

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Odontología

Escuela Profesional de Odontología



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL
A NIVEL PREVENTIVO EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL
COLEGIO ITALO PERUANO SANTA MARÍA
MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020.”**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Vásquez Arancibia, Paula Elizabeth
Graciela**

Para optar el Título profesional de
Cirujana Dentista

Asesor:

Dr. Pacheco Baldarrago, Elmer Ermilio

**Arequipa - Perú
2021**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ODONTOLOGIA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 05 de Enero del 2021

Dictamen: 002096-C-EPO-2021

Visto el borrador de tesis del expediente 002096, presentado por:

2015200232 - VASQUEZ ARANCIBIA PAULA ELIZABETH GRACIELA

Titulado:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL A NIVEL PREVENTIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ITALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO , AREQUIPA -2020**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1981 - PORTILLA MIRANDA SEREY DORIS
DICTAMINADOR**



**2540 - BARRIGA FLORES MARIA DEL SOCORRO
DICTAMINADOR**



**2543 - CACERES BELLIDO LENIA VICTORIA TERESA
DICTAMINADOR**





“El origen de la inteligencia de los hombres reside en sus manos”

Anaxágoras.



DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios por acompañarme en cada paso que dí en mi carrera, ya que él es el que guía mis pasos.

A mi mamá Mónica que es el ejemplo de lucha y perseverancia que he tenido toda mi vida, la que día a día me da amor y me transmite todo su conocimiento tanto profesional como de vida.

A mis abuelos Walter y Consuelo y a mi tío Fabricio, por ser el motor y motivo para salir adelante todos los días con sus enseñanzas y su amor.

A mi tío Oscar que desde el cielo ve mis logros.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, a mis abuelos, a mi tío y resto de la familia por siempre darme el apoyo que tanto necesité a lo largo de mi vida.

A la Universidad Católica de Santa María por acogerme estos 5 años de carrera y ayudarme a cumplir mis metas y sueños profesionales.

A mis docentes quienes también me brindaron su apoyo incondicional a lo largo de todo este tiempo con sus enseñanzas y su amistad.

A mi asesor y a mis dictaminadores por ser parte de este gran sueño como es mi título profesional.

RESUMEN

El trabajo de investigación titulado “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL A NIVEL PREVENTIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ITALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020”, es un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal.

Muestra: La muestra estuvo conformada por 77 estudiantes de cuarto de primaria a quinto de secundaria quienes fueron seleccionadas bajo criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: El 76.6% de los niños y adolescentes presentaron buen nivel de conocimiento sobre higiene oral, mientras que el 23.4% de estudiantes tuvieron nivel de conocimiento regular; el 72.7% con nivel de conocimiento regular sobre la dieta, mientras que solo el 5.2% de estudiantes presentaron mal nivel de conocimiento sobre dieta; el 71.4% de los niños y adolescentes presentaron buen nivel de conocimiento sobre salud oral, seguido del 27.3% de estudiantes con conocimiento regular, mientras que solo el 1.3% tuvieron mal nivel de conocimiento.

Palabras Clave: Conocimiento, salud oral, higiene, dieta.

ABSTRACT

The research work entitled "LEVEL OF KNOWLEDGE IN ORAL HEALTH AT THE PREVENTIVE LEVEL IN CHILDREN AND ADOLESCENTS AGED 10 TO 17 YEARS OF THE ITALIAN PERUVIAN SCHOOL SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA - 2020", is a quantitative, descriptive, observational, prospective cross-sectional study .

Sample: The sample consisted of 77 students from fourth grade to fifth grade who were selected under inclusion and exclusion criteria.

Results: 76.6% of children and adolescents presented a good level of knowledge about oral hygiene, while 23.4% of students had a regular level of knowledge; 72.7% with a regular level of knowledge about diet, while only 5.2% of students presented a poor level of knowledge about diet; 71.4% of the children presented a good level of knowledge about oral health, followed by 27.3% of students with regular knowledge, while only 1.3% had a poor level of knowledge.

Key Words: Knowledge, oral health, hygiene, diet.

INTRODUCCIÓN

Se sabe que los conocimientos y los hábitos en la salud oral son muy importantes para la prevención de las enfermedades bucodentales. Sin embargo, en nuestro país la salud oral no es trascendental para los peruanos, ya que, la crisis económica y la realidad en la que se vive en estos momentos por la pandemia y antes de ella, no permite que muchos peruanos tengan una buena cultura bucodental adecuada desde pequeños y tampoco pueden acceder a atención odontológica para la prevención y curación de enfermedades dentales y gingivales.

Según la OMS los efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos (1). Por lo tanto, se debe comenzar a crear conciencia sobre los conocimientos que todos los niños deben adquirir desde pequeños para que cuando ya puedan realizar la higiene oral independientemente de sus padres, se pueda realizar de la mejor forma aplicando todos los conocimientos que ya se debió enseñar en los primeros años de vida en primera instancia por sus padres y luego por un personal de salud odontológico capacitado.

El trabajo de investigación cuenta con 3 capítulos:

El Planteamiento teórico que consta de la determinación del problema, descripción del problema, el campo y el área de esta investigación, tipo y

nivel de la investigación, análisis y operacionalización de variables, las preguntas básicas, justificación, antecedentes, marco teórico y por último los objetivos.

El Planteamiento operacional que consta de técnicas, instrumentos y materiales, el campo de verificación, las estrategias, la validación de los instrumentos, las tablas y los gráficos.

Por último, se encuentran la discusión, las conclusiones y las recomendaciones.



ÍNDICE GENERAL

DICTAMEN APROBATORIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

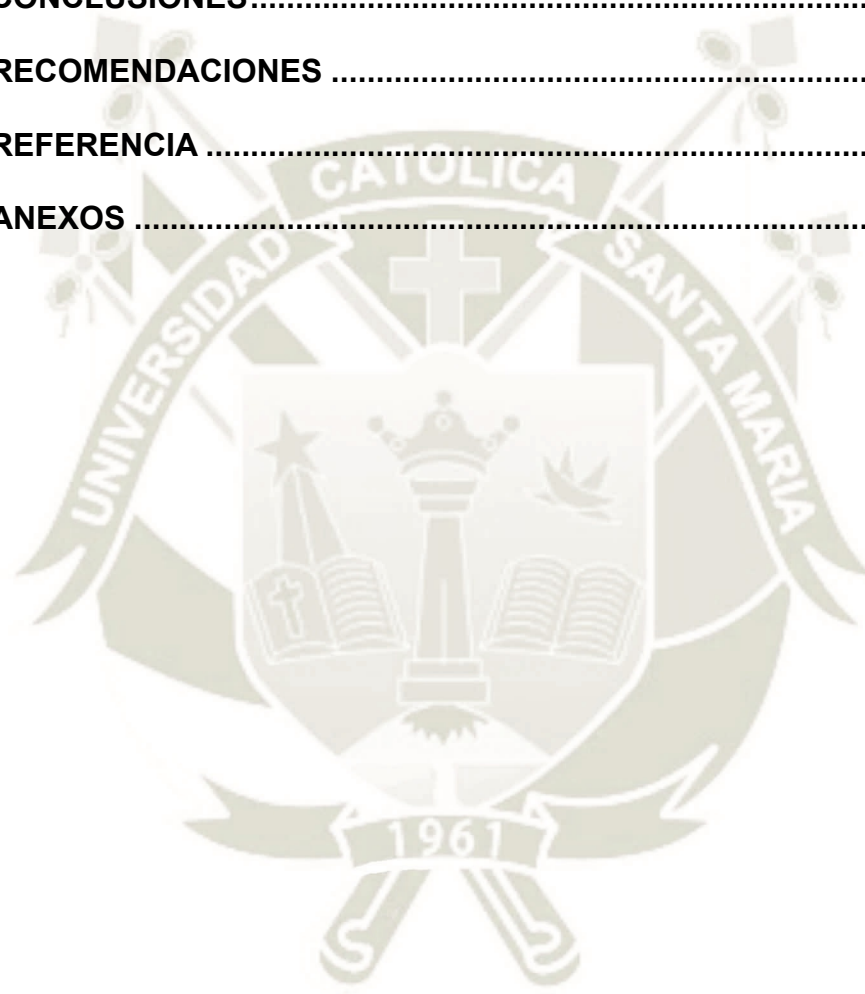
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	19
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.1. Determinación del Problema.....	19
1.2. Enunciado del Problema.....	20
1.3. Descripción del Problema.....	20
1.3.1. Área del Conocimiento.....	20
1.3.2. Operacionalización de Variables.....	21
1.3.3. Interrogantes Básicas.....	22
1.3.4. Taxonomía de la Investigación.....	23
1.4. Justificación.....	23
2. OBJETIVOS.....	25
3. MARCO TEÓRICO.....	26
3.1. ESQUEMA DE CONCEPTOS BÁSICOS.....	26

3.1.1. Conocimiento	26
3.1.2. Prevención	27
3.1.3. Salud Oral	28
3.1.4. Higiene Oral	29
3.1.5. Cepillado	30
3.1.6. Hilo Dental	36
3.1.7. Pasta Dental	38
3.1.8. Colutorios	39
3.1.9. Consultas Odontológicas	35
3.1.10. Alimentación	35
3.1.10.1. Dieta Cariogénica	36
3.1.10.2. Dieta no Cariogénica	39
3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	41
3.2.1. Antecedentes Internacionales	41
3.2.2. Antecedentes Nacionales	44
3.2.3. Antecedentes Locales	47
CAPÍTULO II	
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	50
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	
.....	50
1.1. Técnica	50
1.1.1. Especificación	50

1.1.2. Esquematización.....	50
1.1.3. Descripción de la técnica	51
1.2. Instrumentos	52
1.2.1. Instrumento documental.....	52
1.2.2. Instrumentos mecánicos	52
1.3. Materiales de Verificación	52
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	52
2.1. Ubicación espacial.....	52
2.1.1. Ámbito general.....	52
2.1.2. Ámbito específico.....	52
2.2. Ubicación temporal	52
2.3. Unidades de estudio	52
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
3.1. Organización.....	54
3.2. Recursos.....	54
3.3. Validación del instrumento.....	55
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS.....	55
4.1. Plan de procesamiento de datos.....	55
4.2. Plan de análisis de datos	56

CAPÍTULO III

RESULTADOS	57
DISCUSIÓN.....	74
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES	78
REFERENCIA	79
ANEXOS	85







CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

En el momento actual en el que vivimos debido a la pandemia es trascendental una buena higiene oral en nuestras casas para no desarrollar patologías como las caries o enfermedades periodontales y para alcanzar una buena higiene oral se debe tener un buen nivel de conocimiento sobre este tema para poder aplicarlo.

En el caso de los niños y adolescentes es de suma importancia que sus padres y los odontólogos a los que asisten les hayan dado buenas herramientas para poder tener una buena higiene oral por si solos. Ya que los niños y adolescentes desde los 10 años ya deberían ser los responsables directos de su salud oral ya que ya deberían estar en capacidad de tener conocimiento del uso correcto del cepillo dental, hilo dental y colutorios, lo cual debió ser enseñado por sus padres los primeros años de sus vidas. Sin embargo, en todos los casos no es así por la falta de conocimiento que los padres les transmiten a sus hijos menores. Esto es crucial debido que el conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades bucodentales.

Es decir que el primer paso para la prevención de enfermedades es el conocimiento, pero: ¿Cuánto saben los niños y adolescentes sobre higiene oral?, ¿Saben las técnicas adecuadas para una buena higiene oral? Y ¿Saben

los niños y adolescentes qué alimentos son malos para su salud oral? Según el libro de Odontología para el Adolescente y Niño por McDonald & Avery los niños de 11 años ya deberían retirarse el 50% de la placa de las superficies de los dientes y a los 17 años el 65% de la placa, pero ¿Cuál es el error que cometen?

Esta investigación pienso que es trascendental porque así podré tener un conocimiento real de cuál es el nivel de conocimiento en este grupo de niños y adolescentes y así poder implementar un plan de educación oral respecto a los resultados obtenidos en conjunto al colegio y a la universidad. Pudiendo así mejorar tanto la higiene oral de los niños y adolescentes como reforzar los conocimientos ya aprendidos.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL A NIVEL PREVENTIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ITALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020.”

1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Área del conocimiento

- a. Área general:** Ciencias de la Salud
- b. Área específica:** Odontología
- c. Especialidad:** Odontología Preventiva
- d. Línea o Tópico:** Promoción de la salud oral.

1.3.2. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL A NIVEL PREVENTIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene oral 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elementos de Higiene Oral ○ Cepillo ○ Cepillado - Frecuencia - Tiempo - Técnica ○ Pasta dental ○ Hilo dental - Frecuencia ○ Colutorios - Frecuencia - Tiempo ○ Consultas al Odontólogo - Frecuencia 	<p>Sistema Vigesimal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malo (0-6 puntos) - Regular (7-13 puntos) - Bueno (14-20 puntos)

	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cariogénica ○ No Cariogénica 	<p>Sistema Vigesimal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malo (0-6 puntos) - Regular (7-13 puntos) - Bueno (14-20 puntos)
--	--	---	--

1.3.3. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuál será el nivel de conocimiento en salud oral a nivel preventivo de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello?
2. ¿Cuál será el nivel de conocimiento en Higiene oral a nivel preventivo de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello?
3. ¿Cuál será el nivel de conocimiento en dieta a nivel preventivo de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello?

1.3.4 Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	1. Por la técnica de recolección	2. Por el tipo de dato que se planifica recoger	3. Por el número de mediciones de la variable	4. Por el número de muestras o poblaciones	5. Por el ámbito de recolección		
Cuantitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De campo	No experimental	Descriptivo

1.4 JUSTIFICACIÓN:

Novedad:

Este trabajo de Investigación es novedoso ya que por muchos años en las universidades y en el Ministerio de Salud no se cuenta con datos actuales sobre conocimiento de Salud Oral a nivel preventivo en niños y adolescentes. Por lo que se debería implementar un proyecto de salud bucal para evitar enfermedades.

Relevancia:

Es importante conocer la realidad del nivel de conocimiento que tienen los niños y adolescentes sobre este tema para poder proporcionarles las

herramientas necesarias para que sus conocimientos aumenten.

Importancia Científica:

Este trabajo es trascendental para ayudar más adelante a crear programas de educación tanto en colegios como en Facultades de Odontología de diversas universidades.

Utilidad:

Teniendo en cuenta la situación en la que se encuentra este grupo de niños y adolescentes vamos a tener una base para proponer un plan de prevención eficaz en este plantel educativo como en muchos otros sectores de educación y de salud como universidades sobre higiene oral y como llevar una dieta para que los niños mejoren su educación oral en general para evitar las enfermedades bucodentales.

Viabilidad:

Es una investigación viable porque además de contar con el apoyo del plantel educativo a estudiar se cuenta con un adecuado número de muestra para realizar esta investigación.

