

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE ESTOMATOLOGÍA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

Intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I. E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia

Línea de investigación:

Salud Pública y gestión Estomatológica

Autor:

Carrasco Pinedo, Wilton Trinidad.

Jurado evaluador:

Presidente: Teresa Verónica, Ulloa Cueva.

Secretario : Miriam Rosmery, Muñoz Reyes.

Vocal: Luis Jason, Ganoza Larrea.

Asesor:

María Victoria Espinoza Salcedo

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9408-4396>

Trujillo – Perú

2024

Fecha de sustentación: 02/05/2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

11 %	11 %	1 %	4 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	7 %
2	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1 %
3	Submitted to Universidad Privada Antenor Orrego Trabajo del estudiante	1 %
4	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1 %
5	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 1%



CD. María Espinoza Salcedo
C.O.P. 1/2017 - RME 382

Declaración de originalidad

Yo, **María Victoria Espinoza Salcedo**, docente del Programa de Estudio de Estomatología, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada “**Intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpiá**”, autor **Wilton Trinidad Carrasco Pinedo**, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 11 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turnitin, el miércoles 15 de mayo de 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Trujillo, 15 de mayo de 2024

ASESOR

Mg. María Victoria Espinoza Salcedo

DNI: 21547681

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9408-4396>

FIRMA:



CD. María Espinoza Salcedo
C.O.P. 1/417 - RNE 39?

AUTOR

Wilton Trinidad Carrasco Pinedo

DNI: 72002277

FIRMA:



DEDICATORIA

A Dios que me guió en el camino, por darme fuerza para no desmayar ante los problemas, enseñándome a encarar las adversidades ni desfallecer en el intento.

A mis padres por creer en mí, por impulsar y apoyar incondicionalmente para lograr ser un profesional de éxito.

A todos los docentes y compañeros de estudio, que me brindaron sus enseñanzas y amistad.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por la sabiduría que me emiten en el desarrollo de mi vida sobre todo en mi carrera, fomentando el deseo de progreso y triunfo.

Agradecimiento especial a la Dra. María Victoria Espinoza Salcedo, por haberme guiado en el desarrollo de la presente investigación y llegar a finalizar la misma.

A mis compañeros, por alentarnos a concluir y engrandecer nuestra amistad.

A los docentes de la UPAO, que nos compartieron sus sapiencias y dieron la oportunidad de ser parte de ello

RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia de la intervención educativa en el conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres.

Materiales y métodos: El estudio fue experimental y longitudinal. Se evaluaron a 135 estudiantes de 1° a 5° grado del nivel secundario de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia según los criterios de selección. Se empleó un instrumento validado, posteriormente se aplicó una prueba piloto obteniéndose el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.8320. Se realizó el cuestionario antes y después de la intervención educativa, se utilizó la prueba no paramétrica de T-Wilcoxon para determinar su eficacia.

Resultados: En el pretest el promedio del conocimiento de los escolares fue de 6.13 puntos, y después de la intervención educativa el promedio se elevó a 16.21, a la Prueba de Wilcoxon el valor fue de $p < 0.01$. Se observó que antes de la intervención educativa solo el 13.56% de los estudiantes tuvo un nivel de conocimiento suficiente e inmediatamente después de la intervención este se incrementó a 41.24%. En el post test se redujo a un 24.29% el conocimiento deficiente.

Conclusión: La intervención educativa fue eficaz en el nivel de conocimiento de salud bucal en escolares de 1° a 5° de secundaria de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia.

Palabras Clave: conocimiento, intervención educativa, salud bucal.

ABSTRACT:

Objective: Determine the effectiveness of the educational intervention in knowledge about oral health in I.E. students. 00718 Andrés Avelino Cáceres.

Materials and methods: The study was experimental and longitudinal. 135 students from 1st to 5th grade at the secondary level of the I.E. were evaluated. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia according to the selection criteria. A validated instrument was used, subsequently a pilot test was applied, obtaining the Cronbach's Alpha coefficient of 0.8320. The questionnaire was carried out before and after the educational intervention, the non-parametric T-Wilcoxon test was used to determine its effectiveness.

Results: In the pretest, the average knowledge of the students was 6.13 points, and after the educational intervention the average rose to 16.21, the Wilcoxon Test had a value of $p < 0.01$.

It was observed that before the educational intervention only 13.56% of the students had a sufficient level of knowledge and immediately after the intervention this increased to 41.24% and 75.71% of the students were deficient and in the post-test it was reduced to 24.29%.

Conclusion: The educational intervention was effective in the level of oral health knowledge in students from 1st to 5th grade of secondary school in the I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia.

Keywords: knowledge, educational intervention, oral health.

ÍNDICE :

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

I. INTRODUCCION	8
1.1. Realidad problemática	8
1.2. Marco Teórico	9
1.3. Antecedentes	12
1.4. Justificación y propósito :.....	14
1.5. Formulación del problema	14
1.6. Hipótesis de investigación	14
1.7. Objetivo(s)	14
1.7.1.Objetivo General :	14
1.7.2.Objetivos Específicos	14
1.8. Variables	17
II. METODOLOGIA.....	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Tipo de investigacion	¡Error! Marcador no definido.
2.2. Poblacion y muestra	¡Error! Marcador no definido.
2.3. Tecnicas e instrumentos de investigacion	20
2.4. Diseño de investigacion	21
2.5. Procesamiento y analisis de los datos	21
2.6. Consideraciones bioeticas	21
III. RESULTADOS	¡Error! Marcador no definido.
IV. DISCUSION.....	28
V. CONCLUSIONES.....	29
VI. RECOMENDACIONES.....	30

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

.....31

ANEXO

Anexo N° 1. Cuestionario virtual

Anexo N° 2: Confiabilidad del instrumento

Anexo N° 3: Consentimiento Informado Virtual

INDICE DE TABLAS.

