Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Facultad de Odontología
Escuela Profesional de Odontología

Conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes escolares de Lima-Perú, 2024

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista

AUTOR

Belen Andrea DE LA CRUZ ACOSTA

ASESOR

Dra. Margot Margarita GUTIÉRREZ ILAVE

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

De la Cruz B. Conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes escolares de Lima-Perú, 2024 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Profesional de Odontología; 2025.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Belen Andrea De la Cruz Acosta
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73182634
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-8930-562X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Margot Margarita Gutiérrez Ilave
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09306432
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4900-2571
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	María Angélica Álvarez Paúcar
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07507196
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Margot Margarita Gutiérrez Ilave
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09306432
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Sylvia Antonieta Chein Villacampa
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08832619

Datos de investigación	
Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Edificio: Facultad de Odontología de la UNMSM País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Cercado de Lima Latitud: -12.054583 Longitud: -77.085246
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Mayo 2022 - Abril 2025
URL de disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
VICE DECANATO ACADÉMICO
UNIDAD DE ASESORÍA Y ORIENTACIÓN DEL ESTUDIANTE
(UNAYOE)
"Año del Bicentenario de la Consolidación de muestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

A C T A DE SUSTENTACIÓN

PRESENCIAL N.° 007

Los Docentes que suscriben, reunidos el 21 de abril de 2025 en la ciudad de Lima, siendo las 16:00 horas, por encargo del Señor Decano de la Facultad, con el objeto de constituir el Jurado de Sustentación para optar el Título Profesional de Cirujana Dentista de la Bachiller:

DE LA CRUZ ACOSTA, BELEN ANDREA

CERTIFICAN:

Que, luego de la Sustentación de la Tesis «**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LIMA-PERÚ, 2024**» y habiendo absuelto las preguntas formuladas, demostró un grado de aprovechamiento:

Sobresaliente
(escala)

siendo calificado con un promedio de: Dieciocho (en letras) 18 (en números)

En tal virtud, firmamos en la Ciudad Universitaria, a los veintiún días del mes de abril del año dos mil veinticinco.

PRESIDENTE DEL JURADO

Dra. María Angélica Alvarez Páucar

MIEMBRO SECRETARIO

Mg. Sylvia Antonieta Chein Villacampa

MIEMBRO VOCAL (ASESOR)

Dra. Margot Margarita Gutiérrez Ilave

Escala de calificación: Grado de Aprovechamiento:
Sobresaliente (18-20), Bueno (15-17), Regular (12-14), Desaprobado (11 ó menos)
Criterios: Originalidad, Exposición, Dominio del Tema, Respuestas.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
Vicerrectorado de Investigación y Posgrado

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Margot Margarita Gutiérrez lLave, en mi condición de asesor acreditado de la tesis, cuyo título es **"Conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes escolares de Lima-Perú, 2024",** presentado por el bachiller Belen Andrea De la Cruz Acosta, para optar el título de CIRUJANO DENTISTA.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, evaluación y análisis mediante el software para la detección de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 15% de similitud, nivel **PERMITIDO,** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Lima 8 abril 2025

Firma del Asesor 

DNI: 09306432

Nombres y apellidos del asesor: Margot Margarita Gutiérrez llave

Dedicatoria

A Dios, por su constante guía y protección.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional. A mi hermano, por su ejemplo. En memoria de mis abuelos; Pedro, Alberto y Victoria.

Agradecimientos

A todas aquellas personas que constantemente me demuestran su lealtad, comprensión y apoyo ante toda situación.

A mi asesora de tesis la Dra. Margot Margarita Gutiérrez ILave por su orientación y apoyo constante a lo largo del desarrollo de la presente investigación.

A mis jurados, Dra. María Angélica Álvarez Paúcar y Dra. Sylvia Antonieta Chein Villacampa, por sus importantes aportes para que el presente trabajo sea concluido con éxito.

A las autoridades y alumnos de los colegios “Nuestra Señora de la Merced – Mirones Bajo” y “Trento - Colonial” por colaborar con esta investigación.

A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por brindarme un hogar donde pude crecer como persona, aprender incontables lecciones y formar recuerdos inolvidables.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes escolares de Lima, Perú. **Metodología:** Estudio descriptivo, observacional y transversal; la población estuvo conformada por 278 adolescentes escolares del nivel secundario matriculados en el año académico 2024 en dos instituciones educativas de Lima. Los cuales respondieron el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de salud oral en adolescentes. **Resultados:** El 86% demostraron tener conocimiento sobre etiología de la caries dental y el 83.5% sobre la gingivitis. Reconocen como métodos de prevención, el 87.4% al cepillado dental y el 51.8% al hilo dental. El 92.4% utiliza el cepillo dental y el 91% utiliza además del cepillo, agua y pasta dental para su higiene. Más de la mitad de los adolescentes presentaron una actitud positiva respecto al cuidado de sus dientes y el mantenimiento de la cavidad oral; 53.2% y 52.2%, respectivamente. Los adolescentes del sexo masculino presentaron mayores conocimientos, mientras que las del sexo femenino realizan más prácticas de salud oral. **Conclusión:** Los adolescentes tienen un conocimiento sólido sobre la prevención de enfermedades orales y reconocen la importancia de mantener una buena salud oral. Además, muestran una actitud positiva hacia el autocuidado y llevan a cabo prácticas que la favorecen.

Palabras claves: conocimiento – actitud – práctica – salud oral – estudiantes.

ABSTRACT

Objective: Determine the knowledge, attitudes and practices of oral health in school adolescents from Lima, Peru. **Methodology:** Descriptive, observational and transversal study; the population was formed by 278 secondary school adolescents enrolled in the 2024 academic year in two private educational institutions located in the district of Cercado de Lima, who answered the knowledge, attitudes and practices (KAP) questionnaire of oral health in adolescents. **Results:** The results of this study showed that 86% had knowledge about the etiology of dental caries and 83.5% about gingivitis. The 87.4% recognize tooth brushing and 51.8% flossing as preventive methods. The 92.4% uses a toothbrush and 91% also uses toothpaste and water besides a toothbrush, for their oral hygiene. More than half of the adolescents had a positive attitude towards caring for their teeth and maintaining their oral cavity; 53.2% and 52.2%, respectively. Men showed higher levels of knowledge, while women engaged in more oral health practices. **Conclusion:** Adolescents possess a solid knowledge about the prevention of oral diseases and recognize the importance of maintaining a good oral health. Also, they have a positive attitude towards self-care and they carry out practices that favor it.

Keywords: knowledge – attitude – practice – oral health – adolescent – students.

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN 12
II PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 13
II.1 Área problema 13
II.2 Delimitación del problema 14
II.3 Formulación del problema 16
II.4 Objetivos 16
II.4.1 Objetivo general 16
II.4.2 Objetivos específicos 16
II.5 Justificación 17
II.6 Limitaciones 18
III MARCO TEÓRICO 18
III.1 Antecedentes 18
III.2 Bases teóricas 26
III.2.1 Salud oral 26
III.2.2 Conocimiento 35
III.2.3 Actitudes 39
III.2.4 Práctica 40
III.2.5 Adolescencia 42
III.3 Definición de términos 49
III.4 Operacionalización de variables 50
IV METODOLOGÍA 52
IV.1. Tipo de investigación 52
IV.2. Población y muestra 52
IV.2.1 Población 52
IV.2.2 Criterios de inclusión 52
IV.2.3 Criterios de exclusión 53
IV.3. Procedimiento de recolección de datos 53
IV.3.1 Cuestionario CAP de conocimientos, actitudes y prácticas 54
IV.4. Procesamiento de datos 55
IV.5. Análisis de resultados 55
V RESULTADOS 56

VI DISCUSIÓN 69
VII CONCLUSIONES 74
VIII RECOMENDACIONES 75
IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 76
X ANEXOS 82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Población distribuida según sexo 56

Gráfico 2. Población distribuida según edad 57

Gráfico 3. Población distribuida según centro educativo y lugar de residencia 57

Gráfico 4. Conocimientos sobre salud oral agrupados según respuestas correctas, incorrectas y sin certeza 58

Gráfico 5. Adolescentes que saben si usar hilo dental puede prevenir las caries 60

Gráfico 6. Adolescentes que saben si el uso de flúor puede prevenir las caries 60

Gráfico 7. Actitud de los adolescentes respecto al cuidado de sus dientes 62

Gráfico 8. Actitud de los adolescentes respecto a su conocimiento sobre enfermedad de las encías 62

Gráfico 9. Prácticas en salud oral agrupadas según respuestas correctas, incorrectas y sin certeza 63

Gráfico 10. Tipo de pasta dental que utilizan los adolescentes 65

NDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conocimientos sobre salud oral de la población 59

Tabla 2. Actitudes relacionadas con salud oral de la población 61

Tabla 3. Prácticas relacionadas con salud oral de la población 64

Tabla 4. Relación entre el conocimiento del uso de flúor como agente preventivo de caries y el tipo de pasta dental. 65

Tabla 5. Relación entre el momento de cepillado dental durante el día y la actitud respecto a la importancia de limpiar los dientes 66

Tabla 6. Relación entre el conocimiento del cepillado dental como agente preventivo de caries y elementos utilizados para cepillarse 67

Tabla 7. Actitud sobre el cuidado de los dientes según sexo y lugar de residencia 67

Tabla 8. Uso del cepillo de dientes según sexo y lugar de residencia 68

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01. Cuadro de consistencia 82

Anexo 02. Consentimiento informado 83

Anexo 03. Asentimiento informado 84

Anexo 04. Cuestionario CAP 85

Anexo 05. Prueba de confiabilidad 87

Anexo 06. Solicitud I.E.P N.S.M. Mirones Bajo 88

Anexo 07. Solicitud I.E.P Trento-Colonial 89

Anexo 08. Acta Comité de Ética 90

Anexo 09. Tablas de resultados 91

I INTRODUCCIÓN

La salud oral es un componente fundamental del bienestar general, cuya protección es esencial para prevenir enfermedades orales tales como la caries dental y la gingivitis, que perjudican a millones de personas en todo el mundo.

La adolescencia es una etapa crucial en el desarrollo humano, marcada por múltiples cambios afectados por el entorno social y emocional, en donde el adolescente toma decisiones y elige comportamientos que pueden formar hábitos perdurables en la vida adulta.

En los últimos años, se ha observado un aumento en la prevalencia de problemas orales, principalmente caries dental y gingivitis, en este grupo poblacional [(1)]. Dichas patologías pueden ser consecuencia de la falta de conocimiento o un inadecuado comportamiento. El poseer educación sobre la salud, permite disminuir la aparición de enfermedades orales, debido a que un mayor conocimiento produce más actitudes positivas [(2)].

En este contexto, el objetivo de la presente investigación es determinar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con salud oral en adolescentes escolares, que puedan ser de utilidad para diseñar estrategias educativas y planes de promoción de la salud oral dirigidos a mejorar los hábitos de higiene oral en adolescentes.

II PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

II.1 Área problema

La salud oral forma parte esencial en la vida de las personas; un correcto desempeño de las funciones orales, como la deglución, fonación y estética, influye en el bienestar general del ser humano.

El proceso para lograr una óptima salud oral se desarrolla a lo largo del ciclo vital que tiene su inicio en la infancia, atraviesa cambios en la adolescencia y se consolida en la adultez [3]. En él, intervienen un conjunto de factores biológicos, cognitivos, sociales, culturales, económicos y comportamentales. La pubertad da inicio a la adolescencia con cambios físicos y biológicos. Además, transitan del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, adquiriendo una capacidad razonable y analítica. A nivel social, se va estableciendo la independencia de los padres y se busca modelos a seguir. Adicional a esto, el comportamiento es influenciado por sus pares y nuevos estilos de vida [3].

La adolescencia, definida por la Organización Mundial de la Salud, como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y 19 años de edad, es una fase compleja que atravesamos las personas en la cual se producen cambios físicos, mentales y sociales.

Durante la adolescencia, se da la etapa de elaboración de la identidad definitiva. Ello supone un trabajo mental lento, lleno de dificultades que hacen de la adolescencia un episodio del que casi todo el mundo se avergüenza [4]. Es una fase vulnerable para el surgimiento de conductas de riesgo y enfermedades. Por

ello, el compromiso del manejo de los riesgos presentes debe ser por parte de todos los profesionales de la salud.

Los programas educativos dirigidos hacia una población en específico, tendrán poco porcentaje de éxito si no se consideran las características sociodemográficas de dicha población, ya que pueden influir en su comportamiento y ser causa de distintos problemas de salud.

II.2 Delimitación del problema

La adolescencia es la etapa en donde se establecen las actitudes y prácticas respecto a salud oral, que pueden perdurar hasta la adultez, las cuales tienen su origen en el conocimiento adquirido en la infancia mediante la influencia del entorno.

Las conductas de riesgo comunes en la adolescencia, tales como inadecuada alimentación, consumo de sustancias nocivas, higiene oral deficiente y la ausencia de visitas a la consulta odontológica, pueden afectar significativamente la salud y calidad de vida; por esta razón, planificar y ejecutar actividades educativas, cuyo objetivo es modificar dichas conductas de riesgo, resulta fundamental. Para que las intervenciones sean efectivas y generen transformaciones conductuales significativas es necesario realizar un diagnóstico previo de los factores predisponentes que pueden influir en el comportamiento en salud, entre ellos, los conocimientos, actitudes y prácticas existentes en la población adolescente [3].

El conocimiento se define como la información adquirida por el ser humano a través de la experiencia o la educación [5]. Por su parte, la práctica es entendida

como el ejercicio de lo aprendido, que surge a partir del conocimiento. Y la actitud se describe como una disposición constante positiva o negativa hacia una idea, acción, persona u objeto [6].

Los adolescentes desempeñan un rol fundamental en su salud, sin embargo, es necesario que los odontólogos contribuyan también en su educación sanitaria. No solo proporcionando información teórica sobre salud oral, sino también involucrarse activamente en su salud, fomentando cambios positivos en su comportamiento. La educación que brindan debe garantizar que las acciones realizadas por los adolescentes sean percibidas como útiles y pertinentes para ellos [3].

Entre las teorías educativas más utilizadas para predecir comportamientos relacionados con el autocuidado en salud se encuentra el Método de Creencias en Salud [3]. Este modelo destaca la influencia de los procesos cognitivos en los cambios de las prácticas y actitudes.

Se encuentran diversos instrumentos que miden independientemente los conocimientos, actitudes o prácticas en salud oral como el cuestionario de Dho [7] que mide conocimientos de salud oral relacionados al nivel socioeconómico. Sin embargo, el cuestionario CAP permite medir los tres al mismo tiempo [8], su eje de acción se basa en identificar el nivel personal de conocimiento que posee un individuo sobre higiene oral, las actitudes respecto a salud oral y las prácticas que surgen a raíz de los conceptos ya mencionados [6].

Al considerar la misión de la odontología; prevenir, mantener y devolver la salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida, es preciso adaptar

continuamente múltiples aspectos de esta profesión para alcanzar dicha meta, especialmente en los grupos de “riesgo”. Donde encontramos al grupo de los adolescentes [9], que se denominan así por tener ciertas características que facilitan el establecimiento de enfermedades orales con mayor frecuencia, a pesar de que se encuentren en una etapa de mayor salud y vitalidad, también es un periodo de riesgo para su salud oral [10].

En este contexto, el presente estudio pretende analizar la salud oral de los adolescentes escolares de dos instituciones educativas particulares, a través de tres dimensiones: conocimientos, actitudes y prácticas.

II.3 Formulación del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes escolares de Lima-Perú en el año 2024?

II.4 Objetivos

II.4.1 Objetivo general

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes escolares de Lima-Perú.

II.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos sobre salud oral de los adolescentes escolares de Lima-Perú.
- Identificar las actitudes en salud oral de los adolescentes escolares de Lima-Perú.

- Identificar las prácticas en salud oral de los adolescentes escolares de Lima-Perú.

II.5 Justificación

Los adolescentes, en términos de atención médica y de salud en general, suelen ser ignorados. El presente estudio aportará bases teóricas acerca del nivel de conocimiento de los adolescentes en cuánto a la prevención de enfermedades orales, hábitos de higiene oral, entre otros. Así, se permite ampliar la información sobre dicho grupo poblacional, el cual está constantemente expuesto a múltiples enfermedades por los constantes cambios que atraviesa. Según la OMS, los adolescentes escolares de bajo nivel socioeconómico presentan un alto riesgo de desarrollar enfermedades orales (60 – 90%) [(11)].

Con relación a las aplicaciones prácticas del estudio, los resultados aportarán una base diagnóstica que posibilitará elaborar modelos de prevención y promoción en salud oral para los adolescentes escolares, basados en la información, actitudes y hábitos que describe el presente estudio.

Este estudio busca contribuir al mejoramiento de la salud oral en los adolescentes, con la expectativa de obtener resultados positivos y beneficiosos a largo plazo en la adultez.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario CAP a una población escolar adolescente servirán como base para futuras investigaciones y para definir un nuevo contenido teórico que permita desarrollar programas educativos y preventivos que refuercen la información sobre diversas áreas de

la salud oral en la población, permitiendo que el individuo reconozca sus necesidades, mejore su actitud y, en consecuencia, su bienestar [11].

II.6 Limitaciones

En la aplicación del cuestionario se esperó que las respuestas se ajusten a la veracidad de las mismas, sin embargo, hay posibilidad de error involuntario o distracción por parte de la población por ser adolescente.

Los datos de este estudio provinieron de sujetos asistentes a dos instituciones educativas particulares en un periodo de tiempo específico dentro de una misma ciudad, por lo que necesariamente no son representativos de la población adolescente de Cercado de Lima.

III MARCO TEÓRICO

III.1 Antecedentes

- **Koctong A. (2023)** [12]. El objetivo del estudio fue identificar la relación entre conocimiento y actitud sobre salud oral en adolescentes de colegios estatales ubicados en la provincia de Tacna en el año 2019. Realizó un estudio cuantitativo y transversal en una muestra de 365 adolescentes escolares de 12 a 16 años que cursaban el nivel secundario. Encontró que el 53,1% de la muestra presentaron un nivel inadecuado de conocimiento. El 83,5% presentaron una actitud positiva. No se encontró relación entre conocimiento y actitud. Concluyó que los adolescentes de 12 a 16 años tienen conocimientos inadecuados, pero presentaron una actitud positiva, por lo tanto, no se encontró relación entre ambas variables.

- **Blaggana A. et al. (2021)** [13]. El objetivo del estudio fue evaluar los conocimientos y prácticas de salud oral. Realizaron un estudio transversal en una muestra de 1027 estudiantes del nivel secundaria. Aplicaron un cuestionario previamente aprobado cuyos dominios eran: datos sociodemográficos, conocimiento, actitud y comportamiento práctico de los adolescentes. Encontraron que el 40% de los adolescentes se cepillaban los dientes dos veces al día. Sólo el 17% declaró usar hilo dental y el 20%, enjuague bucal. El 58% manifestó tener conocimiento de que una falta de higiene provocaba caries dental. La mayoría (92,7%) cree que los dulces afectan la salud dental y sólo el 12,9% reportó visitar al dentista regularmente (2 veces al año). Concluyeron que los programas de educación en salud oral pueden aumentar su eficacia si se enfocan en las actitudes de la población, especialmente en escolares, quiénes son aptos para inculcar prácticas saludables perdurables en el tiempo.
- **Abdulrahim M. et al. (2020)** [14]. El objetivo del estudio fue evaluar el conocimiento, actitud y práctica sobre salud oral de adolescentes entre 15 y 17 años en Kuwait. Realizaron un estudio transversal en 12 escuelas públicas elegidas al azar utilizando un método de muestreo por conglomerados en dos etapas. Aplicaron un cuestionario árabe de 29 preguntas dividido en 4 secciones: datos sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral. Encontraron que el conocimiento sobre placa dental es muy limitado para esta población, sin embargo, la mayoría de adolescentes utiliza cepillo y pasta dental para limpiar sus dientes (60%). Las mujeres obtuvieron mejores resultados en

comparación a los varones. Concluyeron que los programas de promoción de la salud oral pueden ser efectivos en promover una mejor actitud y práctica de salud oral entre los adolescentes.

- **Abullais S. et al. (2020)** [15]. El objetivo del estudio fue evaluar el conocimiento, actitud y prácticas en salud oral de los cuidadores en centros para personas con discapacidad intelectual en Arabia Saudita. Realizaron un estudio descriptivo y transversal en una muestra de 164 participantes entre 30 y 39 años de edad. Aplicaron un cuestionario compuesto por 22 ítems divididos en 4 dominios: información demográfica, conocimiento sobre cuidado oral, actitud hacia la salud oral y prácticas de higiene oral. Reportaron que había una ligera mayoría femenina, y el 87% del total tenía más de 2 años de experiencia como cuidador. El 61,6% y 58,5% mostraron un nivel aceptable de conocimiento y actitud, respectivamente. Los participantes con educación superior mostraron buenos puntajes en conocimientos y actitudes. Concluyeron que la mayoría poseía niveles aceptables de conocimientos y prácticas sobre salud oral, además de una buena actitud.
- **Xiang B. et al. (2020)** [16]. El objetivo del estudio fue desarrollar y validar un instrumento que evalúe las creencias de los adolescentes sobre prácticas de salud oral utilizando el modelo de creencias en salud. Un panel de expertos preliminarmente desarrolló un cuestionario de 43 ítems. Analizaron los resultados de validez aparente y el análisis factorial de 421 adolescentes escolares y con ello disminuyeron el número de ítems a 35. Para la confiabilidad utilizaron el coeficiente alfa de

Cronbach, la correlación ítem-total y el coeficiente intraclase. Para confirmar su aplicabilidad utilizaron el análisis de regresión múltiple y el análisis de ruta. Obtuvieron un cuestionario de 35 ítems cuyos datos se ajustaban bien al modelo. El coeficiente alfa de Cronbach (>0,7), la correlación ítem-total (0,47-0,91) y el coeficiente intraclase (0,82-0,91) estuvieron por encima de lo aceptable. Concluyeron que los presentes hallazgos indican validez, confiabilidad y aplicabilidad satisfactorias del cuestionario desarrollado para medir las creencias sobre salud oral de los adolescentes.