Interés propio:

Esta investigación para mi es trascendental porque así podré tener un conocimiento real de cuál es el nivel de conocimiento en este grupo de niños

y adolescentes y así poder implementar un plan de educación oral respecto a los resultados obtenidos en conjunto al colegio y a la universidad.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar el nivel de conocimiento de salud oral a nivel preventivo de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, Arequipa – 2020.
- 2.2. Determinar el nivel de conocimiento en higiene oral a nivel preventivo de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, Arequipa – 2020.
- 2.3. Determinar el nivel de conocimiento en dieta a nivel preventivo de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, Arequipa – 2020.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ESQUEMA DE CONCEPTOS BÁSICOS

3.1.1 CONOCIMIENTO

- **Concepto**

El conocimiento es el proceso mediante el cual la realidad es reproducida en el pensamiento humano. Es producto de distintos tipos de razonamientos, aprendizajes y experiencias.

Resulta complicado definir el conocimiento o establecer sus límites debido a que siempre depende de la perspectiva filosófica y teórica de la que se parta (2).

Si tenemos en cuenta que el conocimiento de una cosa es la unión de la potencia cognoscitiva con la cosa cognoscible, para conocer su naturaleza nos será obligado distinguir el conocimiento sensitivo, o sea, el que tiene por causa los sentidos y representa las cosas concretas e individuales, y el intelectual, o sea, el que tiene por causa el entendimiento (3).

- **Niveles de conocimiento**

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber.

El primer nivel de conocimiento comienza con la búsqueda de información acerca de un objeto de estudio o investigación. Este nivel es denominado instrumental.

Las reglas para usar los instrumentos conforman el nivel técnico. Las reglas para usar los instrumentos conforman el nivel técnico; el uso crítico del método para leer la realidad representa el nivel metodológico; el cuerpo conceptual o de conocimientos con el que se construye y reconstruye el objeto de estudio representa el nivel teórico; las maneras en que se realiza este proceso dan por resultado el nivel epistemológico; las categorías con que nos acercamos a la realidad nos ubican en el nivel gnoseológico; y, finalmente, la concepción del mundo y del hombre que se sustenta constituye el nivel filosófico del conocimiento (4).

Los tres primeros niveles de conocimiento (instrumental, técnico y metodológico) se aplican en la educación básica: primaria y secundaria; el cuarto y el quinto nivel (teórico y epistemológico) a la educación media superior y los dos últimos niveles (gnoseológico y filosófico) a la educación superior (5).

3.1.2 PREVENCIÓN

La prevención odontológica se define como toda acción que permite disminuir de forma considerable la manifestación de una enfermedad bucal o detener la progresión de dicha enfermedad. Sin embargo, no

solo se trata de prevenir estas enfermedades sino de curar cuando sea necesario.

Existen 3 tipos de prevención:

Primaria: Se relaciona con la educación de la población sobre la salud bucodental con campañas de sensibilización con la higiene. Adquirir unas buenas pautas debe ser primordial desde edades muy tempranas y en todos los ámbitos como puede ser con la familia, en el colegio, etc.

Secundaria: Es la que hace referencia a la realización de algún tratamiento debido a que la primera fase de la prevención no funcionó correctamente. El profesional odontológico ofrecerá un adecuado diagnóstico para controlar la enfermedad.

Terciaria: Cuando ni la primera fase ni la segunda logran sus objetivos puede surgir una enfermedad más agresiva para el paciente. Para tratar de prever males mayores está esta fase con procedimientos más exhaustivos y complejos (6).

3.1.3 SALUD ORAL

La calidad de vida, comprendida desde la percepción del individuo sobre su posición en la vida está relacionada directamente con la salud oral, la cual se considera parte de la salud humana integral. En este sentido, los adolescentes se han considerado un grupo de riesgo por

múltiples factores que pueden afectar su calidad de vida, tales como la pobreza, acceso a la salud, estrato socioeconómico, adicionalmente a los cambios biológicos y fisiológicos de esta etapa. Esta transición de la niñez a la edad adulta puede impactar negativamente la salud oral. La aparición de enfermedades como caries dental, gingivitis y/o periodontitis, entre otras, puede generar problemas psicosociales asociados con la estética y la autoestima (7).

3.1.4 HIGIENE ORAL

Según Bengt O. Magnusson el objetivo de la higiene oral es la eliminación de la placa dental y el mantenimiento de las superficies dentarias limpias. La higiene oral es el aspecto fundamental de la prevención de la enfermedad periodontal. (8)

Es por ello que una de las cosas más importantes que se puede hacer por los dientes y encías de cada persona es mantener una buena higiene oral. Los dientes sanos no solo proporcionan un buen aspecto a la persona, sino que le permiten hablar y comer adecuadamente. La buena salud oral es importante el bienestar general.

Los cuidados preventivos diarios, como el cepillado y el uso de hilo dental, evitan problemas posteriores como enfermedades periodontales y caries dental.

La caries dental constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, afecta más o menos

el 91% de la población mayor de cinco años de edad y es más frecuente entre las personas de 5 a 14 años de edad (9).

3.1.5 CEPILLADO

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentobacteriana y tiene como objetivos:

1. Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
2. Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
3. Estimular los tejidos gingivales.
4. Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental (10).

- **Características del cepillo dental**

Los cepillos dentales varían en forma, textura, tamaño y diseño más que cualquier otra categoría de productos dentales.

Un cepillo dental consta de una cabeza con cerdas y un mango. Al conjunto de cerdas se le conoce como penachos. La cabeza se divide arbitrariamente en punta, que corresponde al extremo de la cabeza, y talón, que es la parte más cercana al mango. Entre el mango y la cabeza, por lo general se presenta el astil.

Muchos cepillos dentales se fabrican en tamaños diferentes: grande, mediano y chico, para mejor adaptación a la anatomía oral de las diferentes personas.

Los cepillos dentales también son diferentes en su textura se clasifican como duros, medianos, blandos o extra blandos.

Los cepillos dentales tienen otras características como, por ejemplo:

- ✓ **Perfil:** Al observar lateralmente un cepillo dental se presentan cuatro perfiles básicos: cóncavo, convexo, plano y multiniveles. La forma cóncava puede ser útil para mejorar la limpieza de las superficies faciales; en tanto, las formas convexas parecen más útiles para mejorar la limpieza de las superficies linguales (11).
- ✓ **Formas de las cerdas:** Han sido desarrollados cepillos dentales que utilizan estas cerdas en múltiples diámetros, texturas y formas, y los estudios de laboratorio han documentado mayor eficacia de cepillos dentales con cerdas redondeadas, en forma de pluma o diamante, en comparación con cepillos dentales con cerdas redondas estándar (12).
- ✓ **Punta redondeada:** Desde sus inicios las cerdas individuales de los cepillos de dientes se cortaban en haces y con frecuencia presentaban configuraciones de extremos afilados. En 1948, Bass informó que éste tipo de puntas podría lesionar los tejidos blandos y que las puntas redondas, obtusas y lisas resultaban menos abrasivas (13).
- ✓ **Diseño de mango:** Se han introducido modificaciones, tales como indentaciones triangulares a los lados para un buen agarre, una “posición de pulgar” en la parte trasera del mango para mejor

comodidad y varios dobleces angulados para permitir un mejor acceso dentro y alrededor de la boca.

✓ **Textura:** La textura se define como la resistencia de la cerda a la presión, también se le menciona como rigidez y dureza. La textura de una cerda se relaciona con su:

- 1) Composición
- 2) Diámetro
- 3) Longitud
- 4) Cantidad de cerdas individuales por cerdamen.

Durante el proceso de fabricación se puede controlar el diámetro de las cerdas de nylon; ya que la mayor parte de los cepillos dentales contienen cerdas de 10 a 12 mm de largo, el diámetro de la cerda se convierte en el determinante crítico de la textura (14).

- **Cuidado del cepillo de dientes**

El mantenimiento del cepillo de dientes también es importante. Para evitar que se acumulen en él las bacterias, la limpieza y la conservación cuando no se usa deben seguir las siguientes pautas:

✓ **Limpieza:** debe lavarse muy bien con agua después de cada uso y dejar que se seque al aire libre (la humedad facilita la acumulación de microorganismos), manteniéndolo vertical en un vaso o un portacepillos.

✓ **No compartirlos:** utilizar el cepillo de dientes de otra persona supone un riesgo de contraer cualquier tipo de infección. Hay que enseñar a los niños a no hacerlo.

✓ **Almacenamiento:** mientras no se usan no deben guardarse en recipientes cerrados, ya que de este modo se mantiene la humedad y se facilita el crecimiento de las bacterias. Tampoco deben estar en contacto con otros cepillos de dientes.

✓ **Cambio de cepillo:** cada tres meses hay que cambiar de cepillo (manual) o de cabezal (eléctrico). También debe cambiarse cuando las cerdas aparecen dobladas.

- **Frecuencia y Tiempo de cepillado**

Lo recomendable es cepillarse al menos dos veces al día, preferiblemente después de cada comida. En cuanto a la duración recomendable de cepillado, lo ideal es de 2 a 3 minutos por sesión.

Aunque es importante prestar atención al tiempo de cepillado, es aún más importante asegurarse de que todas las superficies acaben limpias. Por ello la técnica adecuada de cepillado es probablemente más importante que el tiempo empleado.

- **Técnicas de cepillado dental**

El método más común y más utilizado para la higiene bucal y la prevención de las enfermedades dentales y periodontales, es el cepillado dental. Se reconoce que es lo más útil para el control de la

placa supragingival. A través del tiempo se han descrito diferentes técnicas de cepillado, las cuales difieren entre sí, dependiendo de la edad, de las habilidades y del estado de salud bucal del paciente, algunas son más recomendadas y reconocidas que otras.

✓ **Técnica de Bass**

Para la técnica de Bass se recomienda un cepillo de cerdas suaves para evitar, primero, la abrasión de la estructura dental dura, y segundo, la lesión de la encía marginal por trauma. La técnica consiste en que el cepillo se coloca en un ángulo de 45 grados con respecto al eje longitudinal del diente (teniendo en cuenta que las cerdas van hacia la parte apical del diente); los filamentos del cepillo se introducen en los nichos interdientales y el surco gingival, al estar ahí se realizan pequeños movimientos vibratorios y después un movimiento de barrido hacia oclusal. Con esta técnica está limitada la limpieza de las superficies oclusales (15).

✓ **Técnica de Fones**

Esta técnica está indicada para las superficies vestibulares; para llevarla a cabo, los dientes deben estar en oclusión o en posición de reposo, y los filamentos del cepillo se colocan formando un ángulo de 90 grados con respecto a la superficie bucal del diente. Estas superficies se dividen en 6 sectores y se realizan 10 amplios movimientos rotatorios en cada sector. En las caras oclusales, se

realizan movimientos circulares y en las caras linguo – palatinas se coloca el cepillo en posición vertical y se realizan movimientos rotatorios; está indicada en niños por la facilidad para aprenderla, en comparación con la técnica de Bass (16).

✓ **Técnica Horizontal de Scrub**

En esta técnica las cerdas del cepillo se emplean en un ángulo de 90 grados sobre la superficie vestibular, lingual-palatina y oclusal de que es el método los dientes. Se realizan movimientos en vaivén de atrás para adelante sobre toda la arcada. Se ha demostrado de elección en niños en edad preescolar, porque tienen poca habilidad para efectuar los otros métodos de cepillado y están en edad en la que están desarrollando sus capacidades motoras, pero en cambio se ha demostrado que las técnicas de cepillado horizontal aumentan la abrasión del esmalte (17).

✓ **Técnica de cepillado de Stillman modificada**

El método de Stillman fue desarrollado originalmente para proporcionar estimulación gingival. El cepillo dental se coloca en una posición inclinada de 45° respecto del vértice dental, colocando parte del cepillo sobre la encía y parte sobre el diente. Se utiliza un movimiento vibratorio con presión ligera para estimular la encía. El cepillo se levanta y en seguida se coloca en la misma parte, y se repite el movimiento de impulsos (18).

✓ **Técnica vibratoria de Charters**

Charters propone una técnica vibratoria con presión para limpiar las partes interproximales. El cepillo dental debe colocarse en un ángulo de 90° en dirección al eje largo de los dientes, de manera que las cerdas se fuercen suavemente entre los dientes, pero no reposen sobre las encías. Asimismo, se realizan movimientos rotatorios pequeños, de tal modo que los lados de las cerdas entren en contacto con el borde gingival. El cepillo se retira después de 2 o 3 movimientos, para colocarse en el mismo lugar y repetir el procedimiento (19).

3.1.6 HILO DENTAL

El hilo o seda dental es un auxiliar de la higiene oral sobre todo para eliminar residuos o placa de las caras interproximales. Se debe utilizar antes del cepillado dental para proporcionar una limpieza más profunda consiguiendo el flúor de la pasta podrá penetrar mejor entre los espacios interproximales. También elimina placa subgingival, ya que puede introducirse 2-3,5mm debajo del margen gingival. Se recomienda el uso en pacientes con apiñamiento dental.

El uso eficaz de hilo dental completa los siguientes objetivos:

1. Remueve la placa y los detritos adheridos a los dientes, restauraciones, aplicaciones ortodónticas, a puentes y prótesis fijas, a la encía en las porciones interproximales y alrededor de los implantes.

2. Auxilia al clínico a identificar depósitos interproximales calcáreos, restauraciones sobresalientes o lesiones cariosas interproximales.
3. Puede detener o prevenir lesiones cariadas interproximales.
4. Disminuye el sangrado gingival.
5. Puede utilizarse como vehículo para la aplicación de pulidores o quimioterapéuticos en las partes interproximales y subgingivales (20).

- **Técnica**

Lo recomendable es usar un área limpia por cada dos dientes.

✓ ¿Cómo se sostiene el hilo dental?

1. Cortar 50 mm.
2. Enrollar los dedos de la mitad de cada mano.
3. Realizar un lazo, atando ambos extremos.
4. Utilizar el dedo pulgar y el índice para guiar el hilo dental entre sus dientes superiores.
5. Utilizar los dedos índices para limpiar los dientes inferiores.

✓ ¿Cuál es la técnica adecuada?

1. Introducir suavemente el hilo dental entre los dientes.
2. Doblar el hilo dental en forma de U alrededor del diente.
3. Estimular el hilo dental en movimientos de vaivén.
4. Sostener el hilo dental firmemente en contra del diente y raspar la placa con un tirón (21).

3.1.7 PASTA DENTAL

La pasta dental forma parte indispensable de la rutina de higiene dental.

¿Qué tipo de pastas dentales existen?

✓ **Anti-sarro**

Este tipo de pasta dental previene la formación de sarro y la retarda.

Sus ingredientes activos comúnmente son Pirofosfato o Citrato de Zinc (22).

✓ **Sin flúor**

Es cierto que el flúor ayuda a reducir las caries, sin embargo, a veces puede provocar riesgos mayores en nuestra boca. Por ejemplo, disminuye el yodo en nuestro cuerpo lo que hace que se presente como una de las causas del hipotiroidismo. Por ello, existen pastas de dientes sin flúor.

✓ **Anti caries**

Tienen cierto contenido de flúor en su fórmula, para prevenir caries.

✓ **Orgánica**

La pasta de dientes orgánica, también conocida como “pasta de dientes herbal”, está constituida por ingredientes naturales. Muchas marcas de pasta de dientes orgánica están hechas a base de aceite esencial y no contienen ingredientes controversiales (23).