Tabla 1: Se atribuye la prueba de Kolmogorov-smirnov y de Shapiro-Wilk, con el fin de determinar los puntajes de conocimiento sobre salud bucal.

Tabla 2: Describe los promedios del conocimiento sobre salud bucal en los alumnos, en el pretest y postest.

Tabla 3: Frecuencia absoluta y porcentual del nivel de conocimiento en el pretest y postest de la intervención educativa

Tabla 4: Determinar el nivel de conocimiento según sexo y la efectividad del método educativo, en el pretest y postest

Tabla 5: Determinar la intervención educativa basadas en el parámetro según la edad.

I. INTRODUCCION

1.1. Realidad problemática

Los países en el mundo están pasando por situaciones difíciles, el Perú es uno de los más afectados por estar en vías de desarrollo; presentando dificultades económicas, sociales, políticas. Sobre la situación actual del sector salud, específicamente en la salud bucal se debe promover iniciativas para investigar y tomar decisiones para revertir en la población el desconocimiento sobre una salud bucal integral o una salud preventiva.¹

En América Latina, el Perú es un país altamente susceptible a enfermedades orales. A diferencia de otros países que promueven la atención sanitaria preventiva, podemos observar que en nuestro país tiene un bajo impacto en las poblaciones donde se aplica. La sociedad carece de conocimiento sobre salud y las enfermedades bucales³, esta condición va empeorando con el tiempo, afectando la salud, influyendo y afectando la calidad de vida de nuestra sociedad.⁴

Los profesionales deben ser perseverantes y realizar cuidados preventivos de salud y restablecer la salud bucal adecuadamente. Por ello, en este estudio nos centramos en el conocimiento sobre prevención y sensibilización de las enfermedades bucodentales² adquiridas en los centros de formación básica, junto a los alumnos para poder sensibilizar y persuadir al cuidado de la salud bucal, de esa forma previniendo diferentes afecciones.³

La Institución educativa. I. E N° 00718 "Andrés Avelino Cáceres" se encuentra en el caserío Alto Lahuarpia, distrito de Jepelacio, Provincia de Moyobamba, Región San Martín y cuenta con 135 alumnos en el nivel de secundaria. Las familias de esta zona remota no reciben educación sobre prevención de enfermedades dentales y no se han realizado investigaciones en esta institución educativa, hasta el momento no existe presencia del personal de salud que contribuya a mejorar sus conocimientos sobre el cuidado del aparato estomatognático.

1.2. Marco Teórico:

La OMS afirma que una buena salud bucal es esencial para mantener una salud general óptima.¹ La boca desarrolla funciones vitales que son de gran importancia para el individuo; deglución, alimentación, salivación, habla e incluso expresiones faciales². Todo esto repercute en la calidad de vida de una persona ya que afecta la autoestima, la sociedad y los demás; Teniendo en cuenta la función morfológica y estética al mismo tiempo.³

Los profesionales de la salud son responsables de brindar atención médica y atención a los pacientes. En cuanto a los dentistas, es su responsabilidad educar y promover la salud bucal en la primera y mediana edad⁴ para desarrollar hábitos de higiene durante toda la vida y contribuir así a la prevención de enfermedades bucales. se rompe. Muchos estudios e investigaciones han demostrado que las enfermedades bucales comunes se consideran una epidemia compleja, oculta y multifactorial.⁵

Las enfermedades de la cavidad oral como son la caries, enfermedades periodontales, lesiones del tejido oral o mucosa, los diversos tipos de cáncer y traumas son problemas presentes para salud pública en todo el mundo pues tienen repercusiones en la calidad de vida.⁶

Para contar de buena salud bucal y calidad de vida es necesario que no exista dolor orofacial, infecciones bacterianas, úlceras, gingivitis, periodontitis, caries, edentulismo y otros trastornos que puedan limitar al individuo, afectando acciones como morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su salud psicológica y social.⁷

Según MINSA, las enfermedades de la boca ocupan el segundo lugar de morbilidad en la consulta en nuestro país, lo que representa un dilema de salud pública para el Perú.⁸

La salud bucal de los niños en edad escolar puede verse afectada por el conocimiento, las acciones y la cultura deficientes de los padres, y también está relacionada con el estilo de vida y el comportamiento destinado a mantener la salud bucal de un niño afectará su salud cuando sea adulto.⁹

Para hacer frente a las patologías orales, no solo hace falta manejar los datos epidemiológicos reportados de la población y aplicar un plan sanitario, sino que también se debe estudiar el grado de conocimiento del paciente o del individuo a cargo del tratamiento de la enfermedad, así mismo la higiene oral que se efectúa diariamente, su percepción y actitud ante ella. La importancia de fomentar y brindar educación en salud bucal ayuda en la obtención de actitudes y hábitos saludables en los escolares, ya que desarrolla los conocimientos sobre la aplicación de medidas y los cuidados a seguir. La capacitación logrará una mayor eficiencia y mejoramiento de la técnica en el trabajo de fomentar un mejor cuidado en la salud oral de los estudiantes.¹⁹

El primer mecanismo por el cual se puede prevenir es el cepillado ya que este remueve la placa bacteriana presente en la superficie de los dientes. La higienización debe realizarse justo luego de ingerir alimentos y antes de ir a dormir. Esta debe iniciar con la erupción de la primera pieza dentaria. Independientemente de la técnica elegida, en niños con poca destreza manual y motriz, se recomienda una posición específica para el niño y la persona que ejecutará o apoyará con el cepillado, con el objetivo de que la higiene bucodental se desarrolle de manera correcta.²⁰

En la niñez se recomienda que los cepillos deben presentar cerdas media, y que la punta sea redondeada. Asimismo, se recomienda que el tamaño del cabezal sea más pequeño y el mango más grueso de los adultos.²⁰ Debe realizarse cepillando todas las superficies dentarias, además, de los tejidos blandos como la lengua y las encías. Con una frecuencia de al menos 2 veces al día, antes de ir a dormir, o 30 minutos después de las comidas; ya que son los momentos en que los ácidos producidos por las bacterias del biofilm aceleran la desmineralización del esmalte generándole daño.²¹