- **Al-Tayar B. et al. (2019)** [17]. El objetivo del estudio fue evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de salud oral en estudiantes del nivel secundario en Yemen. Realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 392 escolares. Aplicaron cuestionarios en árabe estructurados con preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas. Utilizaron la prueba de chi-cuadrado para evaluar las diferencias significativas entre las variables. Encontraron que los estudiantes pertenecían al grupo de edad entre 15 a 22 años. El 87% de los estudiantes realizaban el cepillado dental todos los días. Las mujeres evidenciaron superiores prácticas de higiene oral en contraste con los varones. Concluyeron que la mayor parte de los escolares poseen un nivel aceptable de conocimientos y prácticas de salud oral, mostrando predominio el sexo femenino.
- **Calderón C. et al. (2019)** [6]**.** El objetivo del estudio fue obtener un cuestionario adaptado que posibilite identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de preadolescentes en Colombia.

Realizaron un estudio transversal en donde el cuestionario CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), originalmente desarrollado en la India, fue traducido del inglés al español y adaptado, mediante la evaluación y posteriores correcciones por expertos, para facilitar el entendimiento de las preguntas y la obtención de respuestas confiables. Al ser el cuestionario testeado, hallaron una afinidad semántica al cuestionario original para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes. Como resultado obtuvieron un cuestionario traducido y adaptado a una población adolescente latinoamericana de edades entre 9 a 12 años.

- **Carletto-Körber F. et al. (2018)** [18]**.** El objetivo del estudio fue analizar la experiencia de caries dental en adolescentes en relación con el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral. Realizaron un estudio de corte transversal. La muestra consistió en 52 adolescentes de Córdoba, Argentina. Incluyeron un examen clínico odontológico, para registrar el índice CPOD, y una encuesta tipo CAP. Aplicaron el coeficiente de correlación de rangos de Spearman entre los índices conocimientos, actitudes y prácticas, y un modelo de regresión lineal con respecto al índice CPOD. Encontraron que dentro del 92% y el 96% de la muestra reconocieron a la deficiente higiene oral y existencia de bacterias como causantes de caries. El 96% reportó que utiliza cepillo y pasta dental, mientras que el 32% utiliza pasta dental con flúor. Solo el 19% utiliza hilo dental. Además, el índice CPOD promedio fue 4.4 +/+ 4. Concluyeron que es necesario diseñar estrategias que incluyan

contenido atractivo para los adolescentes y cumplan con los objetivos educativos para este grupo poblacional.

- **Cerón-Bastidas X. (2018)** [10]**.** El objetivo del estudio fue establecer la relación entre calidad de vida y la salud oral. Incluyó estudios realizados en poblaciones adolescentes desde el 2001 en adelante. Reportó que durante la adolescencia se da la estructuración de los rangos del carácter y la personalidad de la persona, donde además experimenta mayores niveles de salud, sin embargo, también es una etapa de riesgo para la salud. Concluyó que la salud oral debe abordarse como parte fundamental del desarrollo integral del adolescente mediante acciones de promoción y prevención.
- **Costa F. et al. (2017)** [19]. El objetivo del estudio fue evaluar los hábitos de higiene oral y la prevalencia de caries y erosión dental en adolescentes residentes en Paraíba, Brasil. Realizaron un estudio transversal con una muestra de 201 adolescentes de 15 años. Aplicaron un cuestionario para obtener la información de los hábitos de salud oral y los datos socioeconómicos. Adoptaron el índice CPOD para determinar la prevalencia de caries y la clasificación de O'Sullivan para la erosión dental. Encontraron que todos los participantes utilizaban cepillo y pasta dental, pero solo el 50,7% usaba hilo dental. La media del índice CPOD fue 3,67. El 18,4% del total presentaron lesiones erosivas principalmente en el esmalte. Concluyeron que los adolescentes presentaban un índice CPOD insatisfactorio, y la prevalencia de erosión dental fue alta.
- **Yance P. (2017)** [20]**.** El objetivo del estudio fue determinar el conocimiento y la actitud sobre la salud oral de los adolescentes

atendidos en el Centro de Salud San Juan en Iquitos, Perú. La hipótesis fue que el nivel adecuado de conocimiento sobre la salud oral de los adolescentes influye en una actitud positiva sobre su salud oral. Realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en una muestra de 143 adolescentes. Aplicó un cuestionario de 20 preguntas, 10 de conocimiento y 10 que evalúan la actitud, ambas sobre la salud oral. Dicho cuestionario fue basado en un estudio previo y validado por juicio de expertos. Reportó que el 39.2% de la muestra presenta un nivel adecuado de conocimientos, el 21.7% mostró una actitud positiva, mientras que el 70.6% se mantuvo indiferente. Finalmente, concluyó que el nivel de conocimiento presenta una relación significativa con los adolescentes del sexo femenino y de mayor edad.

- **Alvarez L. et al. (2016)** [3]**.** El objetivo del estudio fue diseñar y validar un cuestionario que permita medir conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cuidado de la salud oral en una población adolescente perteneciente a la ciudad de Villavicencio, Colombia. Elaboraron un cuestionario de 29 preguntas basándose en artículos científicos. Posteriormente realizaron un estudio de validación mediante el coeficiente de alfa de Crombach, obteniendo un resultado de 0.914, lo que indica una compatibilidad apropiada. Concluyeron que dicho resultado permite que el cuestionario sea aplicado a escala regional con el objetivo de establecer un diagnóstico que permita diseñar estrategias de promoción de la salud, y prevención de las enfermedades orales en los adolescentes.

- **Fernandes L. et al. (2016)** [21]**.** El objetivo del estudio fue evaluar los hábitos de higiene oral y estado periodontal de adolescentes escolares residentes en Paraíba, Brasil. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal que contó con una muestra de 201 adolescentes de 15 años de edad. Recolectaron la información mediante un formulario que contenía preguntas sobre hábitos de higiene oral, y examen clínico odontológico, cuyos parámetros fueron el Índice Periodontal Comunitario (IPC) y el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S). Encontraron que todos los adolescentes utilizaban cepillo de dientes, el 91,5% se cepillaba de 2 a 4 veces al día. El 49,3% no utilizaba hilo dental y solo el 33,8% refirió utilizar enjuague bucal. El 55,2% presentó un IHO-S aceptable, sin embargo, el 85,5% del total presentaba sangrado gingival. Concluyeron que utilizar hilo dental y enjuague bucal, como suplementos de higiene oral, por parte de los adolescentes es bajo. Y aunque la mayoría de los participantes presentaba un IHO-S satisfactorio, presentaban sangrado gingival como la alteración periodontal predominante.
- **Barrientos C. et al. (2013)** [8]**.** El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral de adolescentes escolares entre 12 y 15 años en Fresia, Chile. Realizaron un estudio observacional descriptivo en una muestra de 170 adolescentes. Utilizaron una encuesta de 25 preguntas verdadero/falso y de selección múltiple originalmente desarrollada en la India. Reportaron que el 81.8% de la muestra considera que cepillarse los dientes ayuda a prevenir la caries, el 87,4% piensa que su propio

esfuerzo es el factor más relevante en su salud oral y el 54% de ellos, dijo cepillarse dos veces al día. Concluyeron que presentan un nivel de conocimiento apropiado, y en relación a las actitudes y prácticas los resultados fueron favorables.

III.2 Bases teóricas

III.2.1 Salud oral

La salud oral es un estado de armonía funcional y estética de los órganos y estructuras que componen la cavidad oral [11]. Ello implica que los dientes, encías, músculos y articulaciones de la boca trabajen en perfecta coordinación. En dicho estado la persona puede realizar actividades esenciales, como masticar para poder alimentarse, hablar y sonreír de manera eficiente y sin molestias. Una boca sana no solo es funcional, sino también estéticamente agradable. La calidad estética dental y oral permitirá la expresión oral como actividad básica para la interacción social.

Para llegar a dicho estado, es importante crear conciencia en las personas para que comprendan la importancia de la adquisición de nuevas actitudes, prácticas y conocimientos acerca del mantenimiento y autocuidado de la salud oral [6]. Ello no solo beneficia la cavidad oral, sino que también está vinculada a la salud general.

La OMS define la salud oral como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas orales, enfermedad periodontal, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona

afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al mismo tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial" [22].

Es muy importante que la salud oral y la salud general no se interpreten como entidades separadas. La cavidad oral forma parte del complejo craneofacial, el cual nos genera bienestar y calidad de vida mediante distintas funciones vitales como la alimentación y la comunicación. Por lo tanto, no podemos hablar de persona saludable si es que padece de alguna molestia en la cavidad oral [23]. Una deficiente salud oral puede estar asociada con enfermedades sistémicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y complicaciones en el embarazo. Por ello es crucial adoptar hábitos saludables y recibir atención odontológica regularmente.

Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural que acontece con el envejecimiento. Sin embargo, conforme la sociedad adquirió mayor educación sobre la salud, se sensibilizó con la necesidad de conservar sus dientes y hacer lo posible por mantenerlos sanos.

La forma más efectiva de gozar de una sonrisa y dientes saludables es ser constante con los hábitos orales positivos adquiridos durante la primera infancia [9]. Los adolescentes se encuentran en una etapa vulnerable por los distintos cambios que presentan, por lo que la falta de información, una actitud negativa y deficientes prácticas de higiene oral, se traduce en un alto riesgo de enfermedades orales en la adultez, comprometiendo la salud oral de la persona.

Además, durante la adolescencia, se completa el brote de los dientes permanentes por lo que la higiene debe ser constante, supervisada en algunos

casos por los padres del menor, con el fin de garantizar la prevención de enfermedades orales.

III.2.1.1 Higiene oral

La higiene oral consta de un conjunto de medidas cuyos objetivos son la remoción de bacterias y restos alimenticios, mantenimiento de la salud oral, y la prevención de aparición de enfermedades orales, realizadas a través de medios mecánicos y químicos [22].

Los medios mecánicos se pueden dar incluso antes de la primera erupción dental, nos referimos al uso de dedales especiales, uso de gasas suaves o paños limpios envueltos para la remoción de restos de alimentos. Más adelante, cuando aparece la primera pieza dental, además de empezar las visitas al odontólogo, se debe iniciar el cepillado con pasta dental. Para complementar se utilizan los cepillos interdentales y el hilo dental. Como medio químico tenemos los enjuagues bucales.