✓ **Infantiles**

Estas pastas dentales normalmente contienen flúor en su composición, por lo cual debe ser controlado para evitar la ingesta excesiva que pueda provocar daño en el menor.

3.1.8 COLUTORIOS

Los colutorios, que ya se usaban en la antigua Roma y Grecia y se elaboraban con diversas hierbas, cortezas de árbol, o incluso con la propia orina, pues tiene un alto nivel de amoníaco, son un complemento del cepillado, pero nunca pueden sustituirlo, pues mucha gente piensa que solo utilizando estos enjuagues después de las comidas se puede evitar la acumulación de placa y la aparición de caries, pero no es así (24).

- **Tipos de colutorios.**

Existen tipos diferenciados de colutorio, los de uso diario y los de tratamiento. Los colutorios de uso diario se pueden encontrar en las zonas de cosmética de supermercados y droguerías, mientras que los colutorios de tratamiento se venden en farmacias y parafarmacias.

Otra de las características que diferencian a estos productos son sus usos prácticos, ya que mientras los enjuagues bucales se utilizan para terminar la rutina de limpieza bucal, después del cepillado y el hilo dental, y dejar una sensación de frescor en la boca y un aliento fresco,

los de tratamiento están indicados para solventar problemas como la gingivitis o las llagas bucales, por lo que solo se usan de una manera puntual (25).

3.1.9 CONSULTAS ODONTOLÓGICAS

Acudir al odontólogo con normalidad es fundamental para mantener una buena salud bucodental. Muchos pacientes sólo acuden a la consulta cuando detectan problemas en su boca. Como la inflamación en las encías, el sangrado, o la acumulación de sarro. Todas estas complicaciones se pueden prevenir con unas visitas al dentista periódicamente.

Algunos pacientes evitan acudir al dentista por distintos motivos:

- Falta de tiempo en los horarios del paciente.
- Costo de los tratamientos.
- Miedo de los pacientes al odontólogo. (Fobia dental o ansiedad)
(Más común en la infancia)

Los adultos son los que menos acuden a citas odontológicas. Si bien muchos tratamientos se realizan entre la infancia y la adolescencia, visitar el odontólogo es muy importante en todas las edades (26).

3.1.10 ALIMENTACION

Las propiedades de los alimentos que modifican su potencial cariogénico son múltiples e incluyen:

- Capacidad de retención en la boca.
- Forma física.
- Propiedades acidógenas.
- Efecto protector de ciertos componentes.
- Efecto sobre la colonización bacteriana.
- Cantidad y composición glucídica.

Es importante diferenciar entre los conceptos de acidogenicidad y cariogenicidad:

- El potencial cariogénico de un alimento consiste en su habilidad para promover la caries en el hombre bajo condiciones que conduzcan a la formación de caries (27). Esta definición implica que un alimento puede poseer un elevado potencial acidogénico, pero no induce a caries bajo condiciones específicas de uso que conduzcan a la formación de caries.
- La acidogenicidad es entendida como la cuantificación del pH que existe en la placa después de su ingestión. La cantidad de ácido formada no es proporcional al contenido en azúcar del alimento y el grado de desmineralización tampoco depende de la cantidad de ácido producido (28).

3.1.10.1. Dieta cariogénica

La dieta cariogénica es aquella de consistencia blanda, con alto contenido de hidratos de carbono, especialmente

azúcares fermentables como la sacarosa, que se deposita con facilidad en las superficies dentarias retentivas. Existe una gran cantidad de información sobre la influencia de la dieta en la caries dental. Lo que se sabe es que los alimentos que contienen azúcar inducen al proceso cariogénico; sin embargo, pensar que la cantidad de azúcar que un paciente consume se correlaciona directamente con la caries es una simplificación. Existen otros factores, relacionados con los alimentos, que tienen tanta o más importancia con respecto a la cariogenicidad de los mismos, que la cantidad de azúcar que estos contienen (29).

Se ha comprobado que los alimentos más cariogénicos son los más acidógenos y viscosos, ya que su consistencia también tiene influencia sobre el tiempo de retención y son preferibles los líquidos a los sólidos y las partículas gruesas a las finas (30). Esto demuestra que:

- ✓ Los frutos secos y los caramelos los cuales son pegajosos y retentivos se adhieren a las superficies y fosas de los dientes, permaneciendo más tiempo en contacto con la estructura dental.
- ✓ Las gaseosas no permanecen mucho tiempo en la boca, sin embargo esta tiene un alto contenido de ácido lo que contribuye en la erosión del esmalte .

- ✓ El mayor potencial cariogénico corresponde a la sacarosa, interviene en el proceso cariogénico por dos vías: por un lado, la sacarosa es utilizada por los microorganismos de la flora oral para la formación de polisacáridos adherentes que sirven como retención de placa bacteriana.
- ✓ La fructuosa, la glucosa, la maltosa y la lactosa los cuales son hidratos de carbono fermentables son también cariogénicos, aunque en menor proporción que la sacarosa.
 - Alimentos y bebidas potencialmente cariogénicos:
 - Azúcar y chocolate.
 - Pastel y galletas.
 - Tartas de frutas.
 - Flan, budines.
 - Cereales azucarados.
 - Azúcar de mesa.
 - Mermeladas, conservas, miel.
 - Helado.
 - Frutas de almíbar.
 - Jugo de fruta fresca.
 - Bebidas azucaradas.
 - Leche azucarada.
 - Bebidas alcohólicas con contenido de azúcar (31).

La potencia de descalcificación también influye en la relación de alimentos como lo vemos en la siguiente tabla:

Tabla 1

Cuadro 23-3. Retención de alimento y potencial de descalcificación de alimentos representativos

<i>Alimento</i>	<i>Total de carbohidratos porcentaje</i>	<i>Libre de azúcar porcentaje</i>	<i>Alimento retenido Mg</i>	<i>Formación de ácido en 4 horas MI 0.1 hidróxido de sodio normal</i>	<i>Potencial de descalcificación</i>
Galleta (higo)	70	27.6	678	1.2	814
Dátil	77.5	33.8	507	1.6	811
Chocolate	50	39	370	2.1	777
Helado	17	..	423	1.6	677
Galleta (pan dulce)	59.5	24.8	370	1.3	481
Rollo danés (pastelería)	53.8	40	181	1.6	434
Galleta cracker (salada)	70	11.0	340	1.2	408
Caramelo	56.8	43	219	1.8	394
Pudín de chocolate	35	18.5	300	1.3	390
Galleta cracker (con aceite rociado)	71	12.1	310	1.2	372
Caramelo toffee (blando)	90	..	266	1.3	346
Pan blanco	49	13.0	188	1.8	338
Patata (hervida)	18.2	4.0	128	2.4	307
Bebida de cola	10.5	10.5	237	1	237
Manzana	17.5	11.0	228	1	228
Refresco de naranja	10.5	10.5	219	1	219
Zumo de naranja (fresco)	8.5	..	177	1.2	212
Papas fritas	48.2	12.7	61	1.9	116
Zanahorias (frescas)	9.5	..	73	1.2	88
Zanahorias (cocinadas)	8.3	6.8	2	1.5	3

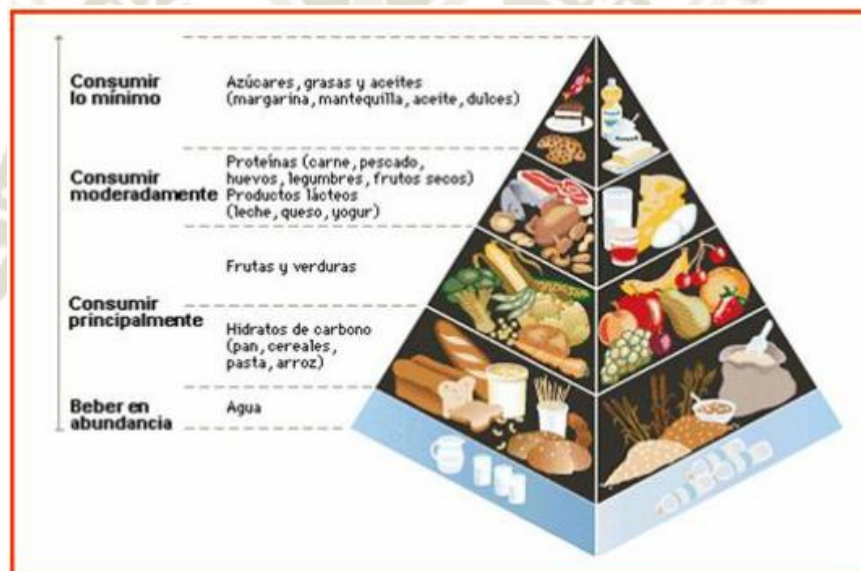
Tomada de: "Odontología Pediátrica" por Finn S.B., 1976, p. 457.

3.1.10.2. Dieta no cariogénica

Todos los estimulantes de la secreción salivar (queso, chicle, sal, frutas y vegetales), así como los alimentos con alto contenido de calcio y fósforo y aquellos con un pH inferior a 6 pueden ser considerados no cariogénicos (32).

- Características comunes de alimentos no cariogénicos:
- ✓ Contenido relativamente alto de proteínas.

- ✓ Contenido moderado de grasas, lo que facilita su paso de la boca al esófago. Concentración mínima de carbohidratos fermentados.
- ✓ Capacidad de amortiguación considerable.
- ✓ Alto contenido de minerales, en especial calcio y fósforo.
- ✓ pH mayor a 6.0.
- ✓ Capacidad de estimular el flujo salival (33).
- Como consumir los alimentos no cariogénicos:



Tomada de: Métodos de evaluación de dieta cariogénica por Aliaga N. 2010 P. 16.

3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes Internacionales:

- **Título:** Efectividad de un programa educativo sobre conocimiento de salud e higiene oral en adolescentes de 12 a 14 años de la Unidad Educativa Antonio Ante – Ecuador.

Autores: Tamara Moya Silva y Valeria Posso Jacome.

Resumen: Determinar actitudes y prácticas de salud e higiene oral antes y después de una intervención educativa en adolescentes de 12 a 14 años de la Unidad Educativa Antonio Ante provincia de Imbabura, periodo enero - febrero de 2020. Es una investigación de tipo longitudinal y prospectiva, aplicada sobre una muestra de 92 estudiantes, luego de firmar el Consentimiento Informado por los padres y Asentimiento Informado para menores de edad, se aplicó una encuesta acerca actitud y práctica sobre salud, higiene y hábitos bucales, con 20 preguntas que abarcan dos dimensiones: actitud y práctica. Posteriormente se impartió charlas educativas sobre salud bucal a estudiantes, en tres sesiones de 25 minutos respectivamente, empleando material didáctico, abordando temas sobre salud, higiene y enfermedades bucales. Una semana después de la última intervención educativa se aplicó la encuesta por segunda vez, para realizar una comparación de actitud y práctica antes y después. Los datos obtenidos serán analizados estadísticamente utilizando el programa SPSS, aplicando Chi cuadrado y Wilcoxon, con nivel de confiabilidad del 95%. **Resultados:** El 57,61% de los adolescentes

presentaron actitud favorable y el 58,70% prácticas inadecuadas, antes de la intervención educativa, aumentado significativamente después de la charla las actitudes favorables 78,26%, y las prácticas adecuadas al 91,30%. Se relacionó el sexo con actitudes y prácticas, donde adolescentes de sexo femenino tuvieron mejor respuesta. Conclusiones: Se determinó que actitudes y prácticas de salud e higiene oral en adolescentes de 12 a 14 años de la Unidad Educativa es superior 43,48% después de una intervención educativa (34).

Este estudio demuestra una vez más que la relación entre nivel de conocimiento e higiene oral tiene una relación directa. Con una buena instrucción básica la higiene oral es buena.

- **Título:** Nivel de conocimientos sobre salud oral e índice de caries en adolescentes de una escuela en Piruyu, Paraguay.

Autores: Milner Morel Barrios, Clarisse Díaz Reissner y María Elida Quintanilla Molinas.

Resumen: La caries dental continúa siendo un problema de salud pública en países subdesarrollados, siendo una de las causas más importantes de problemas buco dentales en la adolescencia. Tener conocimientos sobre medidas de cuidado de salud bucal se asoció con un mejor estado de salud bucal. El objetivo es relacionar el nivel de conocimientos sobre salud oral con el índice de caries dental en

adolescentes de 12 a 15 años, matriculados en la Escuela Básica N°80 “General José Eduvigis Díaz” de Pirayú (Paraguay), en el año 2016. El diseño fue transversal. Se realizó una evaluación clínica utilizando el Índice CPO-Dy además 12 preguntas sobre conocimiento de salud oral. La escala de puntajes fue de 0 a 28, donde valores elevados indicaron mayor conocimiento y puntajes 60% se consideraron con conocimiento suficiente. Se aplicaron las pruebas t de Student y U de Mann-Whitney, con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Participaron 70 adolescentes, el 62,9% fueron varones y el 37,1% fueron mujeres. El índice CPO-D fue de 2,24y el índice de caries de 1,17. Presentaron al menos un diente perdido el 42,8% de los adolescentes. El 93,98% de pérdidas dentarias correspondió a primeros molares permanentes. El puntaje promedio de conocimiento fue 17,31 (DE=4,48). El 54,30% tuvieron nivel de conocimientos suficiente. En conclusión, el nivel de conocimientos no presentó relación con el índice de caries ni con el índice CPO-D, el nivel de severidad de caries fue debajo riesgo, pero un poco menos de la mitad perdió al menos un diente permanente. El nivel de conocimientos sobre salud oral fue suficiente en un poco más de la mitad. Se deberían reforzar los programas de prevención primaria y secundaria, a fin de evitar pérdidas dentarias a temprana edad (35).

Es trascendental porque apoya la teoría que el nivel de conocimientos en salud bucal de los niños y adolescentes es mayor que la habilidad que tienen estos mismos niños y adolescentes para tener una buena higiene oral.

3.2.2. Antecedentes Nacionales:

- **Título:** Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II – Trujillo.

Autores: Fredy Quezada Bellido y María Victoria Espinoza Salcedo.

Resumen: Determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II, distrito de Florencia de Mora - Trujillo, 2015. Este trabajo es un estudio experimental, descriptivo y longitudinal. Se evaluó a 50 (2 grupos) alumnos de 12 a 13 años de edad durante los meses de noviembre y diciembre del 2015, empleando cuestionarios antes, inmediatamente después y al mes de la intervención educativa, de igual forma se evaluó el IHO; se utilizó rotafolio, cañón multimedia, trípticos y maquetas. Para el análisis de resultados se empleó la prueba estadística de McNemar, considerando un nivel de significancia del 5%. Entre los **resultados** se encontró que el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa en ambos grupos fue deficiente y regular 15 (60%); inmediatamente después se elevó a bueno en 18(72%) y al mes aumentó a 20 (80%). El IHO antes de la intervención en ambos grupos

fue malo (100%), después de la intervención en el grupo experimental se elevó a regular en 24 (96%) y al mes se elevó a bueno en 18 (72%) y regular 7(28%). En conclusión, la intervención educativa fue eficaz, aumentó el nivel de conocimiento en salud bucal y el mejoramiento de la higiene oral en los alumnos. Se deberían de implementar estas intervenciones y retroalimentar periódicamente en las escuelas, por contribuir a mejorar la salud oral de la población (36).