También la frecuencia de visitas al dentista, son sumamente importantes, ya que se pueden detectar signos iniciales de desarrollo de alguna patología; además hábitos positivos como un cepillado dental adecuado y frecuente, utilización de hilo dental y enjuagues o colutorios, acompañados de una dieta no cariogénica se asocian a un menor riesgo de incidencia ya sea de caries dental o enfermedad periodontal.²¹

Por lo tanto una intervención educativa se convierte en una acción encaminada a obtener respuestas que puedan conducir al desarrollo integral del alumno. Este procedimiento es de naturaleza rigurosa y exigente, involucra a alumno y maestro, y también tiene el lenguaje de propósito (cuando se usa una acción para lograr algo). Para poder lograr un evento futuro (objetivo) y todos estos eventos están conectados y trabajan juntos con un propósito de lograr un resultado deseado.²²

Las fases de una Intervención educativa consisten en; planeación, en la cual se realiza la elección de una temática, formular problemas y sugerir documentos apropiados con contenido fácil de entender. Luego viene la fase de motivación, en esta se debe captar la atención hablando sobre su experiencia pasada y visualización de materiales educativos. Posterior a esto, viene la fase de ejecución en la que se aplican las actividades de la intervención educativa, usando como técnicas la demostración y redemostración del tema. Finalmente, viene la fase de evaluación, en la cual se hace el seguimiento de resultados del pre y el post test.²³

1.3. Antecedentes

Castillo S y cols .¹⁷(2020 - Cuba). Determinaron el nivel de conocimiento de los estudiantes sobre salud bucal antes y después de una intervención educativa en 45 estudiantes de secundaria. Han reducido el número de adolescentes sin conocimientos sobre hábitos de higiene bucal. Se descubrió que la intervención era eficaz para influir en el conocimiento de los niños sobre la salud bucal.

Yero I y cols. ¹⁴(2020, Cuba). Realizaron un estudio en una población de 196 estudiantes. El conocimiento antes de su intervención fue deficiente en la gran mayoría, en su mayoría no tenían percepción del riesgo y también presentaban una higiene oral mala. Después el 74 % tenía conocimientos suficientes, el 89.8 % percepción de riesgo y 79.1 % buena higiene bucal.

Crespo L.²⁵ (2019 - Cuba). Desarrollaron intervenciones educativas para analizar el desarrollo de los niveles de conocimientos en temas de salud bucal en 50 alumnos del nivel secundario, así mismo, se les aplicó una encuesta pre y post desarrollo de la intervención. Determinando que previo a la intervención tenían un conocimiento de nivel regular, sin embargo, una vez desarrollado el programa, los saberes incrementaron a un nivel bueno.

Guarniz I.²⁷ (2020 - Perú) . Se determinó la eficacia de la organización de clases en el campo de la higiene dental para 126 estudiantes. La intervención resultó efectiva ya que obtuvieron una media de 14,85 puntos en la primera encuesta y una media de 16,64 en la encuesta final.

1.4. Justificación y propósito:

La salud bucal es una problemática de índole pública, la cual debe ser tratada en todos los niveles educativos, ya que son estos mismos los que se encuentran atravesando una serie de cambios y variaciones tanto físicas como psicológicas, así mismo, es en estas edades es donde adquieren conductas y hábitos. Es por eso que debe ser utilizado para brindarles nuevos conocimientos y saberes, que contribuirán al mejoramiento de su salud bucal e integral. También se busca aportar a la sociedad, con información sobre la salud oral, prevención de enfermedades y de alguna manera influir positivamente, no solo en el estudiante, sino que también en sus familiares y amigos con quienes pueda compartir la información.

Las intervenciones educativas aportan no solo el incremento de conocimientos en la población estudiada; en esta investigación se busca

también dar un aporte teórico a los alumnos y docentes de la institución educativa, para que así puedan difundir la importancia de la salud oral. De igual manera el aporte teórico servirá como base para futuros estudios de estudiantes aplicados en diferentes partes del país.

El presente estudio tiene relevancia práctica ya que facilitará no solo conocer el grado de entendimiento sobre salud bucal, sino también fomentar un cambio en salud bucal, ya que la intervención se brindó de manera presencial, y se pudo explicar las técnicas de prevención y al mismo tiempo resolver las dudas de la población estudiada. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en higiene dental de los estudiantes I.E 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia.

1.5. Formulación del problema

¿Es eficaz la intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia?

1.6. Hipótesis de investigación

Ho= No es eficaz la intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia .

H1= Es eficaz la intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia.

1.7. Objetivo(s)

1.7.1. Objetivo General:

Determinar la eficacia de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Determinar la efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, según la edad .
- Determinar la efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, según el sexo .

1.8. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CLASIFICACIÓN		ESCALA DE MEDICIÓN
			POR SU NATURALEZA	POR SU FUNCIÓN	
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL	Aprendizaje adquirido sobre salud bucal y prevención de éstas. ²⁶	<p>Conocimiento de salud bucal. Según el Sistema de evaluación del MINEDU.²⁹</p> <p>Indicadores de la encuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobresaliente: 19-20 • Muy Bueno: 17-18 • Bueno: 14 – 15 -16 • Suficiente: 11 – 12 – 13 • Insuficiente: 0 – 10 	Cualitativa	Dependiente	Ordinal

<p>INTERVENCIÓN EDUCATIVA</p>	<p>Fomentar hábitos bucales saludables, prevenir las enfermedades mediante la capacitación contempla varias actividades comunicativas de tipo informativo y con la ayuda de medios que permiten un intercambio de ideas.²¹</p>	<p>Se brindó una charla sobre salud bucal.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Independiente</p>	<p>Nominal</p>
--------------------------------------	---	--	--------------------	----------------------	----------------

COVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPER	CLASIFICACIÓN		ESCALA DE MEDICIÓN
			POR SU NATURALEZA	POR SU FUNCIÓN	
EDAD	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. ²⁸	<ul style="list-style-type: none"> • 12 • 13 • 14 • 15 • 16 • 17 	Cuantitativa	Independiente	Razón
SEXO	Características fisiológicas y sexuales con las que son concebidos mujeres y varones. ²⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Masculino - Femenino 	Cualitativa	Independiente	Nominal

II. METODOLOGIA :

2.1. Tipo de investigación :

Según la evolución del fenómeno estudiado	Según la comparación de poblaciones	Según el tiempo que ocurrió el fenómeno a estudiar	Según la forma de recolectar los datos	Según la interferencia del investigador en el estudio
Longitudinal	Descriptivo	Prospectivo	Prolectivo	Experimental

Esquema:

O_x X O_y → →

Donde:

O_x: Observación de los datos en el cuestionario brindados por estudiantes de I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, pre test.

X: Intervención educativa.

O_y: Observación de los datos en el cuestionario brindados por estudiantes de I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, post test.

2.2. Población y muestra:

La población muestral está constituida por los estudiantes de I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, matriculados en el año 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.2.1. Criterios de inclusión

- Estudiantes de 1° a 5° grado matriculados en el 2022 de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia.
- El estudiante acepta el asentimiento informado y el consentimiento de los padres.

2.2.2. Criterios de exclusión

- Estudiantes que no puedan asistir el día de la intervención .
- Estudiantes que no concluyeron la encuesta.

2.2.3. Diseño estadístico de muestreo

2.2.3.1. Unidad de muestreo

- Estudiante de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia.

2.2.3.2. Unidad de análisis

- Estudiante de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia.

a. Tamaño muestral:

La IE es una de las más representativas de Alto Lahuarpia por lo que se consideró evaluar a todos los estudiantes que son 135 de 1° a 5° grado de secundaria, por lo que el estudio será de tipo censal.

2.2.3.4. Tipo de muestreo

- No probabilístico por conveniencia .

2.3. Técnicas e instrumentos de investigación:

2.3.1. Método de recolección de datos

Observacional .

2.3.2. Instrumento de recolección de datos

Como instrumento para la recolección de los datos se aplicó un cuestionario, el cual fue elaborado especialmente para este estudio, así

mismo, este se distribuido en dos partes: la primera parte es un cuestionario de 20 preguntas brindada antes de la intervención educativa y en la segunda parte se entregó el mismo cuestionario de 20 preguntas después de la intervención educativa. (ANEXO 1).

Validez.

El instrumento fue validado por Guarniz ²⁷ en su tesis demostrando validez en redacción, contenido, congruencia y pertinencia (V de Aiken =1.000)". ²⁷

Confiabilidad

Para determinar el nivel de confianza del instrumento se aplicó una prueba piloto a 20 alumnos de la I.E Serafin Filomeno, obteniéndose el coeficiente Alfa de Cronbach (0.8320), donde el resultado corroboró que el instrumento tiene una confiabilidad buena. (ANEXO 2)

2.4. Diseño de investigación:

2.4.1. De la aprobación del proyecto

- Se obtuvo la aprobación mediante una resolución decanal NRO 0362-2022 – UPAO (ANEXO N°5).

2.4.2. De la autorización para la ejecución

Posteriormente se solicitó permiso al director(a) I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia para el desarrollo del trabajo de investigación, así mismo para la solicitud de los datos de padres o apoderados de los alumnos.

2.4.3. De la Recolección de datos

Previo al consentimiento informado se solicitó al docente de cada aula que envíe un comunicado a los padres de familia, presentando al investigador, fundamentando el objetivo del estudio y solicitando la participación de los alumnos.

Se seleccionó ordenadamente a todos los estudiantes de la institución educativa. Y se les entregó el pretest para que fue desarrollado según las instrucciones dadas. Después de 7 días se regresó para realizar la charla informativa por un tiempo aproximado de 15 min que consistió en explicar:

- Principales problemas sobre salud bucal
- Alimentación no cariogénica
- Técnicas de cepillado y tipos de cepillos.
- Higiene bucal en general

Inmediatamente después se les entregó el pos test con un tiempo de espera de 20 min, luego se pasó a recoger los cuestionarios para el respectivo estudio.

2.5. ANALISIS ESTADISTICO.

Se desarrolló empleando el programa Excel y SPSS. Asimismo, los datos recolectados se procesaron usando estadística descriptiva mediante tablas de frecuencia correspondientes a los objetivos propuestos. Así mismo se aplicó una prueba de normalidad, Kolmogorov – Smirnov para determinar si la información de los puntajes de conocimiento de salud oral de los estudiantes es de distribución normal, pero no presentaron distribución normal y para determinar la eficacia se constató los resultados con la prueba no paramétrica de T-Wilcoxon y Chi cuadrado, con un nivel de significancia de 0.01.

2.6. CONSIDERACIONES BIOETICAS.

- Declaración de Helsinki; adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29° Asamblea Médica Mundial (Helsinki; 1975) y modificada en Fortaleza, Brasil en el año 2013.
- Aprobación por el Comité de Bioética de la Universidad Privada Antenor Orrego. RES N°: 0379-2022-UPAO
- Ley de la salud n°26842.

III. RESULTADOS

El presente estudio del Conocimiento sobre salud bucal en los alumnos del I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, en el Pretest o ANTES de la Intervención Educativa mediante la intervención. La media de los escolares fue de 6.13 puntos, en el posttest o después de la intervención educativa el promedio obtenido por los escolares fue de 16.21 puntos, manifestando que el promedio acrecienta del pretest al posttest en 10.8 puntos; al aplicar la prueba de Wilcoxon se encontró un $p = 0.00000000538 < 0.01$, sosteniendo unánimemente que los promedios presentan una diferencia ALTAMENTE SIGNIFICATIVA. Haciendo rubrica mediante esta prueba estadística que la intervención es totalmente efectiva. (Tabla 1).