La orientación educacional sobre el uso de pastas dentales representa una importante alternativa para promover su uso adecuado [22]. Y no solo hablamos de pasta dental, sino también de enjuague bucal e hilo dental y todo aquel producto que ayude a mantener una salud oral en buenas condiciones. También es relevante el control de la ingesta de alimentos con un alto potencial cariogénico [5].

La higiene oral desempeña un papel crucial en la prevención de las enfermedades orales. Además, la adolescencia es un periodo en el que son establecidos la mayoría de valores y prácticas respecto a la salud oral los cuales

tienen su origen en la infancia influenciados por la familia. Es por ello que los padres deben estar atentos a los hábitos que sus hijos adquieran durante esta etapa y ayudarlos a lograr su autonomía, debido a que ellos son los responsables del autocuidado de su salud.

Además, durante la adolescencia se llega a completar la erupción de los dientes permanentes, por lo tanto, la higiene oral debe ser constante en los dientes inmaduros susceptibles a sufrir enfermedades, tales como: caries dental, hipoplasia del esmalte, maloclusión dental, entre otros [24].

III.2.1.2 Factores relacionados a la higiene oral

La higiene oral tiene por objetivo mantener la salud y prevenir enfermedades, por lo que es necesario seguir ciertas pautas y convertirlas en prácticas. Con el tiempo, las prácticas se hacen hábitos. Lo que explica la estrecha relación entre los hábitos de higiene oral.

A. Cepillado dental

Al inicio de la vida, previo a la aparición de los dientes, es importante iniciar con la higiene oral del bebé ya que ayuda a prevenir la acumulación de bacterias y mantener las encías sanas, además de instaurar un hábito precoz de buena salud.

El cepillado dental se inicia cuando aparece la primera pieza dentaria en la boca del niño. La cantidad de pasta dental que se usa en los primeros años de vida equivale a un grano de arroz. La pasta dental debe tener como mínimo 1000 ppm

de flúor. Cuando aparecen los primeros molares permanentes se utiliza la cantidad de pasta equivalente a una alverjita, con mayor cantidad de flúor.

Entre las técnicas de cepillado dental encontramos algunas que reciben el nombre de su creador, y otras del tipo de movimiento que realicen. Una de las más utilizadas es la técnica de Bass, tenemos también las técnicas de Fones, Stillman, Barrido, etc. Sin importar el método elegido, siempre debe eliminarse regularmente la placa y no dañar las encías [11].

Para los pacientes con tratamiento de ortodoncia se encuentran cepillos diseñados con las cerdas en forma de U o de V. Por otro lado, en pacientes portadores de prótesis parcial o total removible, antes de hacer la limpieza, se deben extraer las prótesis de la boca y luego proceder con el cepillado dental de las piezas remanentes, además de cepillar las prótesis con agua [5].

El cepillado de la lengua permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana y el número de microorganismos [11]. También cumple un papel importante contra la halitosis o mal aliento. La técnica consiste en maniobrar el cepillo de lado a lado en la lengua tan al fondo como sea posible, luego se realiza un movimiento en forma de barrido hacia adelante y se repite de seis a ocho veces.

Es recomendable el uso de cepillos con cerdas de puntas redondeadas para minimizar las lesiones gingivales. En caso de zonas de difícil acceso, los cepillos de cabezal pequeño pueden resultar útiles. El mango debe caracterizarse por una longitud y anchura cómodas. El cepillo dental debe ser reemplazado cada

tres meses, cuando las cerdas se deformen o luego de superar una enfermedad [11].

Existen también los cepillos interdentales, que pueden ingresar entre los dientes removiendo restos de comida. Recomendado en pacientes con tratamiento de ortodoncia o prótesis fija.

B. Hilo dental

A pesar de realizar el cepillado dental de manera óptima, muchas veces no logramos limpiar los espacios interdentales, por ello es necesario usar el hilo dental.

El hilo dental, conocido también como seda dental, es un conjunto de finos filamentos de nylon, usualmente protegido por una capa de cera, usado para retirar pequeños trozos de comida y placa dental de los dientes [5]. Para su correcto uso se recorta una considerable cantidad y se enrolla cada extremo en los dedos medios de ambas manos. El hilo se sujeta con los dedos índice y pulgar. A continuación, la parte que queda libre se introduce entre los dientes y se hace recorrer el borde de los mismos de lado a lado, cercano a la encía.

Es importante resaltar la guía de los padres durante la realización de esta práctica, porque el uso inadecuado del hilo dental, como arrastrarlo bruscamente hacia abajo entre los dientes, puede llegar a maltratar la encía. Es importante también convertirlo en una práctica diaria para complementar la limpieza.

C. Enjuague bucal

El enjuague bucal es una solución empleada como complemento a la higiene oral después del cepillado, ya que ayuda a combatir la aparición de caries y mal aliento.

Existen enjuagues bucales cuya composición específica brinda una función en particular: algunos contra la halitosis, es decir, el mal aliento, otros con flúor, para disminuir la incidencia de caries [11]. No se recomienda diluir los enjuagues bucales con agua porque pueden disminuir su efecto. Además, se recomienda el uso de los enjuagues sin alcohol.

Si la persona tiene dificultad en mantener un buen hábito de cepillado y uso de hilo dental, es recomendable que utilice enjuague bucal para complementar el autocuidado, especialmente en casos de enfermedad periodontal. También se incluye en este grupo a los pacientes con enfermedades sistémicas, aparatos de ortodoncia y prótesis fija o removible.

D. Flúor

Respecto al flúor, numerosos estudios han comprobado que produce efectos beneficiosos para el organismo principalmente en los huesos y dientes, previniendo enfermedades [5]. El flúor lo encontramos en distintos componentes como la sal, pastas dentales, enjuagues bucales, entre otros. En la pasta dental, está indicado que la cantidad de flúor no debe ser menor a 1000 ppm.

Los principales beneficios que ofrece el flúor en los dientes son: promover la remineralización, incrementar la resistencia del esmalte y ejercer acción antibacteriana [11].

Se recomienda la visita al odontólogo cada 6 meses para la aplicación tópica de flúor según nuestros requerimientos. Existen distintas presentaciones para cubrir las necesidades de cada persona que acuda a la consulta odontológica. Tales como: fluór barniz (22 600 ppm), flúor neutro (12 300 ppm) y flúor acidulado (12 300 ppm).

E. Dieta

La dieta representa un papel importante en la vida de todo ser humano. Tener una deficiente salud oral junto con una dieta poco variada pueden contribuir en la aparición de enfermedades orales en los adolescentes.

Existen una variedad de alimentos que son considerados como los más convenientes para preservar la salud oral. Se trata de los alimentos altos en fibras, como los cereales, frutos secos, legumbres, frutas y verduras. Al ser alimentos que requieren un mayor tiempo de masticación, estimulan la producción de saliva, la cual es el neutralizador natural de la boca [(11)].

El comportamiento alimentario de los adolescentes está determinado por múltiples factores tanto externos como internos. Entre los factores externos se incluyen la familia, los amigos, la cultura, los medios de comunicación y experiencias previas. Por otro lado, entre los factores internos destacan las necesidades fisiológicas, autopercepción, preferencias y estado de salud general.

Los adolescentes pasan una gran parte del tiempo fuera de casa y consumen comidas preparadas, por lo general, altas en carbohidratos y grasas [(25)]. Los carbohidratos son los principales causantes de la caries dental, debido a que

sirven como sustrato para las bacterias cariogénicas presentes en la placa dental, principalmente el *Streptococcus mutans*. Dichas bacterias metabolizan los carbohidratos fermentables, produciendo ácidos orgánicos que disminuyen el pH de la cavidad oral y favorecen la desmineralización del esmalte dental.

El consumo frecuente de carbohidratos incrementa el tiempo de exposición de los dientes a condiciones ácidas, aumentando el riesgo de formación de lesiones cariosas. Por lo tanto, es recomendable controlar la ingesta frecuente de estos y de los azúcares entre comidas, además de cepillarse los dientes después de su consumo [5]. Es mayor la probabilidad de descalcificación del esmalte y aparición de caries dental si los carbohidratos que ingerimos permanecen más tiempo en los dientes luego de ser ingeridos.

El efecto de los ácidos en el esmalte dental está condicionado también por la remoción del sustrato a través de la saliva. La cual realiza una auto limpieza porque ayuda a eliminar los restos de alimentos y microorganismos que no estén adheridos a las superficies de la boca [11]. Cumple la función de amortiguador porque ayuda a neutralizar los ácidos presentes en la cavidad oral, y a la remineralización de lesiones cariosas incipientes.

F. Visita al dentista

Los profesionales de la salud oral poseen los conocimientos necesarios para prevenir enfermedades mediante métodos no utilizados en casa, además de tratarlas tanto en sus etapas iniciales como en las más avanzadas.

Se recomienda que las personas, desde niños, visiten al odontólogo por lo menos cada seis meses. De esta forma el profesional puede detectar si hay

signos tempranos de alguna enfermedad, para poder combatirla, de lo contrario el profesional proveerá de medios y medidas preventivas para mantener la cavidad oral saludable.

Conocer y comprender los hábitos de higiene oral presentes en los adolescentes es fundamental para promover una eficiente salud oral en esta etapa crucial del desarrollo humano. Además, este conocimiento permite diseñar estrategias de educación en salud más efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de dicho grupo poblacional.

III.2.2 Conocimiento

La epistemología define al conocimiento como el conjunto de saberes que poseemos sobre algo [3]. A través de la historia se han propuesto distintas teorías explicando cómo los seres humanos adquirimos el conocimiento. El racionalismo, donde destacan Descartes, Leibniz y Spinoza, menciona por ejemplo que la única fuente confiable de conocimiento es la razón. El empirismo, donde destacan Locke y Hume, menciona que la experiencia es la fuente del conocimiento. Mientras que Kant en el siglo XVIII formuló la teoría del conocimiento combinando la teoría racionalista con la teoría empírica.

Por lo tanto, según estas teorías, podemos entender al conocimiento como aquello que adquirimos mediante una experiencia vivida o luego de recibir algún tipo de educación.

Dentro de las características del conocimiento podemos mencionar que este es [26]:

- Racional: Se origina de la razón.
- Objetivo: Su propósito es la búsqueda de una verdad objetiva.
- Intelectual: Viene de un proceso lógico que se fundamenta en la sensación, percepción y conceptualización.
- Universal: Posee validez en todo lugar y para todas las personas.
- Verificable: Puede ser sometido a procesos de verificación.
- Seguro: Proporciona un mayor grado de fiabilidad en su aplicación.
- Sistemático: Se presenta de forma organizada y posee uniformidad.
- Preciso: Se orienta la exactitud, evitando la confusión.

Al obtener información verídica e importante sobre un determinado tema, una persona puede comprender la realidad por medio del entendimiento, la razón y la inteligencia [27].

Existen distintos instrumentos para medir el conocimiento, los cuales permiten recopilar información estructurada para poder evaluar el nivel de conocimiento, comprensión o habilidades adquiridas por una persona o grupo. Además, cuantifican la información recolectada a través del aprendizaje, obteniendo como resultado un nivel de conocimiento alto, medio o bajo. Entre los instrumentos más comunes se encuentran las encuestas y cuestionarios.