Es trascendental y de suma importancia porque esta investigación demuestra que el nivel de conocimiento en salud oral en este grupo de niños aumentó después de la asesoría dada.

- **Título:** Nivel de conocimiento en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana.

Autores: Juan Carlos Ávalos Márquez, Nancy Huilca Castillo, Miguel Ángel Picasso Pozo y Adriana Gallardo Schultz.

Resumen: Determinar el nivel de conocimientos en salud oral relacionada a la calidad de la higiene oral de la población escolar de 9-12 años de edad en la I.E. 1120 “Pedro A. Labarthe”, Lima-Perú, 2015. Este trabajo es un estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 76 escolares seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios. La información se obtuvo mediante un cuestionario de preguntas

cerradas; el instrumento de recolección de datos incluyó información sobre la edad, sexo, conocimientos básicos de salud oral y el índice de higiene oral simplificado (IHO-s). Se realizó el análisis descriptivo de cada variable mediante tablas de distribución de frecuencias; para evaluar la relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral se empleó la prueba Chi cuadrado. Los **resultados** demostraron que mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por “bueno” (22,4%). En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó un “mala” (59,2%), seguido por “regular” (38,2%). No se encontró relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral ($P: 0,360$). Las conclusiones fueron que, aunque la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral, la mayoría presentó una higiene oral deficiente. Lo que demuestra que aportar información es insuficiente si es que esta no logra motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral (37).

Es de suma importancia porque contradice a muchas otras investigaciones demostrando que el nivel de conocimiento no tiene relación con la calidad de higiene oral.

3.2.3. Antecedentes Locales:

- **Título:** Nivel de Conocimiento sobre Higiene oral en pobladores de 10 a 70 años del distrito de Mejía Arequipa-2013.

Autores: Carlos Alberto Aspilcueta Effio.

Resumen: El objetivo principal de este estudio fue demostrar el nivel de conocimiento sobre higiene oral que poseen los pobladores del distrito de Mejía. Se evaluaron 4 aspectos: Elementos de Higiene Oral, Hábitos de Higiene Oral, Patología Oral relacionada con Higiene Oral y Técnicas de Higiene Oral. La muestra estuvo integrada por 300 personas de ambos sexos comprendidos entre 10 a 70 años. Los resultados respecto a estos aspectos fueron los siguientes; frente a elementos de higiene oral indico un nivel de conocimiento regular (41.7 %), respecto a los hábitos de higiene oral se obtuvo un nivel insuficiente con el 46.3%, en patología oral se obtuvo también un nivel insuficiente (62%), con respecto a técnicas de higiene oral también se obtuvo un nivel insuficiente (73%). Con esto se demostró que el nivel de conocimientos generales sobre higiene oral en los pobladores del distrito de Mejía es insuficiente (66.3%). La finalidad de realizar este estudio es para nosotros como profesionales de la salud oral podamos saber el nivel de conocimiento sobre salud bucal en las diferentes poblaciones del Perú ya que, hoy en día, está muy diversificado y parcializado; y podemos observar que en sectores que tienen acceso a una información adecuada tienen un mejor nivel. Y así a partir de este conocimiento se pueda tomar acciones concretas en cuanto a la mejora de información a todo el Perú (38).

Este estudio demuestra que la educación general de los pobladores desde los 10 años es insuficiente debido a la poca información con la que se cuenta, esto indica que si hay una relación entre conocimientos y hábitos de higiene oral.





II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

1.1.1. Especificación

Se utilizó la técnica observacional de encuesta para este estudio y así se recogió la información de las variables: “Nivel de conocimiento en salud oral a nivel preventivo en niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, Arequipa - 2020.

1.1.2. Esquematización

Variable	Técnica	Instrumento
“Nivel de conocimiento en salud oral a nivel preventivo en niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, Arequipa - 2020.”	Encuesta	Cuestionario Virtual

1.1.3. Descripción de la técnica

DESCRIPCIÓN

Se inició en el mes de Setiembre, lo primero que se hizo fué presentar al colegio el proyecto y se pidió autorización al plantel educativo que se estudió en esta investigación, una vez realizado esto procedí a pedir consentimiento a los padres de familia para poder realizar dicho cuestionario y se dio la autorización para que la directora y secretaria del plantel me puedan brindar los datos solicitados como son el número de estudiantes que tiene el plantel. Se mandaron los consentimientos informados a los padres de familia y el asentimiento informado para los menores de edad. Luego se tomó el cuestionario de forma virtual en las plataformas zoom y meet para primaria y secundaria respectivamente, sección por sección de acuerdo a la disponibilidad de horarios que brindaron los tutores de 4to grado de primaria a 5to año de secundaria (edades comprendidas de los 10 a los 17 años). Luego se comenzó con el procesamiento de las encuestas realizando la matriz de datos para recolectar los datos solicitados para esta investigación y poder comparar con los antecedentes ya descritos.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Instrumento documental

Cuestionario virtual.

1.2.2. Instrumentos mecánicos

Computadora o laptop para realizar la encuesta y cámara para tomar evidencia de la realización de la misma.

1.3. Materiales de verificación

- Útiles de escritorio
- Computadora

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Ámbito general:

Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, departamento de Arequipa.

2.1.2. Ámbito específico:

Estudiantes del 4to grado de primaria hasta el 5to año de secundaria (estudiantes de 10 a 17 años)

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizó en el 2020.

2.3. Unidades de estudio

El universo está constituido por 77 unidades de estudio.

- a) Unidades de análisis: Alumnos de 10 a 17 años.
- b) Opción: Población

c) Manejo Metodológico

c.1) Población Objetiva

- Atributo general: Alumnos de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello.

- **Magnitud: N: 77** alumnos.

Población de estudio	N° de estudiantes
4to de primaria (10 años)	5
5to de primaria (10 - 11 años)	7
6to de primaria (11 - 12 años)	5
1ero de secundaria (12 - 13 años)	9
2do de secundaria (13 -14 años)	15
3ero de secundaria (14 -15 años)	8
4to de secundaria (15 - 16 años)	10
5to de secundaria (16 -17 años)	18

c.2) Población Accesible

- Universo cualitativo:
 - Criterios de inclusión:
 - Alumnos que sus padres den su autorización correspondiente.
 - Alumnos que deseen participar en la investigación previo consentimiento del padre.
 - Alumnos de ambos sexos.

- Alumnos de 10 a 17 años.
- Alumnos inscritos en el colegio en el año 2020.
- Criterios de exclusión:
 - Alumnos que no cuenten con la conexión de internet en el momento que se realizará la encuesta.
 - Alumnos menores de 10 años y mayores de 17 años.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Se cumplió las siguientes acciones:

- Autorizaciones de la directora y de los padres de familia y alumnos con una carta de presentación.
- Formalización con la población.

3.2. Recursos

a) Recursos humanos

- Alumno investigador: Paula Elizabeth Graciela Vásquez Arancibia
- Asesor: Dr. Elmer Ermilio Pacheco Baldarrago.
- Colaboradores

b) Recursos físicos:

- Biblioteca personal

c) Recursos económicos

- Financiados por el autor de esta tesis.

d) Recursos institucionales

- Universidad Católica de Santa María.
- Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello.

3.3. Validación del instrumento

Se validará el instrumento por 5 expertos de la materia, analizando la efectividad de dicho cuestionario.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento de los datos

a. Tipo de procesamiento

Manual y computarizado utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics Base 22.0.

b. Operaciones del procesamiento

b.1) Tabulación

Se empleará tablas de simple y doble entrada.

b.2) Graficación

Se utilizará graficas de barras simples y dobles, acorde a la exigencia de los datos expuestos en los cuadros.

4.2. Plan de análisis de datos

a. Tipo de análisis

Se utilizará Chi Cuadrado porque ambas variables son cuantitativas ordinales. Resultados cuantitativos se expresan cualitativamente.

b. Tratamiento estadístico

Variables operacionalizadas	Carácter estadístico	Escala de Medición	Técnica de estadística descriptiva	Prueba Estadística
Nivel de conocimiento	Cuantitativo	De intervalo	Frecuencia Porcentaje	Chi Cuadrado



CAPÍTULO III RESULTADOS

TABLA N°. 1

GRADO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO

ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020

Grado	N°.	%
4to primaria	5	6,5
5to primaria	7	9,1
6to primaria	5	6,5
1ro secundaria	9	11,7
2do secundaria	15	19,5
3ro secundaria	8	10,4
4to secundaria	10	13,0
5to secundaria	18	23,4
TOTAL	77	100

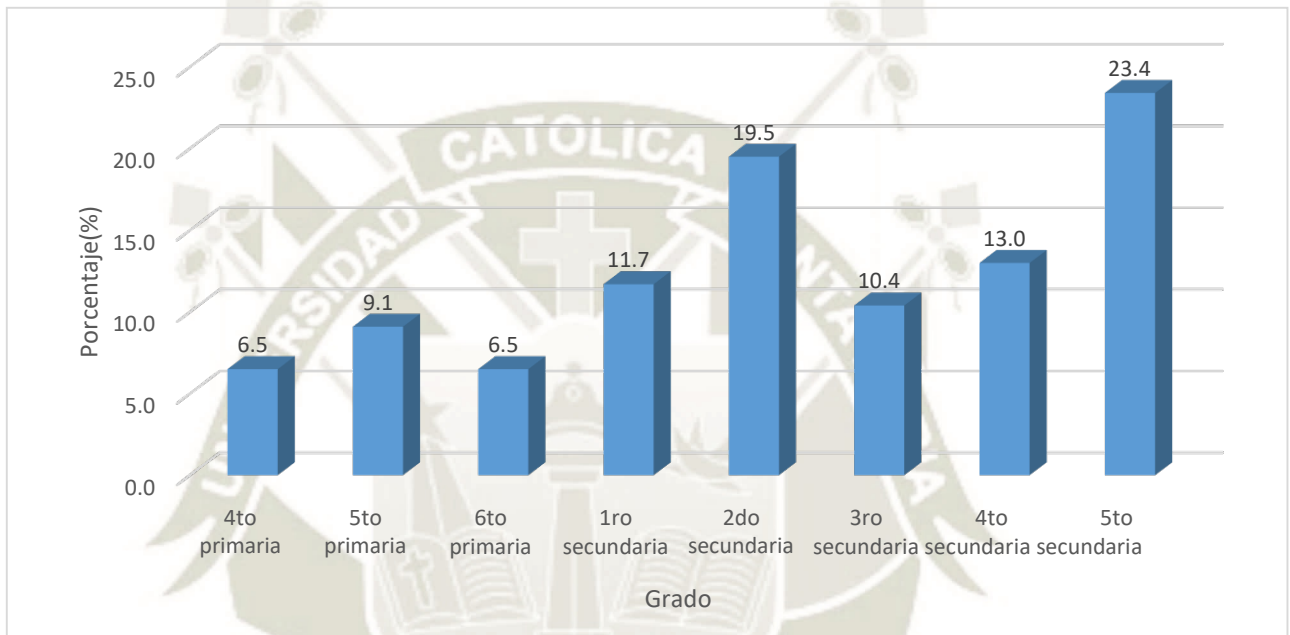
Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N°. 1 muestra que el 23.4% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello cursan el quinto año de secundaria, seguido del 19.5% de estudiantes que pertenecen al segundo se secundaria, el 13.0% están en cuarto de secundaria, mientras que solo el 6.5% pertenecen a cuarto de primaria.

GRÁFICO N° 1

GRADO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020



Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

TABLA N°. 2

**EDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO
SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020**

Edad	N°.	%
10 a 11	16	20,8
12 a 13	14	18,2
14 a 15	26	33,8
16 a 17	21	27,2
TOTAL	77	100

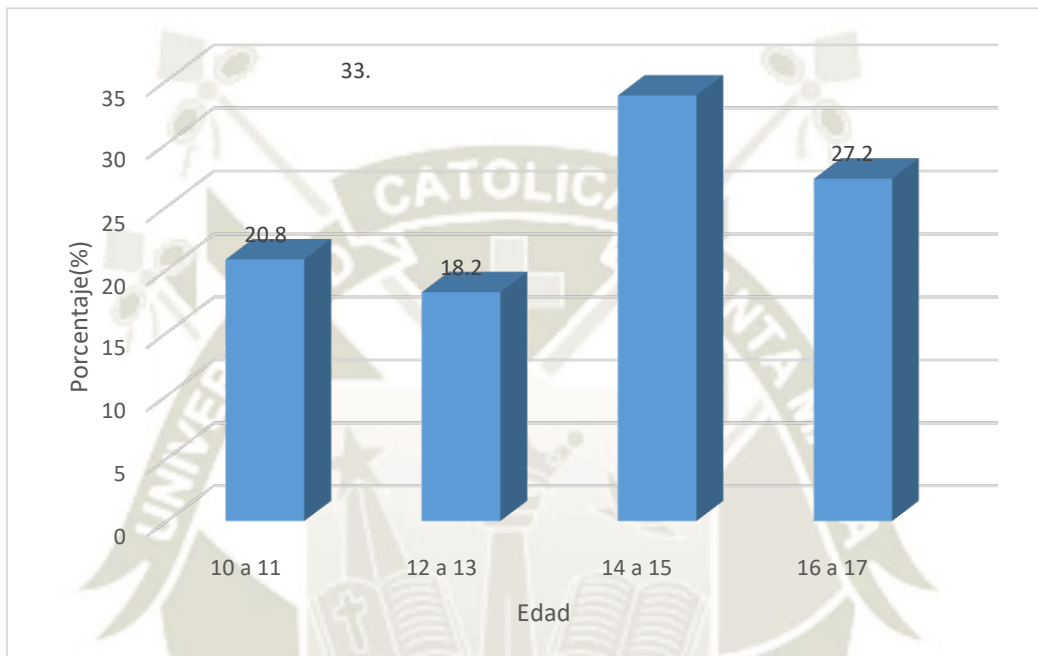
Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N°. 2 muestra que el 33.8% de los niños y adolescentes del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello tienen entre 14 a 15 años, seguido del 27.2% tienen entre 16 a 17 años, el 20.8% de estudiantes tienen entre 10 a 11 años, mientras que solo el 18.2% tienen entre 12 a 13 años.