El nivel de conocimiento sobre salud oral en los estudiantes de la, I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, antes de la intervención educativa predominó el nivel de conocimiento "insuficiente" con el 75.71%, al igual que en el nivel de conocimiento "suficiente" tuvieron el 13.56%. Después de la intervención hubo una mejoría favorable en el nivel de conocimiento "suficiente" elevando este al 41.24%.

El nivel de conocimiento en el pretest y post test según la edad, disminuyó el nivel insuficiente de los alumnos con 16 años, de 22 alumnos a 1, en cambio en los de 12 años, se logró disminuir de 20 a 11 alumnos. (Tabla 2).

El nivel de conocimiento del I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, según sexo, se observó que en el femenino se redujo el porcentaje de alumnos con conocimiento insuficiente de un 31.11% a un 10.3 % y en el sexo masculino de igual manera de un 45.1% a un 13.33% y se logró incrementar el nivel de alumnos con conocimiento "suficiente"; en el sexo femenino de 5.93% a 17.78% y en el sexo masculino de 7.41 % a 24.4 % (Tabla 3)

TABLA 1

Eficacia de la intervención educativa en escolares de I.E. 00718 Andrés Avelino
Cáceres - Alto Lahuarpia

<i>Promedio en PRETEST = 6.13 puntos</i>		<i>Promedio en POSTEST = 16.21 puntos</i>	
<i>Estadístico de prueba de WILCOXON</i>			
		POSTEST - PRETEST	
Z		-6,859^b	
Sig. Asintótica (bilateral)		0.000000538(**)	
<i>(**) Diferencias Altamente Significativas/</i>			

p<0.01

TABLA 2

Eficacia de la intervención educativa en escolares de I.E. 00718 Andrés Avelino
Cáceres - Alto Lahuarpia, según la edad.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	12		13		14		15		16	
	PRETEST POSTEST		PRETEST POSTEST		PRETEST POSTEST		PRETEST POSTEST		PRETEST POSTEST	
	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°
SOBRESALIENTE	0	1	0	1	0	2	1	2	1	3
MUY BUENO	0	2	0	3	1	4	1	2	1	3
BUENO	1	3	1	4	2	4	3	6	2	6
SUFICIENTE	2	6	4	8	3	9	4	15	5	16
INSUFICIENTE	20	11	18	7	21	8	22	7	20	1
TOTAL	25	25	23	23	27	27	31	31	29	29

Chi-cuadrado 6.47

P=0288

TABLA 3

Eficacia de la intervención educativa en escolares de I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, según sexo.

Nivel de conocimiento	FEMENINO				MASCULINO			
	PRETEST		POSTEST		PRETEST		POSTEST	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Sobresaliente	0	0	3	2.22	2	1.48	6
Muy bueno	1	0.74	5	3.7	2	1.48	9	6.67
Bueno	4	2.96	9	6.67	5	3.7	14	10.37
Suficiente	8	5.93	24	17.78	10	7.41	33	24.4
Insuficiente	42	31.11	14	10.3	61	45.1	18	13.33
TOTAL	55	40.74	55	40.74	80	59.2	80	59.2

Chi-cuadrado 7.23

P=0.0229

IV. DISCUSIÓN :

En este estudio la intervención educativa en salud bucal fue eficaz, el promedio aumento en una diferencia de 10.08, en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia. Similar a la investigación de Castillo S y cols¹⁷, Crespo L.²⁵, Guarniz I, Yero I y cols¹⁴ quienes también obtuvieron una intervención eficaz. La similitud de los resultados, se debe a

que se siguió una metodología similar a la que ellos aplicaron y en una población alejada dónde es difícil el acceso a un odontólogo, se les brindó una intervención de manera presencial sobre la salud bucal. Se evidencia que el desconocimiento sobre salud bucal disminuye, gracias a la buena guía educativa que se brindó a los alumnos.

Los resultados del pre test realizado a los escolares de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpiá, fue un promedio de 6.13 puntos, predominando el nivel de conocimiento "insuficiente", junto con el nivel de conocimiento "suficiente". La similitud de los resultados obtenidos frente a los de Castillo y cols¹⁷, se debe a los factores de aplicación en poblaciones similares, siendo la población en etapa de adolescencia la que tiene un cierto grado de madurez elevada, y son más conscientes de las complicaciones de no tener una higiene bucal adecuada; además de la aplicación del cuestionario antes de la intervención. Por parte de Guarniz I²⁷. Obtuvo en el pre cuestionario, un promedio porcentual de 14,85 sobre conocimientos en educación oral, sí bien es un puntaje mayor frente al obtenido en nuestro estudio, este tuvo un incremento después de aplicarse la intervención educativa.

Pero difiere del estudio de Crespo L²⁵, ya que antes de la intervención halló un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal. La diferencia de los resultados es muy probable que sea porque se aplicó en un País diferente, donde se prioriza un poco más la educación y el presente estudio evaluó una población rural, que tiene poco o casi nada de acceso a información sobre salud bucal.

Después de la intervención educativa el promedio aumento en una diferencia de 10.08. Se notó una mejoría favorable, en el nivel suficiente elevando y reduciendo los alumnos desaprobados el nivel "insuficiente". Resultados similares a los de Castillo y cols. ¹⁷ disminuyó la cifra de niños con desconocimientos sobre hábitos de salud bucal en un 17.7 % y a los de Guarniz I²⁷ que después de la intervención educativa su promedio se elevó a 16.63 puntos. También con Crespo L. después de la intervención el 86%

subieron a un conocimiento adecuado . Aunque los porcentajes difieran de nuestro estudio, en comparación a los citados en todos ellos se observa un aumento significativamente elevado del nivel de conocimientos sobre salud bucal, después de las intervenciones realizadas. Quizá en algunos son más elevados porque hubo un incentivo para los participantes que hicieron los cuestionarios, como reconocimiento con diplomas o kits de cepillado.

La efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento de salud bucal en los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres - Alto Lahuarpia, según la edad y sexo, se obtuvo un resultado eficaz, existiendo un aumento en el nivel de conocimiento. Es necesario mencionar que según la edad de los alumnos que participaron en el estudio sobre la efectividad de la intervención educativa, sobresalió el grupo de 16 años, resultado que contrasta en parte con los estudios realizados por Guarniz I²⁷ y Crespo L²⁵., por el nivel de efectividad por parte de la intervención educativa para el desarrollo de sus conocimientos en salud bucal tanto en estudiantes a partir de los 12 años a 16 años, los motivos se deben a que si bien en los colegios no se brinda la suficiente educación sobre higiene bucal, también se puede deber a factores como la educación en el hogar.

V. CONCLUSIONES:

- La intervención educativa sobre salud bucal fue eficaz, en el nivel de conocimiento de los alumnos de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres.
- La intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres, según el sexo fue eficaz, se encontró que en el grupo de sexo masculino , hubo un mayor nivel de conocimiento post test que en el grupo femenino.
- La intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E. 00718 Andrés Avelino Cáceres, según la edad fue eficaz, se encontró que en el grupo

con mayor edad (15 y 16) hubo mayor nivel de conocimiento post test que en el grupo de menor edad (12, 13 y 14).

VI. RECOMENDACIONES:

Seguir realizando estudios donde se pueda incrementar la eficacia de intervenciones educativas en zonas alejadas donde carecen de servicio de salud pública.

Hacer público este trabajo con el fin de que se dé a conocer la realidad de muchas personas en nuestro país, que se encuentran lejos de las zonas céntricas y sin ayuda del estado, para así concientizar tanto a las personas como a las autoridades. Esperando un mayor interés de su parte.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OMS. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. 2019 [Citado 16 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
2. Contreras J, Mirabal J, de la Hoz L, Monteagudo A, Monteagudo E, González C. Círculos de interés de Estomatología: espacio para la orientación vocacional e información [Internet]. 2018 [citado 25 abril 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000300009
3. Huertos C, Raffo M, Sihuay K. La enfermedad periodontal podría ser una comorbilidad para la COVID-19 [Internet]. 2021 [citado 13 abril 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000100026

4. Pardo F, Hernández L. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública [Internet]. 2018 [citado 20 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n2/258-264/es/>
5. Villalón P, Hernández G, Simón J, Abad S. Autocuidado de las encías y salud periodontal [Internet]. 2018 [citado 20 mayo 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332018000400868
6. Petersen P, et al. Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2018 [Citado 20 mayo 2022]; 10: 665 – 728. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/96/10/es/>
7. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Nota informativa [Internet]. 2019 [Citado 20 mayo 2022]; 318. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
8. Lindhe J, Karring T, Araújo M. Anatomía de los tejidos periodontales [Internet]. 2018 [citado 20 mayo 2022] Disponible en: http://bibliotecas.unr.edu.ar/muestra/medica_panamericana/9789500615594.pdf
9. Solís D, Pérez I, García A. Mecanismos inflamatorios en la destrucción periodontal [Internet]. 2019 [citado 1 junio 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2019/uo193e.pdf>
10. Navarro J. Enfermedad periodontal en adolescentes [Internet]. 2017 [citado 21 mayo 2022]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000100003

11. Zerón A, La nueva clasificación de enfermedades periodontales. Rev.ADM [Internet]. 2018 [citado 22 mayo 2022]; 75 (3): 122-124. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2018/od183a.pdf>
12. Soto A, Ruiz A, Ruiz C, Martínez V. Clasificación de enfermedades periodontales [Internet]. 2018 [citado 25 mayo 2022] (1-2): 24-27. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2018/mp181_2f.pdf
13. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. La nueva clasificación de las enfermedades periodontales y periimplantarias [Internet]. 2018 [citado mayo 15] 106-108 Disponible en: https://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/10/p11ok.pdf
14. Yero Mier Ileana María, Morgado Marrero Delsa E., García Rodríguez Marisel, Mursuli Sosa Maritza Zoila, Castro Gutiérrez Irma, Rodríguez Betancourt Mylene del Carmen. Intervención educativa para la percepción del riesgo a la caries dental en estudiantes de 7.mo grado. Sancti Spíritus. Gac Méd Espirit [Internet]. 2020 Ago [citado 2022 agost 26]; 22(2): 51- 60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212020000200051&lng=es. Epub 02-Ago-2020.
15. Álvarez J, Pimentel B, Recalde T, Oliva M, Alfonso M, de la Luz Hernández M. Programa educativo dirigido a la prevención de la enfermedad periodontal en adolescentes. Rev. médica electrón [Internet]. 2018 [citado el 15 de mayo de 2022];40(6):1729–49. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85202>
16. Arrieta L, Paredes S, Flores-Moreno M, Romero N, Andersson N. No tittle [Internet]. Org.mx. 2019 [citado el 02 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870199X2019000100031&script=sci_abstract&tlng=pt

