018. Motivo por el cual acudo a su despacho para que tenga a bien autorizar y brindar las facilidades para realizar las coordinaciones con los profesores responsables de los escolares del nivel secundario para ejecutar el Proyecto de Investigación mencionado.

Las actividades a realizar serán las siguientes:

- Charla informativa a los escolares y entrega de Consentimiento Informado
- Aplicación de un cuestionario

Sin otro particular agradezco la atención prestada, y a la vez hago propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente

Mg. C.D. Amanda Koctong Choy
COP 06335
Docente Facultad de Odontología ULC
Responsable del Proyecto de Investigación

ANEXO N° 4		MATRIZ DE CONSISTENCIA						
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	INSTRUMENTO	ESTADIGRAFO
<p>PRINCIPAL:</p> <p>¿Cuál es el conocimiento y la actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018?</p>	<p>GENERAL:</p> <p>Determinar el conocimiento y la actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar el conocimiento sobre salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018. 	<p>GENERAL:</p> <p>El nivel adecuado de conocimiento sobre la salud oral de los adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018, influye en una actitud positiva sobre su salud oral.</p>	<p>Conocimiento sobre la salud oral.</p> <p>Actitud sobre la salud oral</p> <p>Características Socio demográficas</p> <p>Sexo</p> <p>Edad</p>	<p>Adecuado</p> <p>No adecuado</p> <p>Positiva</p> <p>Indiferente</p> <p>Negativa</p>	<p>POBLACION:</p> <p>7,500 adolescentes de 12 a 16 años matriculados en las Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna 2018</p> <p>Muestra 365 adolescentes</p>	<p>METODO:</p> <p>Observacional</p> <p>Prospectivo y transversal</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Frecuencias y porcentajes</p> <p>Y medidas de tendencia central</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Determinar la actitud la actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.• Determinar la relación entre el conocimiento y la actitud sobre la salud oral en adolescentes de 12 a 16 años de Instituciones Educativas Estatales del Distrito de Tacna, 2018.							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo N° 5

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Nivel de Conocimiento sobre salud Oral	Es la medida de la capacidad del individuo de usar la razón después de haber pasado por el fenómeno de enseñanza-aprendizaje sobre los conceptos de salud bucal, los cuales han sido transmitidos de manera explicativa mediante orientadores que se encargan de la información sistematizada con las vivencias cotidianas que originan el saber empírico.	Cuestionario	Conocimiento sobre salud oral que tiene el adolescente sobre las medidas preventivas y enfermedades de la salud oral	Nominal	Cuestionario de 10 preguntas con respuestas 7 – 10 Adecuado 0 - 6 No adecuado
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Actitud sobre la salud oral	Valoración positiva o negativa del adolescente sobre su salud oral.	Cuestionario	Actitud sobre la salud oral. Valoración del adolescente sobre su salud oral.	Nominal	Cuestionario tipo Likert de 10 preguntas con 5 respuestas 31 a 50 Positiva 10 a 30 Negativa
VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
Características sociodemográficas	Es el conjunto de características de la unidad de estudio como edad y género.	Fecha de Nacimiento	Edad años cumplidos	Rango	1. 12 a 14 años 2. 15 a 16 años
		Género	Rasgos genéticos y físicos	Nominal	1. Masculino 2. Femenino

ANEXO N° 6

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO

DISTRIBUCION DE ITEMS DEL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN
ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018

PREGUNTAS - NIVEL DE CONOCIMIENTO	ADOLESCENTES				TOTAL	
	Incorrecto		Correcta		n	%
	n	%	n	%		
1. Además del cepillo dental ¿Qué otro elemento para higiene bucal se puede emplear?	49	13.42	316	86.58	365	100.00
2. ¿Cuántas veces al día como mínimo debe Ud. cepillarse los dientes?	58	15.89	307	84.11	365	100.00
3. ¿En qué momento del día Ud. debe cepillarse los dientes?	36	9.86	329	90.14	365	100.00
4. ¿Qué tipo de alimentos cree Ud. que producen caries?	11	3.01	354	96.99	365	100.00
5. ¿Cuántas veces al año debe Ud. visitar al dentista?	306	83.84	59	16.16	365	100.00
6. ¿Cuánto tiempo te toma tu higiene bucal?	159	43.56	206	56.44	365	100.00
7. ¿Sabe Ud. qué es el flúor?	198	54.25	167	45.75	365	100.00
8. ¿Para qué se utilizan los enjuagues bucales?	233	63.84	132	36.16	365	100.00
9. ¿Sabe Ud. qué productos contienen flúor?	168	46.03	197	53.97	365	100.00
10. ¿Cuál es la duración de su cepillo dental?	127	34.79	238	65.21	365	100.00

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

ANEXO N° 7

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO SOBRE SALUD ORAL

DISTRIBUCION DE ITEMS DE LA ACTITUD SOBRE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES DE 12 A 16 AÑOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES DEL DISTRITO DE TACNA, AÑO 2018

PREGUNTAS - ACTITUDES HACIA LA SALUD BUCAL	Totalmente de acuerdo		De acuerdo		Un poco de acuerdo		En desacuerdo		Totalmente en desacuerdo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Usted utilizaría el cepillo, la pasta y el hilo dental para una buena higiene bucal	233	63.84	110	30.14	17	4.66	1	0.27	4	1.10	365	100.00
2.Se cepillaría Usted los dientes solo una vez al día	3	0.82	12	3.29	43	11.78	171	46.85	136	37.26	365	100.00
3.Si usted no tiene caries dental. ¿Acudiría al dentista ?	69	18.90	139	38.08	99	27.12	41	11.23	17	4.66	365	100.00
4.Se cepillaría Ud. los dientes en 30 segundos	24	6.58	68	18.63	98	26.85	123	33.70	52	14.25	365	100.00
5.Consumiría Ud. menos dulces para evitar tener Caries Dental	180	49.32	111	30.41	43	11.78	12	3.29	19	5.21	365	100.00
6.Si su cepillo dental tiene las cerdas dobladas, ¿Lo cambiaría Ud. por otro nuevo ?	243	66.58	88	24.11	24	6.58	6	1.64	4	1.10	365	100.00
7. Acudiría Ud. al dentista solo cuando está presente el dolor dental	33	9.04	56	15.34	102	27.95	122	33.42	52	14.25	365	100.00
8.Utilizaría Ud. una pasta dental que no contiene flúor	7	1.92	42	11.51	108	29.59	133	36.44	75	20.55	365	100.00
9.Utilizaría Ud. solo el cepillo dental en su higiene bucal	102	27.95	88	24.11	63	17.26	80	21.92	32	8.77	365	100.00
10.Comería Ud. más frutas que dulces para evitar tener caries dental	186	50.96	113	30.96	43	11.78	14	3.84	9	2.47	365	100.00

Fuente: Elaboración propia, basada en el cuestionario dirigido a los adolescentes.

ANEXO N° 8
FOTOS APLICANDO EL CUESTIONARIO