GRÁFICO N° 2

EDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020



Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

TABLA N° 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO SOBRE HIGIENE ORAL DE
LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ÍTALO
PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020**

Higiene	N°.	%
Malo	0	0,0
Regular	18	23,4
Bueno	59	76,6
TOTAL	77	100

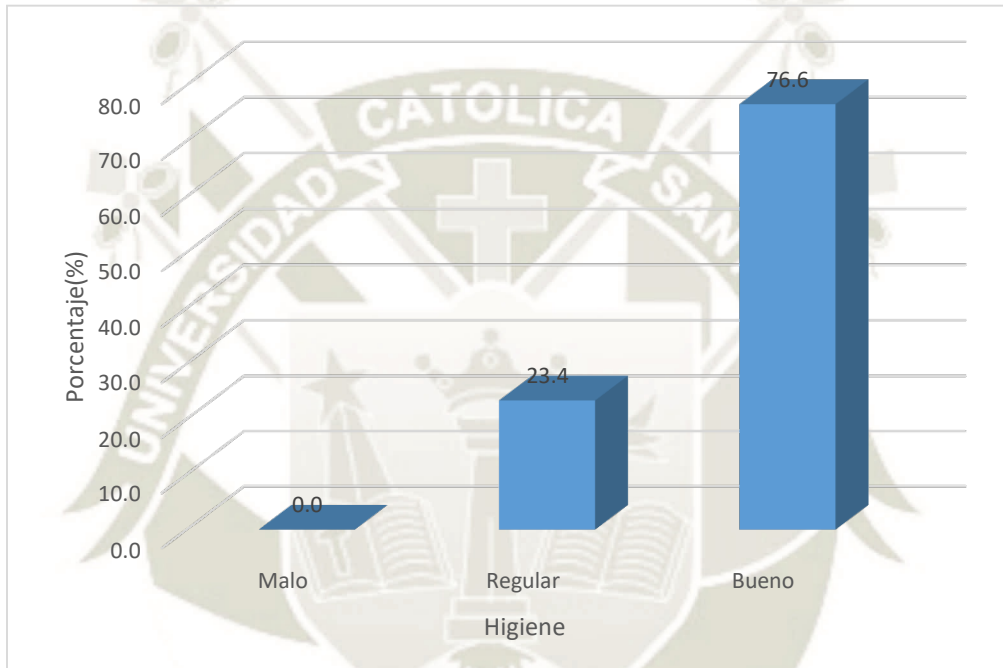
Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N°. 3 muestra que el 76.6% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello presentan buen nivel de conocimiento sobre higiene oral, mientras que el 23.4% de estudiantes tienen nivel de conocimiento regular.

GRÁFICO N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO SOBRE HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020



Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

TABLA N°. 4

**NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO SOBRE DIETA DE LOS
NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ÍTALO
PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020**

Dieta	N°.	%
Malo	4	5,2
Regular	56	72,7
Bueno	17	22,1
TOTAL	77	100

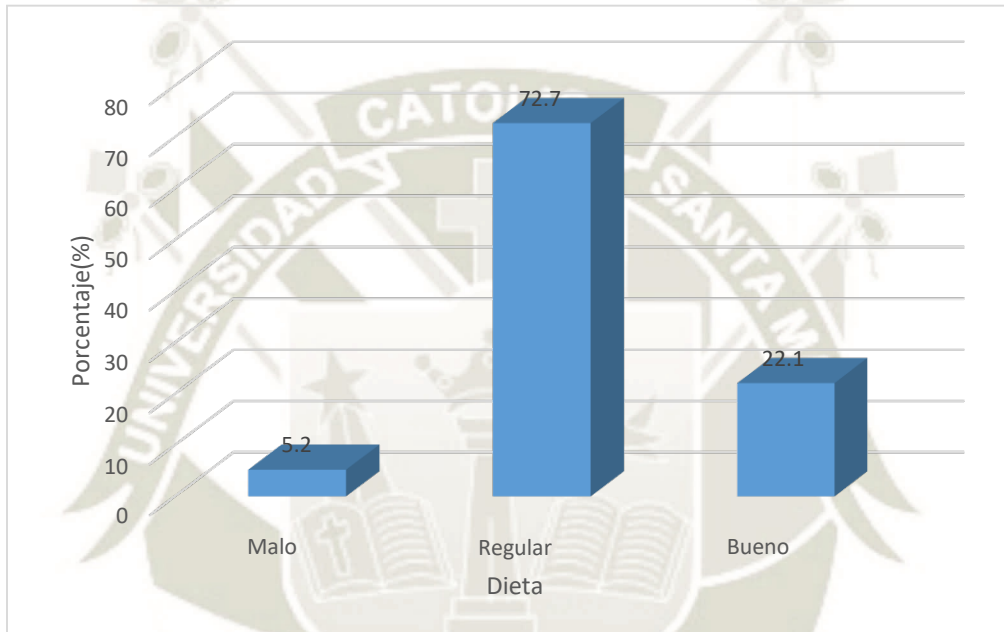
Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N°. 4 muestra que el 72.7% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello presentan nivel de conocimiento regular sobre la dieta, seguido del 22.1% de estudiantes con buen nivel de conocimiento, mientras que solo el 5.2% de estudiantes tienen mal nivel de conocimiento.

GRÁFICO N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO SOBRE DIETA DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020



Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

TABLA N°. 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO DE SALUD ORAL EN LOS
NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ÍTALO
PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020**

Salud oral	N°.	%
Malo	1	1,3
Regular	21	27,3
Bueno	55	71,4
TOTAL	77	100

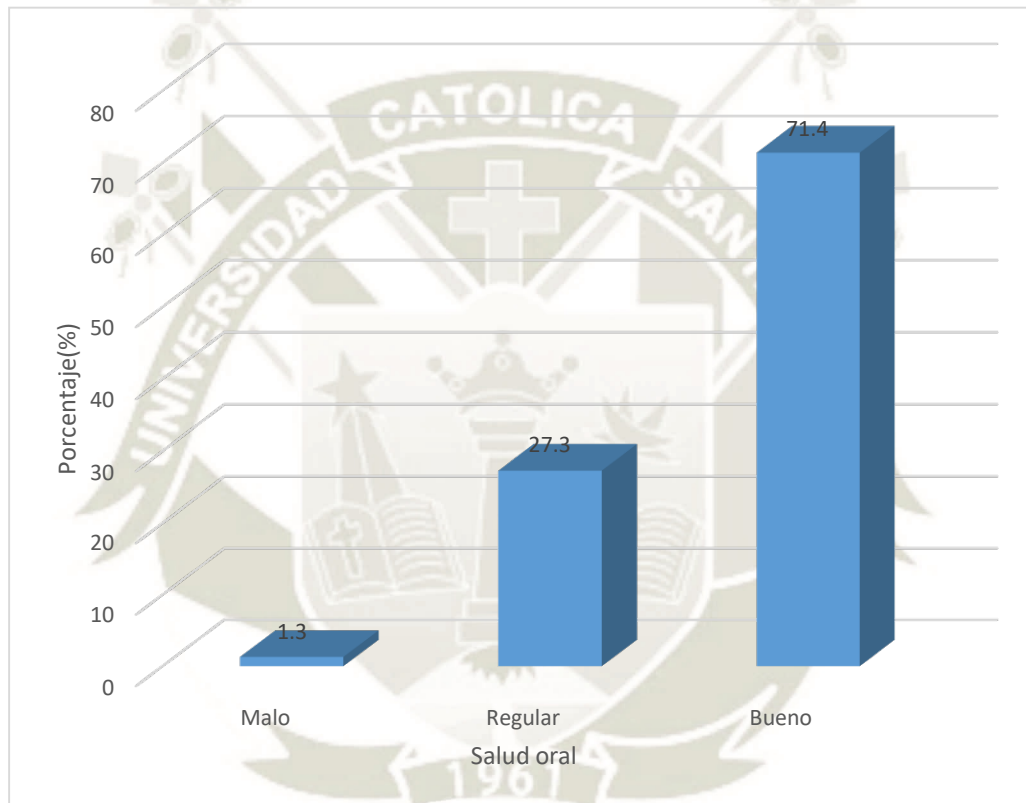
Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N°. 5 muestra que el 71.4% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello presentan buen nivel de conocimiento sobre salud oral, seguido del 27.3% de estudiantes con conocimiento regular, mientras que solo el 1.3% presentaron mal nivel de conocimiento.

GRÁFICO N° 5

NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO DE SALUD ORAL EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020



Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

TABLA N°. 6

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO DE
HIGIENE ORAL Y LA EDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL
COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020**

Edad	Higiene						TOTAL	
	Malo		Regular		Bueno		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
10-11 años	0	0,0	4	5,2	12	15,6	16	20,8
12-13 años	0	0,0	3	3,9	11	14,3	14	18,2
14-15 años	0	0,0	7	9,1	19	24,7	26	33,8
16-17 años	0	0,0	4	5,2	17	22,1	21	27,2
TOTAL	0	0,0	18	23,4	59	76,6	77	100

$X^2=0.45$ $P>0.05$ $P=0.93$

Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

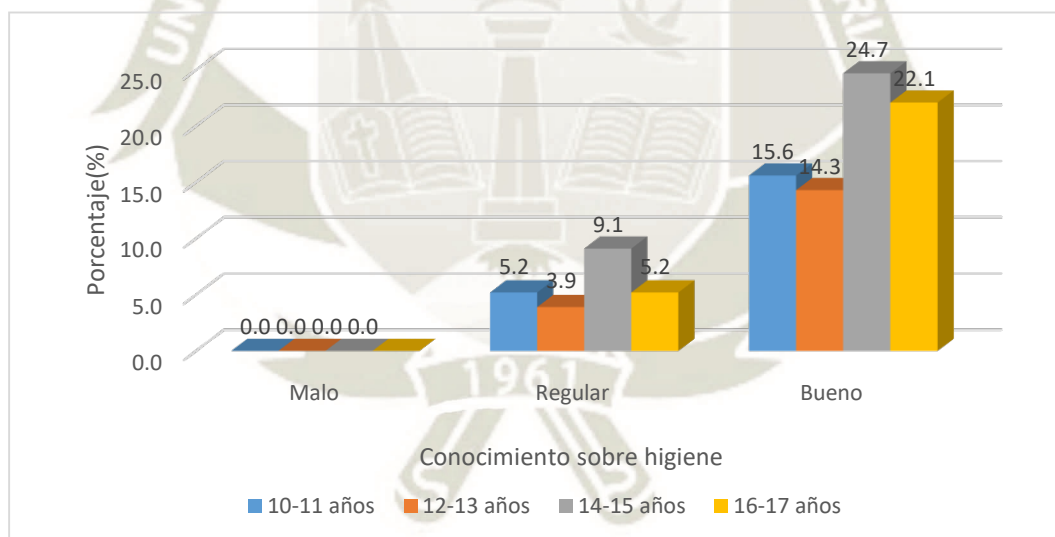
INTERPRETACIÓN:

La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.45$) muestra que el conocimiento sobre higiene oral y la edad de los estudiantes no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 24.7% de los niños y adolescentes del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello con buen nivel de conocimiento sobre higiene oral tienen entre 14 a 15 años, mientras que el 5.2% de estudiantes con conocimiento regular tienen entre 10 – 11 años.

GRÁFICO N° 6

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO DE HIGIENE ORAL Y LA EDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020



Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

TABLA N° 7

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO
SOBRE LA DIETAY LA EDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL
COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020**

Edad	Dieta						TOTAL	
	Malo		Regular		Bueno		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
10-11 años	3	3,9	10	13,0	3	3,9	16	20,8
12-13 años	1	1,3	12	15,6	1	1,3	14	18,2
14-15 años	0	0,0	19	24,7	7	9,1	26	33,8
16-17 años	0	0,0	15	19,5	6	7,8	21	27,2
TOTAL	4	4,2	56	72,7	17	22,1	77	100

$X^2=10.93$ $P>0.05$ $P=0.05$

Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

INTERPRETACIÓN:

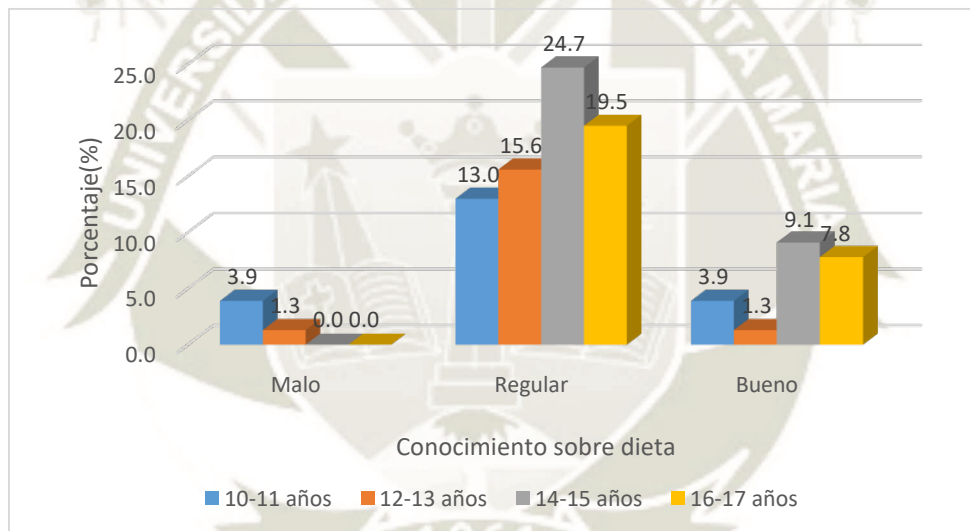
La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.93$) muestra que el conocimiento sobre dieta y la edad de los estudiantes presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo se observa que el 24.7% de los niños y adolescentes del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello con nivel de conocimiento regular sobre dieta

tienen entre 14 a 15 años, mientras que el 7.8% de estudiantes con buen nivel de conocimiento tienen entre 16-17 años.

GRÁFICO N° 7

**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO A NIVEL PREVENTIVO
SOBRE LA DIETA Y LA EDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL
COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020**



Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

TABLA N° 8

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL A NIVEL PREVENTIVO Y LA EDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020

Edad	Salud oral						TOTAL	
	Malo		Regular		Bueno		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
10-11 años	1	1,3	4	5,2	11	14,3	16	20,8
12-13 años	0	0,0	5	6,5	9	11,7	14	18,2
14-15 años	0	0,0	8	10,4	18	23,4	26	33,8
16-17 años	0	0,0	4	5,2	17	22,1	21	27,2
TOTAL	1	0,0	21	27,3	55	7,4	77	100

$X^2=5.25$ $P>0.05$ $P=0.51$

Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

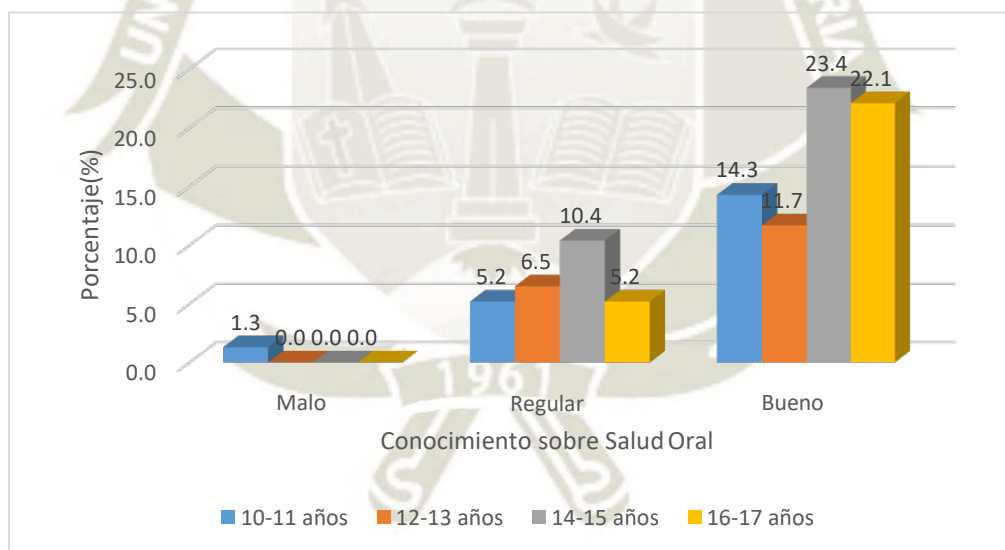
INTERPRETACIÓN:

La Tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.25$) muestra que el conocimiento sobre salud oral y la edad de los estudiantes no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo se observa que el 23.4% de los niños y adolescentes del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello con buen nivel de conocimiento sobre salud oral tienen entre 14 a 15 años, mientras que el 5.2% de estudiantes con nivel de conocimiento regular tienen entre 10-11 años.