17. Castillo S, Parejo D, Montoro Y, Mayán G, Renda L. Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes de secundaria. Invest. Medicoqui [Internet]. 2020 [citado 2022 mayo 15]; 12 (2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2020/cm-q202d.pdf>
18. Hernández F, Ledesma R, Marin G, Marrero M, Carter C. Prevalencia de caries dental y nivel de conocimientos sobre salud bucal. Secundaria Básica: Antonio Maceo, 2016. Rev. médica electrón [Internet]. 2018 [citado el 02 de mayo de 2022]; 40(4):978–88. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83236>
19. Cupé A, García C. Conocimiento de los padres sobre salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev. Estomatol Herediana [Internet]. 2015 [Citado 16 mayo 2022]; 25 (2): 12-21. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>
20. Rizzo L, Torres A, Martínez C. Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Rev. CES Odont. [Internet]. 2016 [Citado el 22 de mayo del 2022]; 29(2): 52-64. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v29n2/v29n2a07.pdf>
21. Acosta A., Solórzano J, Pico A., Sinchiguano K, Zambrano J. Correcto cepillado dental en niños: Artículo de revisión bibliográfica. Rev. Cient. Arbitrada En Investigaciones De La Salud GESTAR [Internet]. 2021 [Citado el 22 de mayo del 2022]; 4(7), 2-22. Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/21>
22. Galindo L. Evaluación e intervención pedagógica en la formación de docentes. Una acción reflexiva en el aula de clases. Revista de Investigación Educativa de la REDIECH [Internet]. 2016 [Citado el 22 de mayo del 2022]; 7(12): 42-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5216/521653208007/html/>

23. Ruíz N. Clima Laboral y su relación con el desempeño de los Servidores Civiles del Hospital Luis Heysen Inchaustegi-Essalud, Lambayeque-Perú, 2019. [Tesis Maestría] [Internet]. Perú: Universidad del Pacífico; 2021 [Citado el 22 de mayo del 2022]. Disponible en: https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2912/RuizNils_Tesis_maestria_2021.pdf?sequence=1
24. Martínez H, Guerrero M, Morin A, De la Garza A, Rivera G. Directriz sobre el cuidado de la salud oral en adolescentes. Rev. ADM [Internet]. 2019 [citado el 02 de mayo de 2022]; 76(1):26–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85399>
25. Crespo L, Parra S, Moreno M y cols. Intervención educativa sobre nivel de conocimiento en la salud bucal en adolescentes de “Rafael Freyre”. Rev. Scielo [Internet]. 2019 [citado 2022 mayo 15]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812019000200443
26. Quezada F. Eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal y el nivel de higiene oral en alumnos de la I.E. Túpac Amaru II, Florencia de Mora – La Libertad, 2015. [Tesis] [Internet]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2016 [citado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2029/1/REP_ESTO_FREDY.QUEZADA_EFICACIA.INTERVENCION%20EDUCATIVA.NIVEL.CONOCIMIENTO.SALUD.BUCAL.NIVEL.HIGIENE.ORAL.ALUMNOS.TUPAC.AMARU.II.FLORENCIA.MORA.LA.LIBERTAD.2015.pdf
27. Guarniz I. Intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E la cantera en tiempos de Covid- 19. Trujillo, 2020. [Tesis] [Internet]. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego. 2016 [citado el 15 de mayo de 2022]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7459/1/REP_INGRI

S.GUARNIZ_INTERVENCION.EDUCATIVA.EN.EL.NIVEL.DE.CONOCIMI
ENTO.pdf

28. Castro J, Torrecilla R, Yero I, Castro I, Valdivia G. Caracterización de caries dental e higiene bucal en adolescentes de 12 a 15 años. Gaceta Médica Estudiantil [Internet]. 2020 [citado el 02 de mayo de 2022];1(3):198–208. Disponible en: <http://www.revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/69>
29. Ministerio de Educación. Sistema de evaluación para ser aplicada en los diseños curriculares básicos nacionales. [Internet]. Perú: Ministerio de Educación; Setiembre – 2010. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe>
30. Diccionario de la lengua española. 28a ed. Madrid: Real Academia Española; 2021. Edad.
31. Diccionario de la lengua española. 28a ed. Madrid: Real Academia Española; 2021. Sexo.
32. INEI. Perfil sociodemográfico. [Internet]. 2020 [citado 2 junio 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf
33. Edu.pe. [citado el 14 de Noviembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9389/1/REP_JUDIT

VIII. ANEXOS

Anexo N° 1. Cuestionario virtual

“INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN LOS ALUMNOS DEL I. E 00718 ANDRÉS AVELINO CÁCERES - ALTO LAHUARPIA”

DATOS PERSONALES:

Sexo : Femenino () Masculino ()
Edad (años): 12 () 13 () 14 () 15 () 16 () 17 () Otro ()
Grado : 1° () 2° () 3° () 4° () 5° ()

CUESTIONARIO

Instrucciones

Lee detenidamente cada pregunta y responde la que considere correcta

- 1. ¿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.
- 2. ¿Qué elementos se emplean para la adecuada higiene bucal?**
 - a) Cepillo dental, pasta dental, hilo dental y enjuague bucal.
 - b) Cepillo dental, pasta dental e hilo dental.
 - c) Cepillo dental y pasta dental.
- 3. ¿Con que frecuencia es indicado el cepillado dental?**
 - a) 1 vez al día.
 - b) 3 veces al día.
 - c) No lo sé.
- 4. ¿Cuál es el momento indicado para cepillarse los dientes?**
 - a) Después de cada comida.
 - b) Al despertarme.
 - c) Antes de acostarme a dormir.
- 5. ¿Cuál es el tipo de cerdas que deben tener el cepillo dental para ser usada por adolescentes?**
 - a) Cerdas suaves.
 - b) Cerdas duras
 - c) Cerdas medias.
- 6. ¿En qué momento se debe cambiar el cepillo dental?**
 - a) Cada 3 meses.
 - b) Cada 6 meses.
 - c) Cuando el cepillo está muy viejo.
- 7. ¿Cuál es el tiempo indicado para realizar el cepillado dental?**
 - a) Menos de 2 minutos