El conocimiento sólo genera valor siempre y cuando se mueva, es decir, cuando es transmitido o transformado [3].

Cuando se transmite el conocimiento, se accede a él desde distintas fuentes [22]:

- Intuición: Conocimiento obtenido de manera directa e inmediata del objeto conocido. No suele provenir de la razón y tampoco se confirma empíricamente, por ello no puede explicarse.
- Experiencia: Conocimiento basado en lo que percibimos a través de los sentidos, de forma directa o indirecta.
- Tradición: Conocimiento que una generación hereda de las anteriores y llega a las siguientes.
- Autoridad: Conocimiento adquirido de una fuente veraz que posee influencia en la sociedad. No se comprueba empíricamente.
- Ciencia: Conocimiento racional obtenido de forma metódica. Es verificado y contrastado con la realidad.

El conocimiento es entender una teoría o práctica acerca de una práctica, que traerá bienestar al individuo. Por lo tanto, es indispensable conocer los hechos para llevar de manera correcta y acertada una acción, que nos traerá resultados positivos en nuestras vidas [(6)].

Existen diferentes tipos de conocimientos [(3)]:

- Conocimiento cotidiano: Conocido también como empírico- espontáneo. Obtenido mediante la experiencia de las actividades que realiza el ser humano día a día. Se pueden trasmitir de generación en generación.
- Conocimiento técnico: Se refiere a la respuesta universal a objetivos semejantes, obtenida de distintas nociones estudiadas.
- Conocimiento empírico: Basado en la experiencia y también llamado vulgar o popular. Es asistemático porque carece de métodos y técnicas,

superficial porque se forma con lo aparente, y sensitivo. Puede ser verdadero, falso o probable.

- Conocimiento científico: Es certero, general, metódico y sistemático. Su propósito es encontrar y reproducir la sucesión de los hechos mediante el uso de leyes y principios.

Durante la adolescencia el pensamiento lógico y racional, madura, por lo tanto, los adolescentes comienzan a tener pensamientos más objetivos y racionales. Elaborando teorías de todas las cosas que los rodean y no sólo limitándose a los conocimientos establecidos. La adolescencia también es la etapa en donde el adolescente sueña con los ojos abiertos ya que el mundo real no ofrece suficiente campo a las desmedidas apetencias de sentir y por ello se refugia en un mundo fantasmagórico donde se mueve libremente [28].

Debido a la gran cantidad de cambios que sufren, los adolescentes son propensos a presentar problemas de salud general. Entre ellos resaltamos las enfermedades de salud oral, cuya principal causa es la deficiente higiene oral, la cual se puede encontrar asociada a una falta de conocimiento en medidas de prevención y técnicas de mantenimiento de la salud oral. Como resultado, la presencia de dichos problemas impacta negativamente en la calidad de vida de los adolescentes.

Es importante resaltar que tener mayores conocimientos sobre salud oral resultará en cambios favorables de actitud e incentivos para el desarrollo de conductas saludables aumentando la predisposición de la persona para realizar actividades de prevención oral [7], así también el adolescente podrá adquirir

mejores prácticas de medidas de higiene oral y autocuidado, lo cual ayudaría a prevenir problemas de salud oral.

III.2.3 Actitudes

La actitud es definida como la posición que una persona asume ante una situación. Se refiere a un sentimiento relativamente constante y conjunto de creencias en relación a un objeto, persona, comportamiento o situación [11].

La actitud es un conjunto de tres componentes [23]:

- Componente cognitivo: Está conformado principalmente por las creencias que se tienen del objeto. Sin los componentes cognoscitivos, como el conocimiento del mismo y la manera de interpretarlo, no podría existir una actitud hacia un objeto.
- Componente emocional: Se refiere a los sentimientos o emociones que podemos tener hacia el objeto, en este caso gusto o molestia. El cual modifica nuestra conducta hacia el mismo y nos puede llevar a rechazarlo, atribuirle defectos o caso contrario, otorgarle valor positivo y aceptarlo.
- Componente conductual: Llamado también componente activo de la actitud. Una vez combinados el componente cognitivo y emocional obtenemos la conducta determinada para cada situación.

En términos sencillos, la actitud es definida como la forma de actuar y el comportamiento que emplea una persona para afrontar distintas situaciones. Además de manifestar las creencias del individuo, lo lleva a declararse a favor o en contra de algo, lo cual genera una predisposición. Es necesario que la actitud

sea cultivada para que pueda convertirse en un hábito y de esta forma beneficiar a las personas [6].

Los conocimientos, interés y percepción de la salud que tiene el adolescente pueden influir en la actitud que desarrolle. Por lo tanto, es necesario conocer sistemáticamente sobre las actitudes en salud oral de los adolescentes, con el objetivo de respaldar el diseño y evaluación de los servicios de salud y para la planificación, elaboración y ejecución de los programas de promoción de la salud enfocados en la prevención y diagnóstico de las enfermedades bucodentales [29].

III.2.4 Práctica

Las prácticas se definen como las acciones que ejecuta un individuo en respuesta a un estímulo, por lo tanto, son observables y concretas.

La práctica es un uso continuado. Se da por los conocimientos que nos enseñan el modo de hacer algo [11]. Es importante resaltar que, si una práctica saludable se convierte en una costumbre, ayudará positivamente al ser humano a cuidar su salud.

Se puede decir que la práctica compone una forma de transformar la realidad, de acercarnos a ella, convertirla en algo cotidiano y a la vez, formular alternativas de solución frente a determinadas dificultades o problemas [3]. Por lo tanto, no debe verse como un componente aislado, por el contrario, debe siempre ser analizado desde su relación con la teoría.

Los adolescentes presentan tres factores esenciales que ejercen un efecto importante sobre su conducta y comportamientos [4]:

1. Relación con sus padres: Debido a que el adolescente pasa de ser dependiente de sus padres a desarrollar sus propias capacidades y diferenciarse del grupo familiar, busca desarrollar un lenguaje propio entre él y sus pares que sea ajeno para los adultos. Esto supone un desarrollo lingüístico.
2. Relación con sus amigos: El adolescente desarrolla la capacidad de encontrar y elegir a otros adolescentes para compartir tiempo. En dicho grupo puede desarrollar su identidad y nuevas habilidades.
3. Visión de sí mismo: Durante esta etapa el adolescente requiere cambiar la visión que tiene de sí mismo, pasa de ser una persona dependiente de sus padres a ser alguien físicamente maduro, sintiéndose dueño de su cuerpo, y de esta manera, sentirse capaz de explorar el mundo, adquirir nuevas habilidades y modificar sus relaciones sociales.

Se define práctica en salud oral a las actividades que realiza un individuo o conjunto de personas con el objetivo de cuidar, promover o mantener la salud oral [(22)]. Evitando, de esta forma, la aparición de diversas enfermedades y complicaciones bucodentales.

Entre las prácticas más comunes en salud oral encontramos el cepillado de dientes con pasta dental fluorada, el uso de hilo dental y enjuague bucal. Estas se realizan hasta tres veces de manera diaria para asegurar una correcta higiene oral. Otras prácticas que encontramos son cambiar el cepillo dental cada tres meses o después de superar una enfermedad, asistir al odontólogo regularmente: entre tres a seis meses dependiendo de la indicación del profesional, la presencia de sal fluorada en nuestra dieta, entre otros.

III.2.5 Adolescencia

Cuando se habla de adolescencia, generalmente se refiere a la etapa que todo ser humano transcurre luego de su niñez hasta llegar a la adultez. Según la OMS, está comprendida entre los 10 y 19 años [30]. Con ella se producen cambios físicos, psicológicos y sociales.

Las fases del período adolescente son [31]:

1. Fase temprana o puberal: Comprende desde los 10 a 13 años. Principalmente durante esta etapa se da la preocupación por los cambios físicos y emocionales ocasionados por la pubertad, la cual puede iniciar desde los ocho años en mujeres. El adolescente debe adaptarse a los cambios sexuales y fisiológicos rápidamente, por lo tanto, es común el duelo por el cuerpo, y la reestructuración del esquema e imagen corporal. El desarrollo psicológico se caracteriza por el egocentrismo, caracterizado por el enfoque en su propio comportamiento y apariencia física. La relación con los padres cambia drásticamente, ocurre un duelo por la relación infantil que se tenía con ellos y empieza las relaciones interpersonales con el mismo sexo, además del abandono de la dependencia y la fuerte autoconciencia de las necesidades [31].
2. Fase media o adolescencia media: Transcurre desde los 14 a 16 años. Principalmente se da la preocupación por la afirmación personal y social, ya que es en esta etapa en dónde el adolescente interactúa más tiempo con sus pares, se diferencia del grupo familiar y comienza a explorar sus capacidades personales para encontrar su lugar en el mundo. Se producen crisis de identidad, así como crisis narcisistas, transformación

de las modalidades de relación con el otro sexo y se producen tendencias a la actuación. Adicional a esto, se dan los impulsos sexuales, así como el deseo de confirmar que posee atractivo sexual y social, interés por nuevas actividades, búsqueda de autonomía y la creencia de la pareja como una extensión del yo [31].

3. Fase final o adolescencia tardía: Comprende entre los 17 a 19 años y presenta preocupación por lo social. En esta etapa se da la reestructuración de las relaciones familiares, implementación de herramientas para la etapa adulta y un avance considerable en la construcción de la identidad. El adolescente busca pasar tiempo con grupos afines en temas educacionales y laborales. Existe la búsqueda de la pareja, por lo tanto, mejora su imagen personal desarrollando la capacidad de autocuidado y cuidado mutuo [31].

Durante la adolescencia se dan grandes cambios a nivel físico. Hay crecimiento y cambio en las formas corporales y la madurez sexual [9]. Dichos cambios se dan en una etapa conocida como la pubertad. La pubertad es un proceso que incluye el desarrollo morfológico, fisiológico y comportamental que permite alcanzar la fertilidad [32]. Aunque dicha etapa transcurre dentro de un rango de normalidad y su edad está delimitada genéticamente, se verá influenciada por una serie de factores genéticos que pueden intervenir modificándola en un sentido positivo o negativo [33].

Las principales características de esta etapa son el desarrollo de la estatura, la maduración de los órganos sexuales, cambios en la voz y en la piel, desarrollo

muscular y el crecimiento del vello púbico, facial y corporal. Además, en las mujeres se da la menarquia y en los hombres la espermaquia.

En la adolescencia, el cuerpo adquiere el valor sexual, esto supone una reconstrucción radical de su imagen corporal. Además, influye también la configuración interna que obtuvo en la infancia, si dicha etapa estuvo marcada por fracasos, estos aumentarán en la adolescencia [4]. Por lo tanto, la imagen corporal es una representación simbólica de sus experiencias pasadas y presentes. Todo esto supone una gran carga y por ello el adolescente puede llegar a sentirse abrumado. Esto configura que él posee una gran sensibilidad.