GRÁFICO N°8

RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD ORAL A NIVEL PREVENTIVO Y LA EDAD DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL COLEGIO ÍTALO PERUANO SANTA MARÍA MAZZARELLO, AREQUIPA – 2020



Fuente: Elaboración Propia. Matriz de datos.

DISCUSIÓN

La presente investigación la inicié con la intención de determinar el nivel de conocimiento en salud oral a nivel preventivo en niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Italo Peruano Santa María Mazzarello, Arequipa – 2020.

Los resultados generales mostraron que el 23.4% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del colegio ítalo peruano Santa María Mazzarello cursan el quinto año de secundaria, seguido del 19.5% de estudiantes que pertenecen al segundo se secundaria, el 13.0% están en cuarto de secundaria, mientras que solo el 6.5% pertenecen a cuarto de primaria. El 33.8% de los niños y adolescentes tienen entre 14 a 15 años, seguido del 27.2% tienen entre 16 a 17 años, el 20.8% de estudiantes tienen entre 10 a 11 años, mientras que solo el 18.2% tienen entre 12 a 13 años.

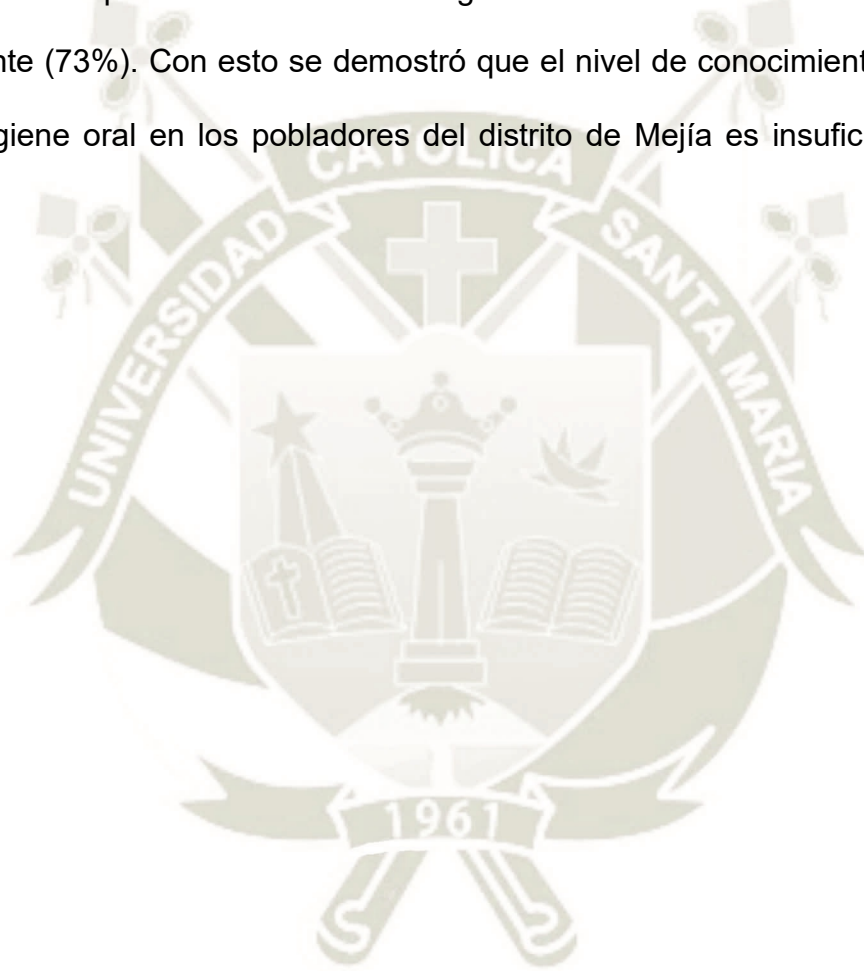
Respondiendo al primer objetivo muestra que el 76.6% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del Colegio Italo Peruano Santa María Mazzarello presentan buen nivel de conocimiento sobre higiene oral, mientras que el 23.4% de estudiantes tienen nivel de conocimiento regular. Fredy Quezada Bellido y María Victoria Espinoza Salcedo en su estudio titulado “Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II – Trujillo” concluyeron que el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa en ambos grupos fue deficiente y regular 15 (60%); inmediatamente después se elevó a bueno en 18(72%) y al mes aumentó a 20 (80%). El IHO antes de la intervención en ambos grupos fue malo (100%), después de la intervención en el grupo

experimental se elevó a regular en 24 (96%) y al mes se elevó a bueno en 18 (72%) y regular 7(28%) (36).

Con respecto al segundo objetivo el 72.7% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del colegio ítalo peruano Santa María Mazzarello presentan nivel de conocimiento regular sobre la dieta, seguido del 22.1% de estudiantes con buen nivel de conocimiento, mientras que solo el 5.2% de estudiantes tienen mal nivel de conocimiento. Juan Carlos Ávalos Márquez realizó una investigación similar y concluyó que que mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en salud oral (72,4%), seguido por “bueno” (22,4%). En cuanto a la calidad de la higiene oral, la mayor parte de la muestra presentó un “mala” (59,2%), seguido por “regular” (38,2%). No se encontró relación entre el nivel de conocimientos en salud oral y la calidad de la higiene oral (P: 0,360) (37).

En cuanto al tercer objetivo el 71.4% de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del colegio ítalo peruano Santa María Mazzarello presentan buen nivel de conocimiento sobre salud oral, seguido del 27.3% de estudiantes con conocimiento regular, mientras que solo el 1.3% presentaron mal nivel de conocimiento. Milner Morel Barrios et. al en su investigación titulada Nivel de conocimientos sobre salud oral e índice de caries en adolescentes de una escuela en Piruyu, Paraguay concluyeron que el 62,9% fueron varones y el 37,1% fueron mujeres. El índice CPO-D fue de 2,24y el índice de caries de 1,17 (35). Presentaron al menos un diente perdido el 42,8% de los adolescentes. El 93,98% de pérdidas correspondió a primeros molares permanentes. El puntaje promedio de conocimiento fue 17,31 (DE=4,48). El 54,30% tuvieron nivel de conocimientos suficiente. Resultados

similares los obtuvo Carlos Alberto Aspilcueta Effio quien concluyó en su investigación que frente a elementos de higiene oral indico un nivel de conocimiento regular (41.7 %), respecto a los hábitos de higiene oral se obtuvo un nivel insuficiente con el 46.3%, en patología oral se obtuvo también un nivel insuficiente (62%), con respecto a técnicas de higiene oral también se obtuvo un nivel insuficiente (73%). Con esto se demostró que el nivel de conocimientos generales sobre higiene oral en los pobladores del distrito de Mejía es insuficiente (66.3%) (38).



CONCLUSIONES

PRIMERA: Casi tres cuartas partes de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del colegio ítalo peruano Santa María Mazzarello presentan buen nivel de conocimiento sobre salud oral, seguido del 27.3% de estudiantes con conocimiento regular, mientras que solo el 1.3% presentaron mal nivel de conocimiento.

SEGUNDA: La mayoría de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del colegio ítalo peruano Santa María Mazzarello presentan buen nivel de conocimiento sobre higiene oral, mientras que el 23.4% de estudiantes tienen nivel de conocimiento regular.

TERCERA: Más de la mitad de los niños y adolescentes de 10 a 17 años del colegio ítalo peruano Santa María Mazzarello presentan nivel de conocimiento regular sobre la dieta, seguido del 22.1% de estudiantes con buen nivel de conocimiento, mientras que solo el 5.2% de estudiantes tienen mal nivel de conocimiento.

RECOMENDACIONES

1. Es trascendental que el Ministerio de Salud realice charlas de educación odontológica en colegios tanto a padres como a los alumnos, ya que, el conocimiento que se pueda otorgar en estas charlas sería primordial para crear buenos hábitos en los niños y en sus familias.
2. Plantear a todas las facultades de odontología de Arequipa, comenzando por la facultad de odontología de la Universidad Católica de Santa María, organizar charlas odontológicas a los centros educativos, tanto al personal del colegio como son los profesores, como a los padres de familia y alumnos para que en conjunto puedan educar a los niños y adolescentes a crear buenos hábitos de higiene oral.
3. Que, el presente trabajo de investigación pueda ser realizado en otros colegios de todos los sectores socioeconómicos para poder tener un conocimiento real de las deficiencias y aciertos que tiene la educación odontológica en Arequipa para poder implementar campañas de concientización.



III. REFERENCIA

1. Organización Mundial de la Salud.(2004). Centro de prensa. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/#:~:text=L a%20caries%20dental%20es%20tambi%C3%A9n,vida%20son%20considerables%20y%20costosos.>
2. "Conocimiento". (2020). Julia Máxima Uriarte. Caracteristicas.co. Última edición. <https://www.caracteristicas.co/conocimiento/>.
3. Conocimiento. (1979). Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena. (2do Tomo). España: Editorial Ramón Sopena, S.A.
4. González Sánchez J. (2014). Los niveles de conocimiento. El Aleph en la innovación curricular. Scielo.
5. González Sánchez, J. (2014). Los niveles de conocimiento. El Aleph en la innovación curricular. A dos tintas. Scielo.
6. Dr. Pablo Neira. (2017). Los 3 tipos de prevención en odontología. Prevención en Odontología. Centro de especialidades Odontológicas.
7. Cerón Bastidas, X. A. (2018). Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. CES Odontología.
8. Magnusson.B.O. (1985). Odontopediatría. Enfoque sistemático. Barcelona, España: Salvat Editores, S.A.
9. Higashida Hirose. B. (2009). Odontología Preventiva: Problemas de salud bucal en América e importancia de la prevención. (2da ed.). México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores.

10. FORREST, John. (1983). *Odontología Preventiva*. (2da ed.). Australia: Editorial el Manual Moderno. Pag. 344
11. Yankell, S. L., & Emling, R. C. (1978). *Understanding dental products: What you should know and what your patient should know*. *U Pa Cont Dent Educ*, 1:1–43.
12. Hotta, M., Yoshida, T., Sekine, I., Imada, S., & Sauo, A. (1997). Evaluación de las cerdas del cepillo de dientes de punta cónica con respecto a la eficacia del acceso subgingival. *J Clin Dent*.
13. Bass, C. C. (1948). Las características óptimas de los cepillos de dientes para la higiene bucal personal. *Dent Items Int*.
14. Harrys. N.O, Garcia-Godoy. F. (2005). *Odontología preventiva primaria: Cepillos dentales y métodos de cepillado*. Mexico D.F. Editorial Manual Moderno.
15. Rizzo Rubio L.- Torres Cadavid A.- Martínez Delgado C. (2016). Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Scielo.
16. FORREST, John. (1983). *Odontología Preventiva*. (2da ed.). Australia: Editorial el Manual Moderno. Pag 357
17. Barba González EL, Romo Rodríguez MG, Trujillo Contreras F, Rolón Díaz JC, Fernández Carranza JG, Fuentes Lerma MG. (2015). Estudio comparativo de la técnica de cepillado de Fones para mejorar la higiene bucal en escolares de 7 a 13 años de edad. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

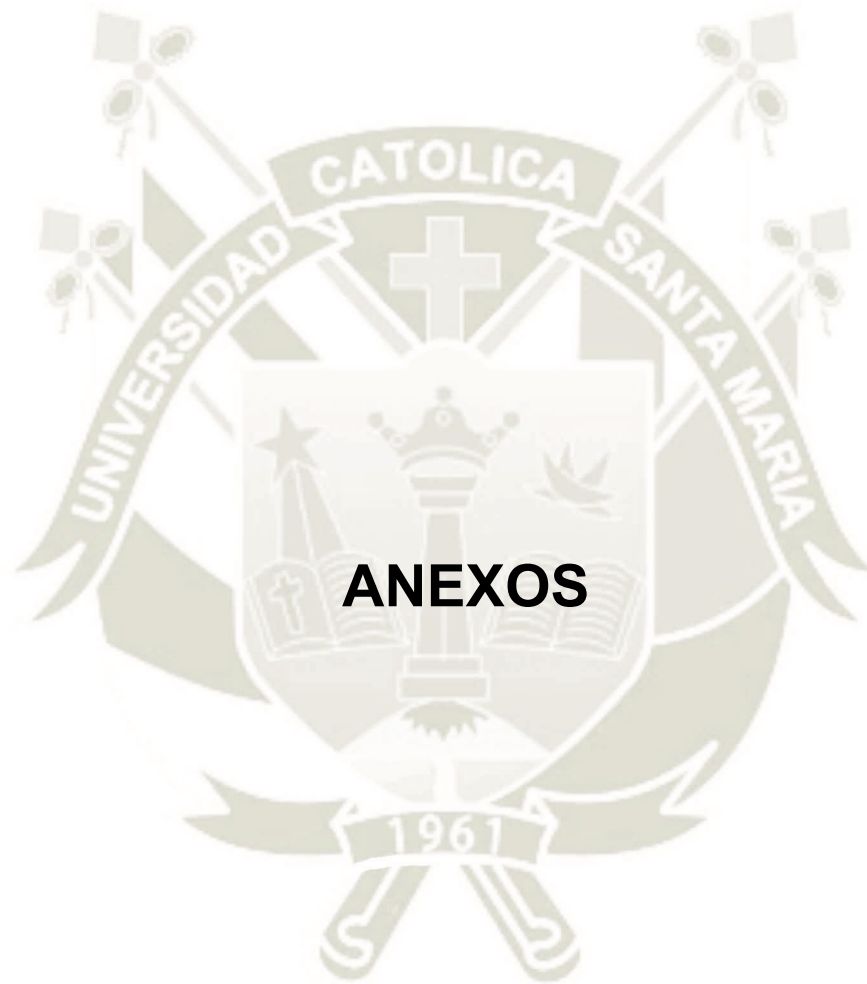
18. Rizzo,L.(2016). Comparación de diferentes técnicas de cepillado para la higiene bucal. Ces odontología. 2016 junio; 2(29).
19. Axelson, P., & Lindhe, J. (1987). Eficacia de los enjuagues bucales en la inhibición de la placa dental y la gingivitis en el hombre. Australia: J Clin Periodontol.
20. Mandel, I. D. (1990). Porque buscar en los dientes: Técnicas de cepillado. USA: JADA.
21. Harrys. N.O, Garcia-Godoy. F. (2005). Odontología preventiva primaria: Cepillos dentales y métodos de cepillado. México D.F. Editorial Manual Moderno.
22. Rivera C. (2010). Pastas Dentales. [http:// www.cesarrivera.cl/pastas-dentales](http://www.cesarrivera.cl/pastas-dentales).
23. Martín. C. (2015). Tipos de pasta dental. Dentisalut. www.dentisalut.com/tipos-pasta-dental/
24. Castejón. N. (2018). Qué son los colutorios bucales. Webconsultas. Revista de salud y bienestar.
25. Bascones A. - Morante S. (2006). Antisépticos Orales. Revisión de la literatura y de la perspectiva actual. Avances en la Periodoncia vol. 18. Madrid.
26. MyDentiss. (2016). ¿Por qué es tan importante acudir al odontólogo? www.mydentiss.es/2345/
27. Capelo Rios D. (2019). "Nivel de conocimiento de padres de familia sobre higiene dental de niños con diagnóstico de caries". Tesis de Titulación. Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador.