- b) Más de 2 minutos
 - c) No lo se
- 8. ¿En qué partes de la boca se realiza la higiene bucal?**
- a) Dientes, lengua, paladar y carrillos
 - b) Los dientes y la lengua
 - c) Solo los dientes
- 9. ¿cuánta cantidad de pasta dental se usa para el cepillado?**
- a) Un centímetro de pasta
 - b) En todas las cerdas del cepillo
 - c) No lo se
- 10. ¿En qué soluciones se debe mantener el cepillo dental para su buena conservación?**
- a) En soluciones desinfectantes
 - b) En agua
 - c) Nunca colocar el cepillo en soluciones desinfectantes.
- 11. ¿Cuál es la función principal del enjuague bucal?**
- a) Blanquear los dientes
 - b) Tener buen aliento
 - c) Eliminar microorganismos
- 12. ¿Qué microorganismos encontramos en gran cantidad dentro de la placa bacteriana dental?**
- a) Bacterias
 - b) Parásitos
 - c) Virus
- 13. ¿Que en enfermedades puede generar la deficiente higiene bucal?**
- a) Caries dental y enfermedades de las encías.
 - b) Dolor dental
 - c) Ninguna enfermedad
- 14. ¿Cuál es la causa de la caries dental?**
- a) Se produce solo por consumo de azúcares
 - b) Deficiente higiene oral.
 - c) Por diferentes factores incluidas el consumo de azúcares y la deficiente higiene oral.
- 15. ¿Cuál es la característica principal de la enfermedad de las encías (gingivitis)?**
- a) Dolor al comer
 - b) Encías rojas y sangrado al mínimo contacto
 - c) Dolor e hinchazón de los dientes
- 16. ¿Qué enfermedad puede producir la pérdida dentaria prematura?**
- a) Mal posiciones dentales
 - b) Caries dentales y enfermedades de las encías
 - c) pigmentaciones dentales
- 17. ¿Qué tipos de alimentos puede producir caries dental?**
- a) Grasas saturadas
 - b) Proteínas
 - c) Carbohidratos fermentales
- 18. ¿Qué tipo de alimentos es recomendable comer para evitar la caries dental?**
- a) Frutas, verduras y lácteos

- b) Postres y dulces
- c) Bebidas azucaradas embotelladas

19. ¿En qué etapas es muy importante fortalecer la nutrición proteica?

- a) En la etapa prenatal y los primeros 5 años de vida
- b) En la adolescencia
- c) En la juventud

20. ¿Cada cuánto tiempo se debe visitar al odontólogo?

- a) Cuando siento dolor.
- b) Cada 6 meses.
- c) Nunca.

Anexo N° 2: Confiabilidad del instrumento.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 2– Coeficiente Alfa de Cronbach

07-07-2022

Participante	ÍTEMS																				SUMA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5
2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	6
3	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	7
4	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	8
5	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	9
6	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	10
7	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	11
8	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	12
9	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	13
10	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	13
11	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
12	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	15
13	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
14	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	16
15	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
16	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
17	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
18	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
19	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
VARP	0.23	0.19	0.13	0.23	0.25	0.24	0.23	0.24	0.25	0.25	0.19	0.21	0.19	0.21	0.19	0.19	0.13	0.16	0.21	0.23	19.66
VAR TOTAL	4.12																				

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach	N° de ítems
Cuestionario	0.8320	20

George y Mallery sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los valores de los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa >.9 a .95 es excelente
- Coeficiente alfa >.8 es bueno
- Coeficiente alfa >.7 es aceptable
- Coeficiente alfa >.6 es cuestionable
- Coeficiente alfa >.5 es pobre
- Coeficiente alfa < .5 es inaceptable

El Alfa de Cronbach es 0.8320, lo cual demuestra que el instrumento tiene una confiabilidad buena.

Anexo N° 3: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Le saludo cordialmente y a la vez invito a participar en el presente estudio con el objetivo de determinar el **“INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL EN LOS ALUMNOS DEL I. E 00718 ANDRÉS AVELINO CÁCERES - ALTO LAHUARPIA”** así mismo, el participar no le causará ningún riesgo ni generará ninguna compensación económica. Se respetará la confidencialidad de la información y los datos proporcionados serán utilizados exclusivamente con fines de estudio.

Si está de acuerdo, marque **“ACEPTO”** confirmando su participación y así poder iniciar con el cuestionario.

ACEPTO NO ACEPTO

Anexo N° 4

Anexo N° 2: VALIDACION DEL INSTRUMENTO

1. Se estableció la H_0 (Hipótesis Nula) y la H_a (Hipótesis Alternativa):

H_0 : La proporción de los expertos que dicen "Sí" es igual a la de los expertos que dicen "No". Es decir que entre los expertos **no hay concordancia**, pues la proporción es de 50% "Sí" y 50% "No"; siendo la probabilidad de éxito de 0.50.

H_a : La proporción de los expertos es diferente de 0.5, es decir si hay concordancia entre los expertos.

2. Como todos los resultados del p-valor de REDACCIÓN, CONTENIDO, CONGRUENCIA y PERTINENCIA, son menores que 0.05 (p-valor < 0.05) se rechaza la H_0 , y se acepta la H_a para cada ítem.

Si el p-valor de algún ítem hubiera sido mayor a 0.05 (p-valor > 0.05), no habría concordancia entre los expertos, y se habría tenido que revisar en la parte cualitativa las razones por las cuales los expertos han opinado así y de esta manera re-estructurar el cuestionario.

3. Finalmente se evaluó el Grado de concordancia entre los expertos, obteniéndose un porcentaje de concordancia cercano al 100%; es decir la mayoría de los expertos estuvieron de acuerdo con las preguntas formuladas en el Cuestionario, obteniéndose mayor Grado de concordancia en REDACCIÓN, CONTENIDO, CONGRUENCIA y PERTINENCIA.

ITEMS	V de Aiken
REDACCION	1.000
CONTENIDO	1.000
CONGRUENCIA	1.000
PERTINENCIA	1.000
TOTAL	1.000

|