Por otro lado, la valoración de la imagen corporal se verá influenciada de si es o no aprobada por el entorno del adolescente, nos referimos a los padres, amigos, profesores y de lo que dichas personas proyectan sobre él. Se desarrolla una gran vulnerabilidad frente a la aprobación o desaprobación de los demás, comparándose también con la imagen corporal ideal, esto llega a constituir el ideal del Yo.

Además del desarrollo físico en la adolescencia, se encuentra el psicosocial, el cual resulta del crecimiento dado por las previas etapas del desarrollo, los factores biológicos propios de esta etapa y la influencia de distintos determinantes culturales y sociales [34].

La adolescencia se trata de una etapa de elaboración de la identidad que se plasmará en la adultez. Los adolescentes que logren obtener una identidad se sentirán en armonía consigo mismos y serán capaces de aceptar sus virtudes y

defectos [4]. Lo cual les brindará una actitud positiva frente a la intimidad y el compromiso tanto en relaciones amicales, de pareja y profesionales.

Para lograr la autonomía que el adolescente tanto anhela, tendrá que alejarse progresivamente de su núcleo familiar. Con ello, podrá llegar a convertirse en una persona emocional y económicamente independiente de sus padres. Aunque eventualmente esto lleve a un grado de conflicto y rebeldía con ellos [34]. Al mismo tiempo, establecerá lazos emocionales de amistad y de pareja con personas contemporáneas a su edad, compartiendo intereses en común. El adolescente tendrá que adquirir nuevas habilidades intelectuales y motoras con el objetivo de poder mantenerse económicamente.

Dentro de la estructura mental en la que el adolescente se encuentra, podemos describir como componente principal el duelo en la adolescencia. El cual se caracteriza por ser una etapa de pérdida y de renovación. Encontramos tres aspectos fundamentales [4]:

- Duelo por el cuerpo infantil perdido: El adolescente es un espectador impotente de los cambios que le suceden.
- Duelo por el rol y la identidad infantil: El adolescente renuncia a la dependencia infantil y accede a una aceptación de nuevas responsabilidades.
- Duelo por los padres: El adolescente pasa de buscar el refugio y protección de sus padres a convertirse en un adulto independiente. Esta situación se ve complicada porque los padres también deben aceptar su envejecimiento y el hecho de que sus hijos ya no son niños.

La adolescencia, si bien se caracteriza por ser una etapa de índices altos de salud y vitalidad, también es un periodo dónde se presentan múltiples riesgos para la salud oral [10]. Por sus múltiples características de crisis del desarrollo, se evidencia un potencial mayor de trastornos y alteraciones en distintas áreas, que la hacen susceptible de manifestaciones patológicas [4].

Enfrentan distintos riesgos tales como embarazo y maternidad precoz, mortalidad por accidentes, homicidio y suicidio, consumo desmesurado de bebidas alcohólicas, actividad sexual sin protección, entre otros. Debe realizarse un correcto manejo de dichos riesgos teniendo en consideración las características de esta etapa. Es esencial también que el compromiso para dicho manejo debe estar conformado por todos los profesionales de la salud, no sólo por parte de un área [9].

La educación cumple un papel fundamental en el desarrollo de una persona. Si bien los adolescentes son los principales responsables de su salud, es importante que los profesionales de la salud contribuyan también en su educación sanitaria [3].

La educación sanitaria es un proceso pedagógico enfocado en la construcción de conocimientos y aprendizaje [35], cuyo objetivo es conseguir que la población adquiera conocimientos básicos en cuestiones de salud, necesarias para la promoción del autocuidado y la prevención de enfermedades [36].

Esto no solo se limita a proporcionar información teórica en materia de salud oral, sino que también implica involucrarse activamente en su salud, fomentando hábitos saludables y cambios favorables en su comportamiento. La educación

en esta etapa beneficia a la sociedad, ya que aumenta la probabilidad de que los factores de riesgo corregidos, perdurarán en la etapa adulta [37].

Una de las teorías educativas que se utilizan con mayor frecuencia para predecir comportamientos en la búsqueda de la salud es el Método de Creencias en Salud, el cuál basa su análisis en tres factores esenciales [3]:

1. Las interpretaciones individuales respecto a la susceptibilidad y severidad de la enfermedad.
2. Los factores influyentes de esta interpretación entre los que se hallan las variables demográficas, socio-psicológicas y estructurales.
3. Los factores que establecen la probabilidad de ejecutar una acción en salud con los beneficios y las dificultades captadas para realizar las acciones.

El MCS destaca la importancia de los procesos cognitivos que median los cambios de actitudes y conductas. La OMS manifiesta que si las personas no perciben una razón lógica para cambiar su comportamiento o si dichos cambios resultan incompatibles con sus prioridades y necesidades, no se puede esperar que adquieran nuevos hábitos modificando su comportamiento [3].

Otra teoría es el Modelo Transteórico del cambio de comportamiento en salud, desarrollado en 1979 y consolidada en los años noventa como una de las teorías más innovadoras, cuya propuesta fue muy importante en el área de promoción de la salud y prevención de enfermedades [38].

Posee la capacidad para describir y explicar las distintas fases del cambio comportamental, además de diseñar y llevar a cabo intervenciones educativas a

partir de las características específicas de la población a quién va dirigida las acciones. Fue incorporado en las investigaciones e intervenciones de factores de riesgo para la salud. Consta de cinco etapas: pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento [38].

Previo a que el adolescente decida realizar una acción con respecto a su salud, es fundamental que, además de poseer el conocimiento, pueda captar un estímulo capaz de motivarlo a cambiar su comportamiento y lo lleve a actuar [3].

El programa educativo es un proceso mediante el cual se elabora un conjunto de actividades, información, estrategias de comunicación y educación en un periodo de tiempo establecido en apoyo a un programa de salud. Contribuye al cumplimiento de los objetivos sanitarios de cualquier programa de salud al estimular cambios de conducta en los individuos y comunidades afectados por la problemática [39].

La odontología tiene como misión prevenir patologías, preservar y devolver el estado óptimo de salud oral a las personas para mejorar su calidad de vida. Es fundamental adaptar constantemente diversos aspectos de esta profesión a través de la adquisición de nuevos conocimientos y fortalecimiento de técnicas de atención para alcanzar dicho objetivo.

El grupo de los adolescentes pertenece a los llamados grupos de “riesgo”, los cuales se denominan así por tener ciertas características y rasgos que favorecen el establecimiento de enfermedades con mayor frecuencia [9]. Entre las que destacan las patologías orales, tales como: caries dental, gingivitis, halitosis, entre otros.

Por lo tanto, es imprescindible que los programas de educación para la salud oral tengan la potencialidad necesaria para que el cambio de comportamiento que se desea obtener se produzca [3].

III.3 Definición de términos

Conocimiento. – Conjunto de saberes que poseemos sobre algo, adquiridos mediante una experiencia vivida o producto de la educación.

Actitud. – Predisposición que asume un individuo luego de un proceso valorativo.

Prácticas. – Acciones que ejecuta un individuo en respuesta a un estímulo.

Salud oral. – Estado de armonía funcional y estética de los órganos y estructuras que componen la cavidad oral [11].

Adolescente. – Individuo que se encuentra en la etapa siguiente a la infancia y previa a la adultez. Generalmente comprende entre los 10 – 19 años de edad.

III.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Conocimientos	Información adquirida por el adolescente sobre salud oral a través de la experiencia de vida o producto de la educación	Conocimientos de salud oral obtenidos a través del cuestionario CAP	Nominal	Verdadero Falso No sé
Actitud	Predisposición del adolescente conformada por sentimientos positivos o negativos hacia una idea o acción sobre salud oral	Actitudes de salud oral obtenidos a través del cuestionario CAP	Ordinal	Muy bien Bien Regular Mal
Prácticas	Conjunto de acciones ejecutadas por el adolescente de forma continua, producto de un estímulo recibido sobre salud oral	Prácticas de salud oral obtenidos a través del cuestionario CAP	Nominal	Si No Intervalos

COVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Sexo	Identificación del ítem sexo del DNI	Registro del rubro sexo en el DNI	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Número de años cumplidos al momento de realizar la encuesta	Registro del rubro fecha de nacimiento en el DNI	Razón	11 a 17 años de edad
Lugar de residencia	Área geográfica donde se encuentra la vivienda del adolescente	Registro del rubro domicilio en el DNI: Cercado de Lima u Otro distrito	Nominal	Cercado de Lima Otro distrito

IV METODOLOGÍA

IV.1. Tipo de investigación

El presente estudio es de tipo:

- Descriptivo, porque recolecta datos y describe las características de las variables a investigar.
- Observacional, ya que las variables no son controladas por el investigador, solo se limita a observarlas, medirlas y analizarlas.
- Transversal, porque los datos recogidos se dieron en un solo momento de tiempo.

IV.2. Población y muestra

IV.2.1 Población

La población evaluada correspondió a 278 adolescentes escolares entre 12 – 17 años de edad. Quiénes se encontraban cursando sus estudios secundarios en el año 2024 en dos instituciones educativas particulares ubicadas en el distrito de Cercado de Lima en Lima-Perú.

La muestra consistió en la población total porque esta última fue reducida y se podía acceder a la información de todos los participantes.

IV.2.2 Criterios de inclusión

- Adolescentes escolares entre 12 – 17 años de edad matriculados en el año escolar 2024.

- Escolares cuyos padres hayan firmado correctamente el consentimiento informado.

IV.2.3 Criterios de exclusión

- Escolares cuyos padres no hayan firmado el consentimiento informado.

IV.3. Procedimiento de recolección de datos

Para el presente estudio se utilizó como método de recolección de datos un cuestionario CAP de conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes originalmente elaborado por Gupta T, et al [40] y posteriormente traducido y adaptado a una población latinoamericana por Barrientos C, et al [8].

Previo a la ejecución se realizó una prueba piloto para comprobar la confiabilidad del instrumento en una población peruana. La cual fue determinada con la prueba estadística Alfa de Cronbach evidenciando un nivel de 0.906 considerando alta confiabilidad del instrumento. La prueba piloto se desarrolló en 42 adolescentes escolares del nivel secundario de la I.E.P “Friedrich Gauss” ubicada en el distrito de Cercado de Lima, el día 4 de octubre del 2024. Solo se aplicó el cuestionario a los adolescentes cuyos padres otorgaron la autorización de la participación de sus hijos en la investigación.

Para la ejecución se aplicó el cuestionario CAP a escolares de dos instituciones educativas particulares: “Nuestra Señora de la Merced – Mirones Bajo" y “Trento – Colonial”, ubicadas en el distrito de Cercado de Lima. Fueron evaluados 214 y 64 adolescentes de cada institución, respectivamente, del nivel secundario.