28. Cuenca Salas E., Baca García P. (2005). Odontología Preventiva y Comunitaria. Principios Métodos y Aplicaciones. (3ra ed.) España: Masson.
29. Gómez - Álvarez P. (2003, enero). Nutrición y caries: Acción Preventiva. Nutrifarmacia. Vol 17.
30. Lipari A y Andrade P. (2002). Factores de Riesgo Cariogénico. Revista Chilena de Odontopediatría.
31. Gómez - Álvarez P. (2003, enero). Nutrición y caries: Acción Preventiva. Nutrifarmacia. Vol 17.
32. Aliaga Torrico N. (2010). Métodos de evaluación de dieta cariogénica. Tesis de titulación. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
33. P.J. Moynihan. Dietary advice in dental practice. British dental Journal volume 193 N° .10 November 23, 2002.
34. Moya Silva T. y Posso Jacome V. (2020). Efectividad de un programa educativo sobre conocimiento de salud e higiene oral en adolescentes de 12 a 14 años de la Unidad Educativa Antonio Ante. Tesis de titulación. Universidad Central del Ecuador.
35. Morel Barrios, M., Díaz Reissner, C., & Quintana Molinas, M. E. (2019). Nivel de conocimientos sobre salud oral e índice de caries en adolescentes de una escuela de Pirayú, Paraguay. Pediatría (Asunción), 45(3), 212-216.
36. Quezada Bellido F. y Espinoza Salcedo M.E. (2015). Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II – Trujillo. Tesis de titulación. Universidad

Privada Antenor Orrego.

37. Ávalos Márquez J.C. , Huilca Castillo N., Picasso Pozo M.A. y Gallardo Schultz A. (2015). Nivel de conocimiento en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. Tesis de titulación. Universidad de San Martín de Porres.
38. Aspilcueta Effio C.A. (2013). Nivel de conocimiento sobre Higiene oral en pobladores de 10 a 70 años del distrito de Mejía Arequipa- 2013. Tesis de titulación. Universidad Católica de Santa María.





ANEXO 1

Modelo del consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificado con
DNI nº....., autorizo a mi menor hijo(a),
....., para que forme
parte de la evaluación , para la investigación acerca del nivel de conocimiento
a nivel preventivo sobre salud oral en niños y adolescentes de 10 a 17 años
del colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, realizado por el autor Paula
Elizabeth Vásquez Arancibia, que está llevándose a cabo. Teniendo pleno
conocimiento de los procesos que se realizarán.

Firma:

DNI:

Fecha:

ANEXO 2

Modelo del asentimiento informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., del
grado/año de primaria / secundaria, acepto que mis resultados sean
estudiados y compartidos para la investigación acerca del nivel de
conocimiento sobre salud oral a nivel preventivo en niños y adolescentes de
10 a 17 años del colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, realizado por
el autor Paula Elizabeth Vásquez Arancibia, que está llevándose a cabo.
Teniendo pleno conocimiento de los procesos que se realizarán.

Fecha:

ANEXO 3

Modelo del instrumento

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL A NIVEL PREVENTIVO

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

Introducción

La presente encuesta forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud oral de los alumnos del Colegio Ítalo Peruano Santa María Mazzarello, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera consciente.

I. Instrucciones:

Leer y marcar cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una circulo dentro de la letra o resaltando la respuesta que crea que es adecuada para usted, por favor conteste con una sola respuesta.

HIGIENE ORAL:

1) ¿Es importante lavarse los dientes?

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco importante
- d) No es importante

2) ¿Qué es la Higiene Oral?

- a) Es la limpieza y el cuidado de los dientes
- b) Es la limpieza y el cuidado de los dientes y encías
- c) Es el cuidado de las encías
- d) Es la limpieza de encías y de los dientes

3) ¿Cuáles consideras que son elementos de higiene oral?

- a) Colutorios, pasta dental, hilo dental.
- b) Cepillo dental y pasta dental.
- c) Cepillo dental, pasta dental, hilo dental y colutorios (enjuagues bucales).
- d) Hilo dental y colutorios (enjuagues bucales).

4) ¿Dónde es el primer lugar en el cual se crea hábitos de higiene oral?

- a) En el colegio
- b) Cuando visito al odontólogo
- c) En casa con los papas y/o familia.
- d) No es necesario crear hábitos de higiene oral

5) Según las imágenes, ¿Cuál es el cepillo dental que utilizas como base de tu cepillado dental?



e) Ninguno de los anteriores.

6) ¿Cuándo se debe cambiar de cepillo?

- a) Cuando las cerdas empiecen a abrirse.
- b) Cuando las cerdas pierdan color.
- c) Cada 6 meses.
- d) Cada 3 meses.

7) ¿Cuándo debes lavarte la boca?

- a) No me debo lavar.
- b) 1 vez al día.
- c) 2 veces al día.
- d) Después de cada comida.

- 8) ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?
- a) 30 segundos.
 - b) 1 minuto.
 - c) 2 minutos.
 - d) 3 minutos a más.
- 9) ¿Cómo es tu técnica de cepillado dental?
- a) Horizontal (de un lado a otro)
 - b) Vertical (de arriba hacia abajo / de abajo hacia arriba)
 - c) Combinada (horizontal, vertical, circular)
 - d) Circular (en círculos por toda la boca)
- 10) ¿Qué características principales debe tener el cepillo dental ideal?
- a) Mango recto anatómico con cerdas semiduras o medias que cuente con limpiador de lengua.
 - b) Debe tener colores llamativos con mango recto
 - c) Debe tener cerdas suaves con diseños llamativos
 - d) Cualquier cepillo está bien.
- 11) ¿Qué es la pasta dental?
- a) Principal elemento de higiene oral
 - b) Crema o gel que se emplea para la limpieza de los dientes y encías como complemento del cepillo dental.
 - c) Crema o gel que se emplea como principal elemento de higiene oral.
 - d) Crema o gel que se emplea para la limpieza de las encías.
- 12) ¿Qué pasta dental debes usar?
- a) No uso
 - b) Pasta dental medicada
 - c) Cualquier pasta dental comercial estándar (Colgate-oral B- Kolinos- etc)
 - d) Pasta dental de niños

13) ¿Qué es el hilo dental?

- a) Principal elemento de higiene oral el cual es usado para retirar pequeños trozos e comida y placa dental entre los dientes.
- b) Conjunto de finos hilos de nylon o plástico usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental entre los dientes. Complemento del cepillado dental.
- c) Hilo que se usa para la higiene oral.
- d) Conjunto de filamentos de plástico que es complemento del cepillado dental.

14) ¿Cada cuánto se usa el hilo dental?

- a) Cuando compran en mi casa
- b) Una vez al día.
- c) Antes de cada cepillado para retirar los restos de comida que el cepillado no pudo retirar.
- d) No se usa hilo dental para la higiene oral.

15) ¿Que son los enjuagues bucales (colutorios)?

- a) Solución que sirve para eliminar el aliento desagradable.
- b) Es un líquido que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias y microorganismos causantes de caries y eliminar el aliento desagradable.
- c) Principal elemento de higiene oral que suele usarse para mantener una buena higiene oral y elimina las bacterias causantes de las caries.
- d) Elemento de higiene oral que elimina las bacterias y microorganismos causantes de las caries.

16) ¿Cada cuánto usas enjuagues bucales (colutorios)?

- a) Cuando compran en casa.
- b) Después del cepillado dental para complementar la higiene oral.
- c) Una vez al día.
- d) Una vez a la semana.

CONSULTAS AL ODONTÓLOGO:

17) ¿Cuántas veces se debe visitar al odontólogo?

- a) Una vez al año
- b) Cada 6 meses
- c) Una vez al mes
- d) Solo cuando hay dolor.

DIETA:

18) ¿Qué alimentos son importantes para mantener los dientes sin caries?

- a) Todos los alimentos.
- b) Chocolates, dulces, gaseosas.
- c) Frutas y verduras.
- d) Grasas.

19) ¿Cuál de estos componentes es el que produce las caries principalmente?

- a) Arroz
- b) Azúcar
- c) Verduras
- d) Carnes

20) ¿Para la prevención de caries que es lo más importante?

- a) Tener una buena higiene oral e ir al odontólogo periódicamente.
- b) Comer sano
- c) Las caries no se pueden prevenir
- d) A y b son correctas

ANEXO 4

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EXPERTOS

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Figueroa Bendaí Rifo Alberto
 1.2. Cargo e Institución donde labora : U. C. S. M. Docente
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : CUESTIONARIO
 1.4. Autor del Instrumento : Puello E. Vazquez Arancibia

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología			✓		
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada			✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.			✓		
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.			✓		

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha: Arequipe 2020/11/07

.....
Firma del Experto Informante

DNI 30862017 Teléfono No 979352521

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Barruda Salinas Claudia Keilee "
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Directora Clínica "Centro Odontológico Kids"
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Asesoría
 1.4. Autor del Instrumento : Paula Elizabeth Vargas Aranzibia

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					✓
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.					✓
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha:

Arequipe 14/11/20

.....
Firma del Experto Informante

40043218

DNI

985007239

Teléfono No

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Gallops Jamie Jaime
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Docente UCSM
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Cuestionario
 1.4. Autor del Instrumento : Paula Elizabeth Vargas Arancibia

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.			✓		
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables			✓		
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada			✓		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					✓
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.			✓		
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.			✓		
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.			✓		

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha: Arequipa 11/11/20

.....
Firma del Experto Informante

DNI 02402733 Teléfono No 959964517

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Bernal Riquelme, Paul
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Docente Auxiliar UCSM
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : Cuestionario
 1.4. Autor del Instrumento : Paula Elizabeth Graella, Vásquez Aruacibia

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables				✓	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				✓	
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada					✓
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.				✓	
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.				✓	
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.					✓
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.				✓	
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.				✓	

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
✓		

Lugar y fecha: ASP noviembre 10 de 2020

.....
Firma del Experto Informante

DNI
29641245

Teléfono No
959992848

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y Nombres del Informante : Ernesto Aragón Vela
 1.2. Cargo e Institución donde labora : Ministerio Público - Consulta Privada
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación : CUESTIONARIO
 1.4. Autor del Instrumento : Paula Elizabeth Graciela Viquez Arancibia

II. ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	CALIFICACIÓN				
		Deficiente 01-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					X
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					X
4. ORGANIZACIÓN	Presentación Ordenada					X
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					X
6. PERTINENCIA	Permitirá conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados					X
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					X
8. ANALISIS	Descompone adecuadamente las variables/ Indicadores/ medidas.					X
9. ESTRATEGIA	Los datos por conseguir responden los objetivos de investigación.					X
10. APLICACIÓN	Existencia de condiciones para aplicarse.					X

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: (Marcar con una aspa)

APROBADO	DESAPROBADO	OBSERVADO
X		

Lugar y fecha: Arequipa, 11/11/2020

Firma del Experto Informante

Dr. Ernesto Aragón Vela
 Esp. ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR
 COP. 14556 RNE: 198

DNI

40060011

Teléfono No

989677280

ANEXO 5



Universidad Católica
de Santa María

*"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)*

Arequipa, 12 de noviembre del 2020

OFICIO N° 648 - FO - 2020

Señora Directora:
COLEGIO ITALO PERUANO SANTA MARIA MAZZARELLO
Presente.-

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted con un cordial saludo y para presentarle la Srta. PAULA ELIZABETH GRACIELA VASQUEZ ARANCIBIA, estudiante de la Facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, quien se encuentra desarrollando su tesis titulada "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE 10 A 17 AÑOS DEL COLEGIO ITALO PERUANO SANTA MARIA MAZZARELLO, AREQUIPA-2020."

En tal sentido, solicito a usted se sirva otorgar su autorización y permiso, a fin de que nuestra estudiante pueda realizar la aplicación de cuestionario, lo cual permitirá lograr su objetivo académico.

Agradeciéndole por la atención a la presente, hago propicia la oportunidad para manifestar los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. Herbert Mario Gallegos Vargas
Decano
Facultad de Odontología
Urb. San José s/n Umaccillo, Arequipa - Perú
www.ucsm.edu.pe

ANEXO 6

MATRIZ DE DATOS

ID	Grado	Edad	Higiene	Hig	Dieta	Diet	SaludOral	Soral
1	4to primaria	10-11 años	5	Regular	1	Malo	6	Malo
2	4to primaria	10-11 años	12	Bueno	4	Bueno	16	Bueno
3	4to primaria	10-11 años	10	Regular	1	Malo	11	Regular
4	4to primaria	10-11 años	6	Regular	1	Malo	7	Regular
5	4to primaria	10-11 años	12	Bueno	4	Bueno	16	Bueno
9	5to primaaria	10-11 años	15	Bueno	3	Regular	18	Bueno
11	5to primaaria	10-11 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
6	5to primaaria	10-11 años	12	Bueno	2	Regular	14	Bueno
7	5to primaaria	10-11 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
8	5to primaaria	10-11 años	12	Bueno	2	Regular	14	Bueno
10	5to primaaria	10-11 años	15	Bueno	3	Regular	18	Bueno
12	5to primaaria	10-11 años	11	Bueno	2	Regular	13	Regular
13	6to primaria	10-11 años	8	Regular	2	Regular	10	Regular
14	6to primaria	10-11 años	14	Bueno	3	Regular	17	Bueno
15	6to primaria	10-11 años	12	Bueno	3	Regular	15	Bueno
17	6to primaria	10-11 años	14	Bueno	4	Bueno	18	Bueno
16	6to primaria	12-13 años	11	Bueno	2	Regular	13	Regular
21	1ro secundaria	12-13 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
23	1ro secundaria	12-13 años	10	Regular	3	Regular	13	Regular