Corroborada la firma de los padres en el consentimiento informado (anexo 02), se procedió a coordinar el horario para la aplicación del cuestionario. El momento elegido fue durante las horas de tutoría de cada salón de un día ordinario en horario escolar. Se ingresó en compañía de los tutores de cada aula y se entregó el asentimiento informado (anexo 03) a los adolescentes cuyos padres autorizaron la participación de sus hijos, conjuntamente con el cuestionario CAP (anexo 04). Previo al llenado, se procedió a explicar brevemente en qué consistía el cuestionario; respecto al ítem "lugar de residencia", se les indicó marcar la opción "urbano" si residían en el distrito de Cercado de Lima o "rural" si residían en otro distrito. No se entregó lápices ya que cada adolescente contaba con lápiz o lapicero. El tiempo para la explicación y llenado de la encuesta fue el mismo para cada participante de ambas instituciones educativas (10 minutos).

IV.3.1 Cuestionario CAP de conocimientos, actitudes y prácticas

El cuestionario CAP de conocimientos, actitudes y prácticas fue originalmente desarrollado en inglés para una población de adolescentes de quince años de la India por Gupta, et al [40]. El cuestionario fue traducido por Becerra [8] del inglés al español, y posteriormente presentado ante docentes y estudiantes de distintos centros educativos de Chile para escuchar e interpretar sus opiniones. Con lo cual, tres investigadores [8] mediante consenso, procedieron a realizar los ajustes y adaptaciones lingüísticas correspondientes de la encuesta original.

Finalmente, realizaron una prueba piloto a 24 adolescentes, entre 12 y 15 años escogidos al azar [8]. Se determinaron los dominios e ítems del cuestionario, obteniendo cuatro dominios: 1) Conocimiento sobre salud oral, 2) Actitudes relacionadas con salud oral, 3) Prácticas relacionadas con salud oral y 4)

Características sociodemográficas. El cuestionario CAP tuvo un total de 25 ítems, 11 de verdadero y falso y 14 de alternativas [8].

Para el presente estudio, se clasificó las respuestas a las preguntas de las variables conocimientos y prácticas según correctas, incorrectas y sin certeza. Las respuestas más favorables para cada categoría fueron clasificadas como correctas, y como incorrectas las respuestas perjudiciales. Las respuestas sin certeza fueron aquellas respondidas como “no sé”. Por otro lado, para la variable actitud no fue posible hacer dicha categorización porque es una variable de corte psicológico-social [3].

IV.4. Procesamiento de datos

Los datos obtenidos se ingresaron en una hoja de datos y se procesó en el programa estadístico SPSS versión 30.0.

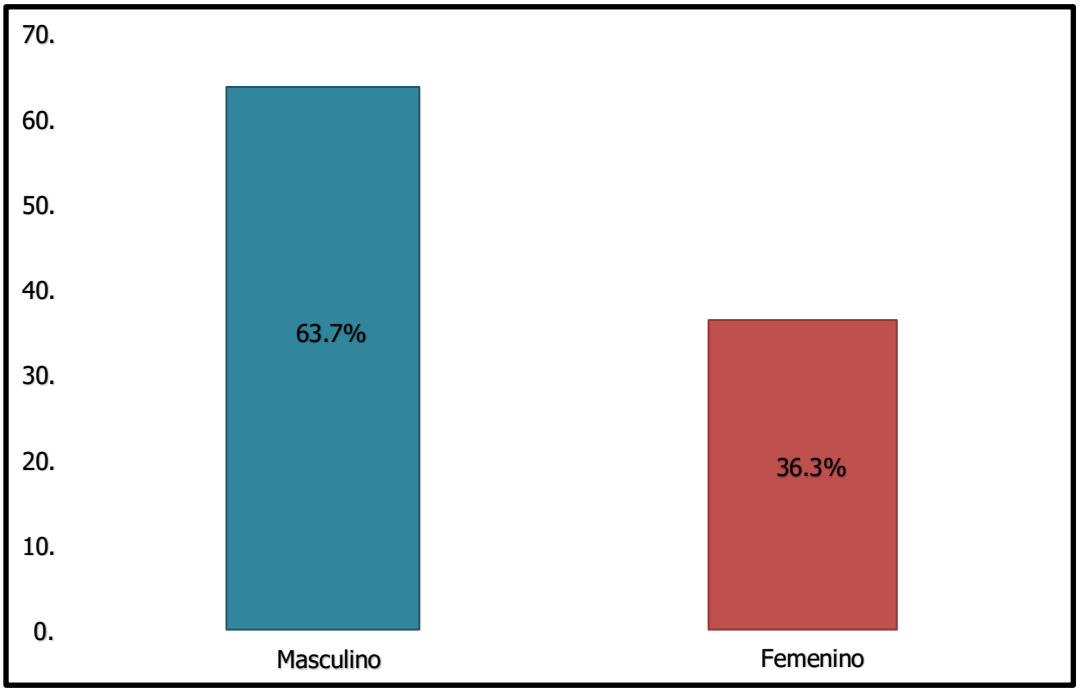
IV.5. Análisis de resultados

Se emplearon tablas de frecuencias para la presentación de las características de la población de estudio. Para el análisis descriptivo de las variables categóricas se utilizaron tablas de frecuencias y contingencia. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central. Para el análisis diferencial entre las variables de conocimiento, actitudes, prácticas, sexo y lugar de residencia se utilizó la prueba de Chi-cuadrado.

V RESULTADOS

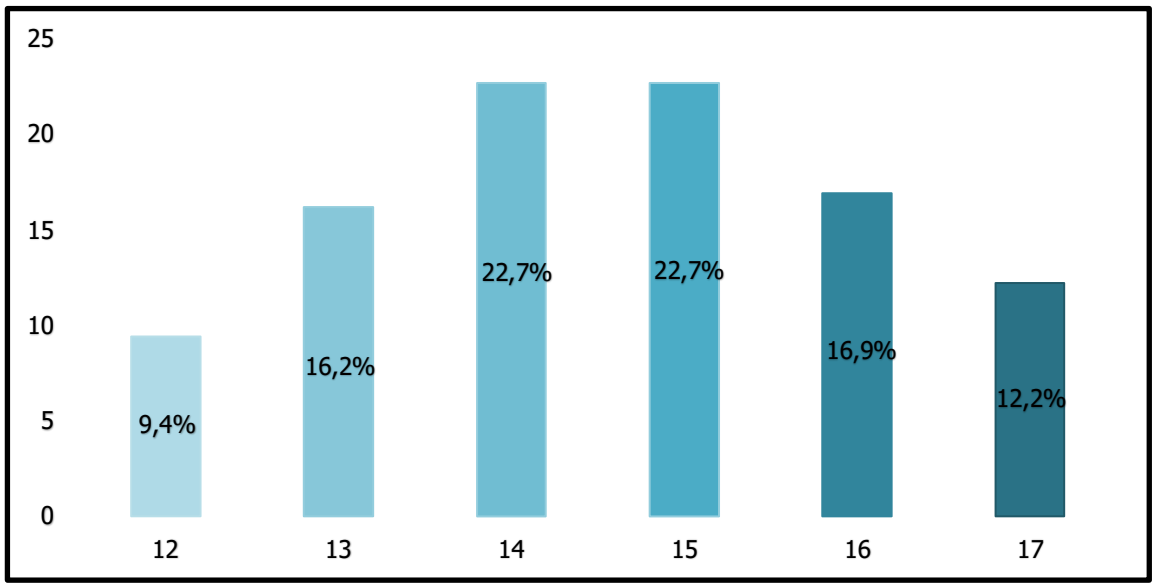
La población estuvo conformada por un total de 278 adolescentes escolares que cursaban sus estudios de nivel secundario en el año 2024 en colegios particulares de Lima, Perú. Dentro de las características relevantes de la población, presentamos las siguientes:

Gráfico 1. Población distribuida según sexo (n=278)



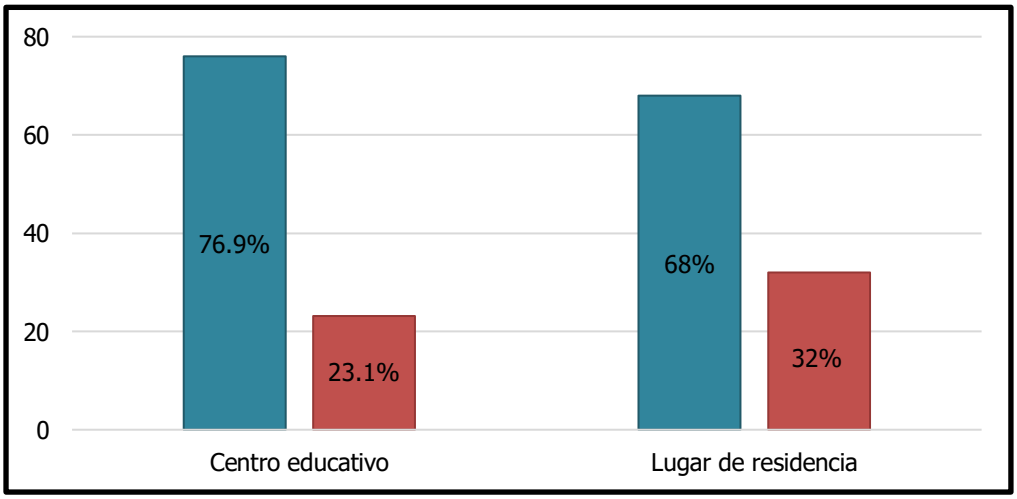
Se determinó que el 63.7% (n=177) pertenecieron al sexo masculino y 36,3% (n=101) pertenecieron al sexo femenino. (Grafico 1)

Gráfico 2. Población distribuida según edad (n=278)