24	1ro secundaria	12-13 años	14	Bueno	4	Bueno	18	Bueno
26	1ro secundaria	12-13 años	12	Bueno	3	Regular	15	Bueno
18	1ro secundaria	12-13 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
19	1ro secundaria	12-13 años	12	Bueno	2	Regular	14	Bueno
20	1ro secundaria	12-13 años	10	Regular	2	Regular	12	Regular
22	1ro secundaria	12-13 años	9	Regular	2	Regular	11	Regular
25	1ro secundaria	12-13 años	15	Bueno	2	Regular	17	Bueno
29	2do secundaria	12-13 años	11	Bueno	1	Malo	12	Regular
35	2do secundaria	12-13 años	12	Bueno	2	Regular	14	Bueno
40	2do secundaria	12-13 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
41	2do secundaria	12-13 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
27	2do secundaria	14-15 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
28	2do secundaria	14-15 años	12	Bueno	4	Bueno	16	Bueno
30	2do secundaria	14-15 años	11	Bueno	2	Regular	13	Regular
31	2do secundaria	14-15 años	7	Regular	3	Regular	10	Regular
32	2do secundaria	14-15 años	10	Regular	3	Regular	13	Regular
33	2do secundaria	14-15 años	12	Bueno	4	Bueno	16	Bueno
34	2do secundaria	14-15 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
36	2do secundaria	14-15 años	15	Bueno	4	Bueno	19	Bueno
37	2do secundaria	14-15 años	12	Bueno	3	Regular	15	Bueno
38	2do secundaria	14-15 años	10	Regular	2	Regular	12	Regular
39	2do secundaria	14-15 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
42	3ro secundaria	14-15 años	8	Regular	4	Bueno	12	Regular

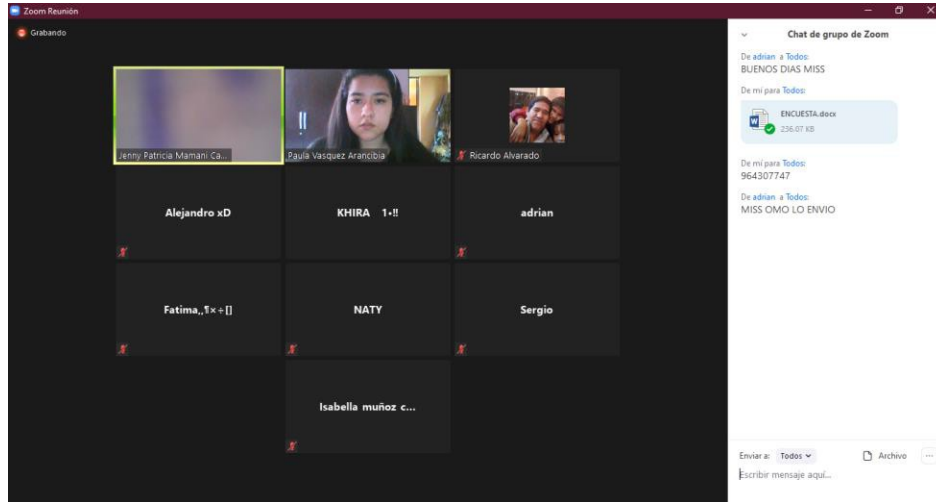
46	3ro secundaria	14-15 años	14	Bueno	4	Bueno	18	Bueno
49	3ro secundaria	14-15 años	10	Regular	2	Regular	12	Regular
43	3ro secundaria	14-15 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
44	3ro secundaria	14-15 años	12	Bueno	2	Regular	14	Bueno
45	3ro secundaria	14-15 años	7	Regular	2	Regular	9	Regular
47	3ro secundaria	14-15 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
48	3ro secundaria	14-15 años	10	Regular	3	Regular	13	Regular
50	4to secundaria	14-15 años	13	Bueno	4	Bueno	17	Bueno
52	4to secundaria	14-15 años	13	Bueno	4	Bueno	17	Bueno
53	4to secundaria	14-15 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
56	4to secundaria	14-15 años	14	Bueno	3	Regular	17	Bueno
58	4to secundaria	14-15 años	12	Bueno	3	Regular	15	Bueno
59	4to secundaria	14-15 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
61	5to secundaria	14-15 años	15	Bueno	2	Regular	17	Bueno
51	4to secundaria	16-17 años	13	Bueno	3	Regular	16	Bueno
54	4to secundaria	16-17 años	11	Bueno	4	Bueno	15	Bueno
55	4to secundaria	16-17 años	10	Regular	3	Regular	13	Regular
57	4to secundaria	16-17 años	12	Bueno	4	Bueno	16	Bueno
60	5to secundaria	16-17 años	13	Bueno	4	Bueno	17	Bueno
62	5to secundaria	16-17 años	12	Bueno	3	Regular	15	Bueno
64	5to secundaria	16-17 años	10	Regular	3	Regular	13	Regular
65	5to secundaria	16-17 años	12	Bueno	3	Regular	15	Bueno
66	5to secundaria	16-17 años	13	Bueno	4	Bueno	17	Bueno

67	5to secundaria	16-17 años	10	Regular	4	Bueno	14	Bueno
70	5to secundaria	16-17 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
72	5to secundaria	16-17 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
73	5to secundaria	16-17 años	12	Bueno	3	Regular	15	Bueno
74	5to secundaria	16-17 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
76	5to secundaria	16-17 años	10	Regular	4	Bueno	14	Bueno
77	5to secundaria	16-17 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
63	5to secundaria	16-17 años	11	Bueno	2	Regular	13	Regular
68	5to secundaria	16-17 años	12	Bueno	3	Regular	15	Bueno
69	5to secundaria	16-17 años	11	Bueno	3	Regular	14	Bueno
71	5to secundaria	16-17 años	14	Bueno	2	Regular	16	Bueno
75	5to secundaria	16-17 años	11	Bueno	2	Regular	13	Regular

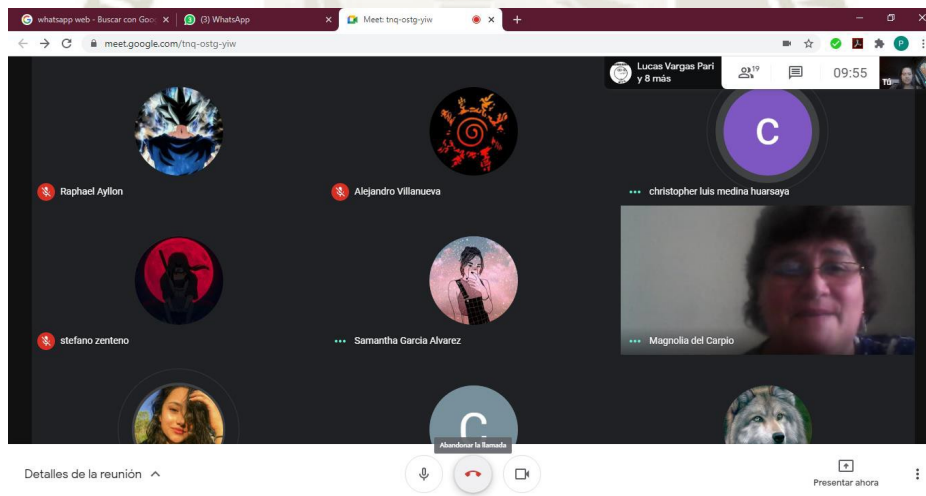
ANEXO 7

FOTOS DE TOMA DE CUESTIONARIO VIRTUAL

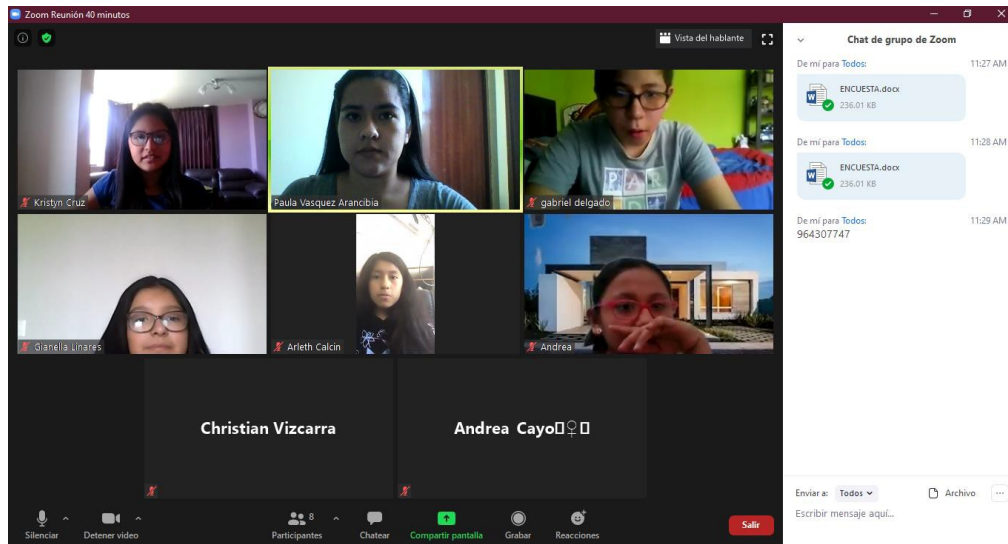
4TO DE PRIMARIA



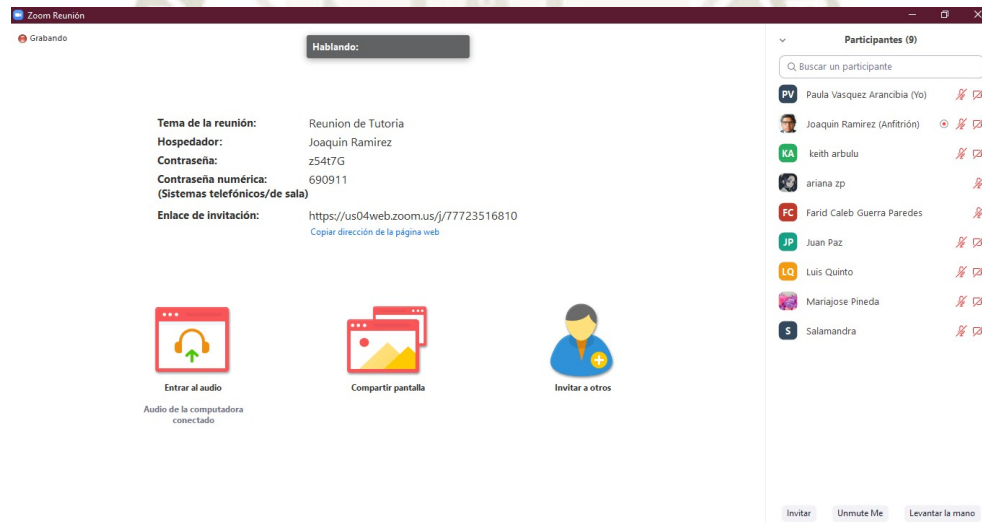
5TO DE PRIMARIA



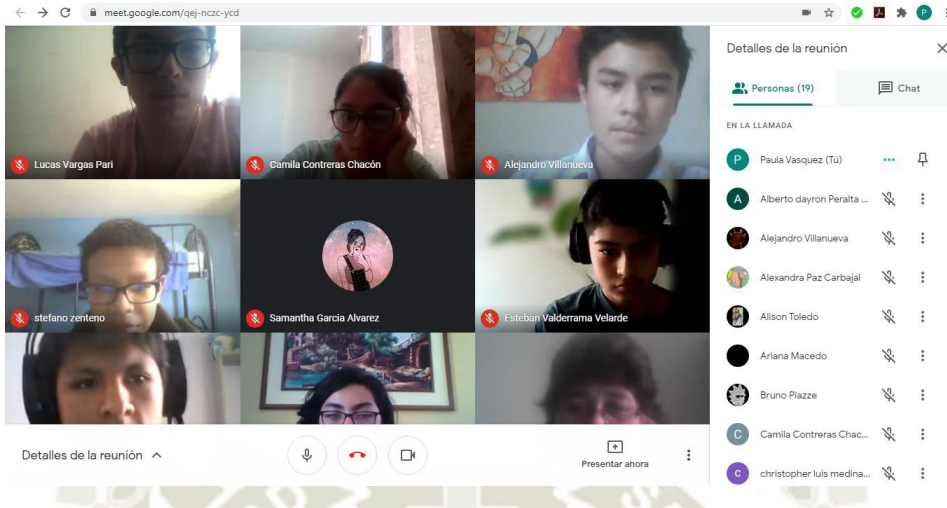
6TO DE PRIMARIA



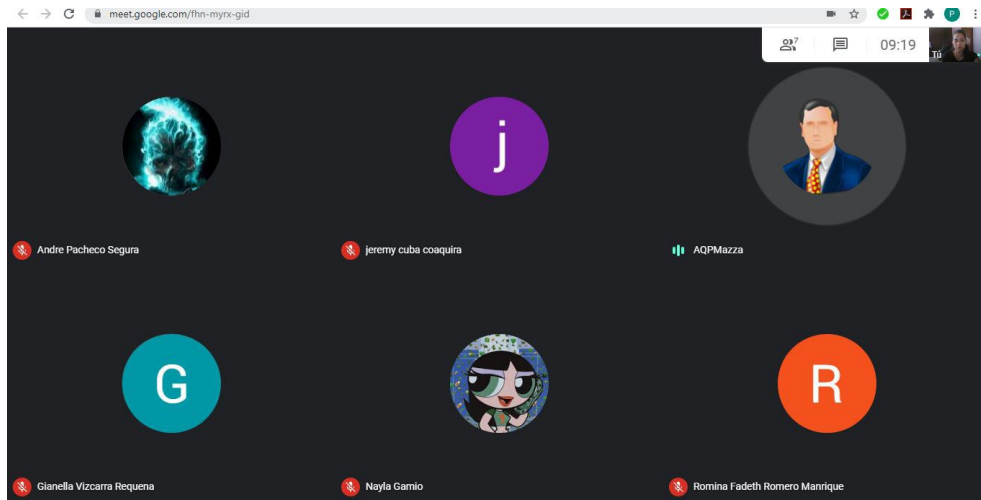
1RO DE SECUNDARIA



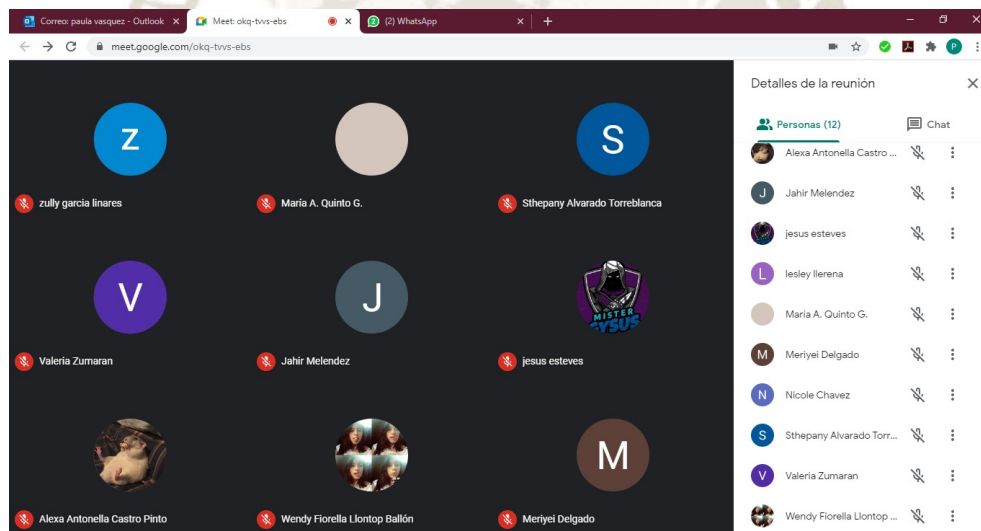
2DO DE SECUNDARIA



3ERO DE SECUNDARIA



4TO DE SECUNDARIA



5TO DE SECUNDARIA