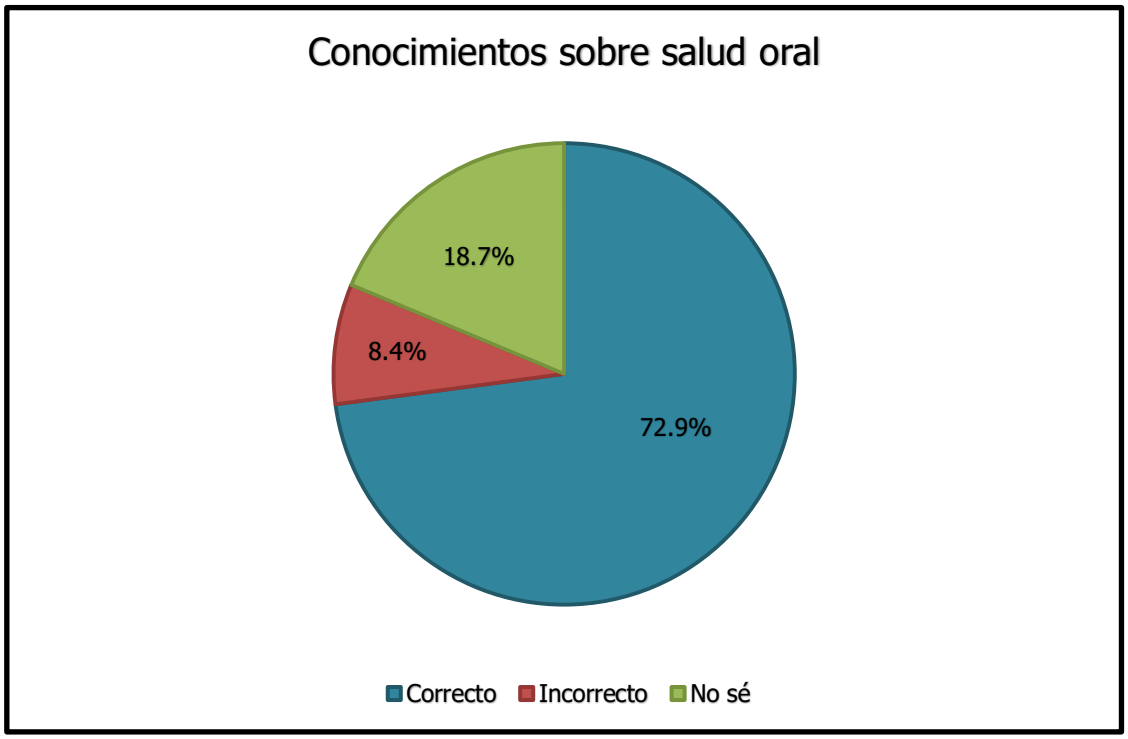
Según la edad, igual cantidad (n=63) tenían 14 y 15 años. El 16,2% (n=45) 13 años y el 16,9% (n=47) 16 años. (Grafico 2)

Gráfico 3. Población distribuida según centro educativo y lugar de residencia (n=278)



El 76,9% (n=214) pertenecieron a la I.E.P Nuestra Señora De la Merced y el 31,1% (n=64) a la I.E.P Trento. Mientras que el 68% (n=189) residía en el Cercado de Lima y el 32% (n=89) en otro distrito. (Gráfico 3)

Gráfico 4. Conocimientos sobre salud oral agrupados según respuestas correctas, incorrectas y sin certeza (n=278)



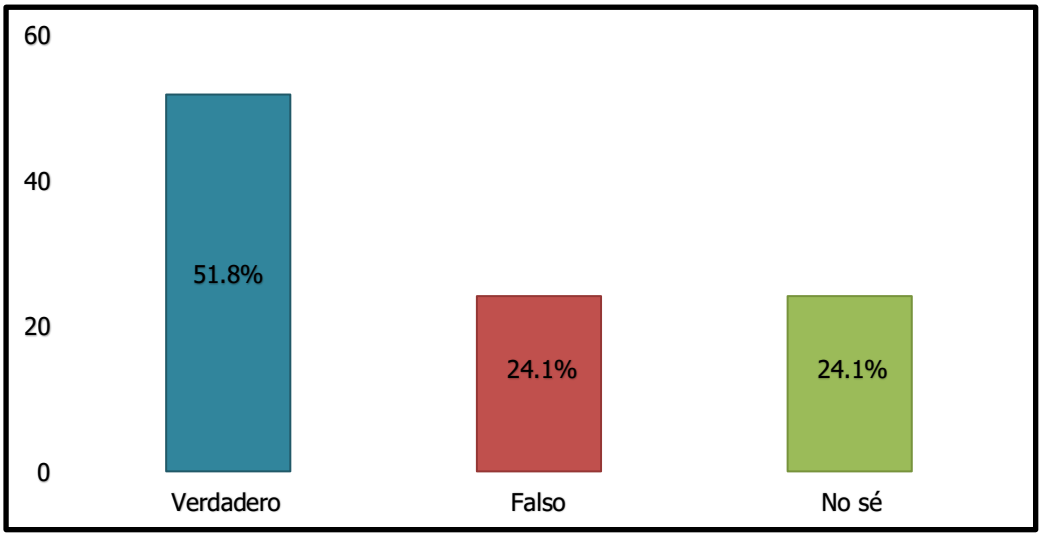
Se observó que el 72,9% de las respuestas dadas por los adolescentes fueron correctas, es decir, representan un conocimiento sobre salud oral adecuado. Sólo el 8,4% fueron respuestas incorrectas, mientras que el 18,7% no sabía con certeza la alternativa correcta. (Gráfico 4)

Tabla 1. Conocimientos sobre salud oral de la población (n=278)

Conocimientos	Verdadero		Falso		No sé	
	n°	%	n°	%	n°	%
Las bacterias (gérmenes) en los dientes causan caries	239	86	14	5	25	9
Los dientes naturales son mejores que los dientes postizos (falsos)	215	77,3	25	9	38	13,7
Cepillarse los dientes puede prevenir las caries	243	87, 4	9	3,2	26	9,4
Comer y beber alimentos dulces no provoca caries	25	9	203	73	50	18
Debes visitar al dentista al menos una vez al año, incluso si no tienes problemas o dolor de dientes	246	88,5	6	2,2	26	9,4
Usar hilo dental puede prevenir las caries	144	51,8	67	24,1	67	24,1
El uso de flúor previene las caries	153	55	25	9	100	36
El sangrado en el cepillado puede ser un signo de enfermedad en las encías	169	60,8	27	9,7	82	29,5
La enfermedad de las encías se puede producir por una falta de higiene dental	232	83.5	1	0,4	45	16,2
Cepillarse los dientes no previene problemas de las encías	43	15,5	154	55,4	81	29,1
Mantener los dientes naturales no es tan importante	15	5,4	231	83,1	32	11,5

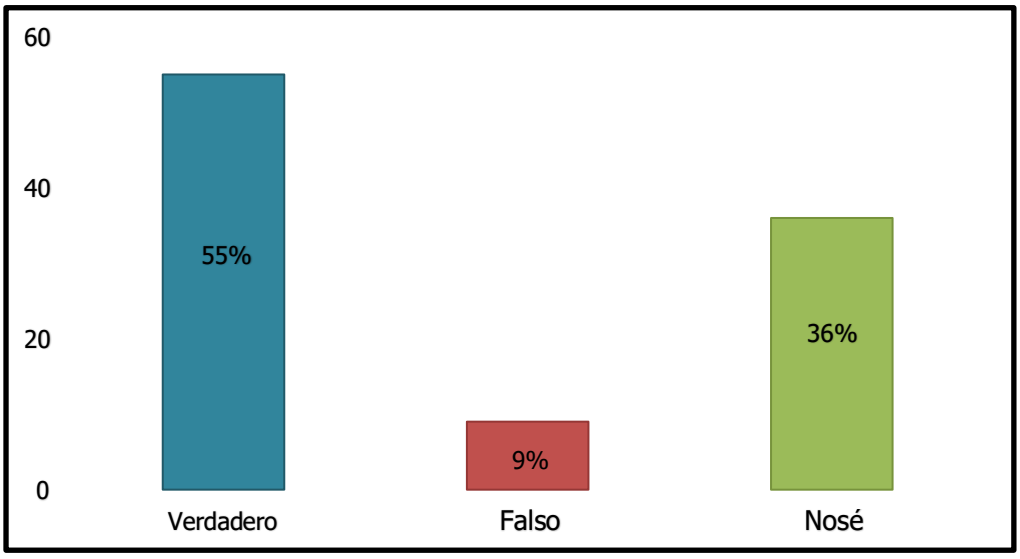
Se observó que el 86% de los adolescentes considera que las bacterias (gérmenes) causan caries en los dientes y el 73% piensa que los dulces tienen el mismo efecto. El 87,4% refiere que cepillarse los dientes puede prevenir la caries. Con relación a la gingivitis, el 60,8% lo asoció al sangrado durante el cepillado. El 5,4% considera que no es importante mantener los dientes naturales. (Tabla 1)

Gráfico 5. Adolescentes que saben si usar hilo dental puede prevenir las caries (n=278)



El 24.1% de adolescentes niega que el hilo dental pueda prevenir la caries y el mismo porcentaje no lo sabe con certeza. (Gráfico 5)

Gráfico 6. Adolescentes que saben si el uso de flúor puede prevenir las caries (n=278)



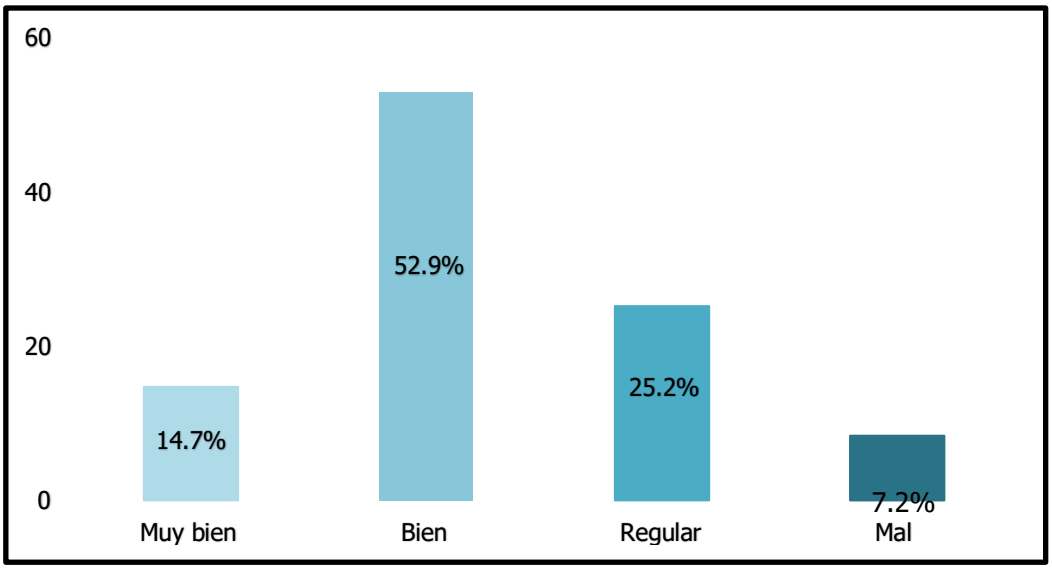
El 36% de los adolescentes no sabe la influencia del flúor como agente preventivo de la caries dental. (Gráfico 6)

Tabla 2. Actitudes relacionadas con salud oral de la población (n=278)

Actitudes		n°	%
¿Qué tan bien crees que tomas el cuidado de tus dientes?	Muy bien	41	14,7
	Bien	147	52,9
	Regular	70	25,2
	Mal	20	7,2
	Muy Bueno	12	4,2
Mi conocimiento sobre enfermedad de las encías es:	Bueno	56	20,1
	Regular	148	53,2
	No tengo	62	22,3
¿Cuán importante es para ti limpiar tus dientes?	Muy importante	146	52,5
	Importante	107	38,5
	Poco o nada importante	25	9
¿Cuán importante es para ti tener condiciones orales saludables?	Muy importante	148	53,2
	Importante	106	38,1
	Poco o nada importante	24	8,6
¿Cuál es el factor más importante para el futuro de la salud oral?	Mis propios esfuerzos	186	66, 9
	El dentista	92	33,1

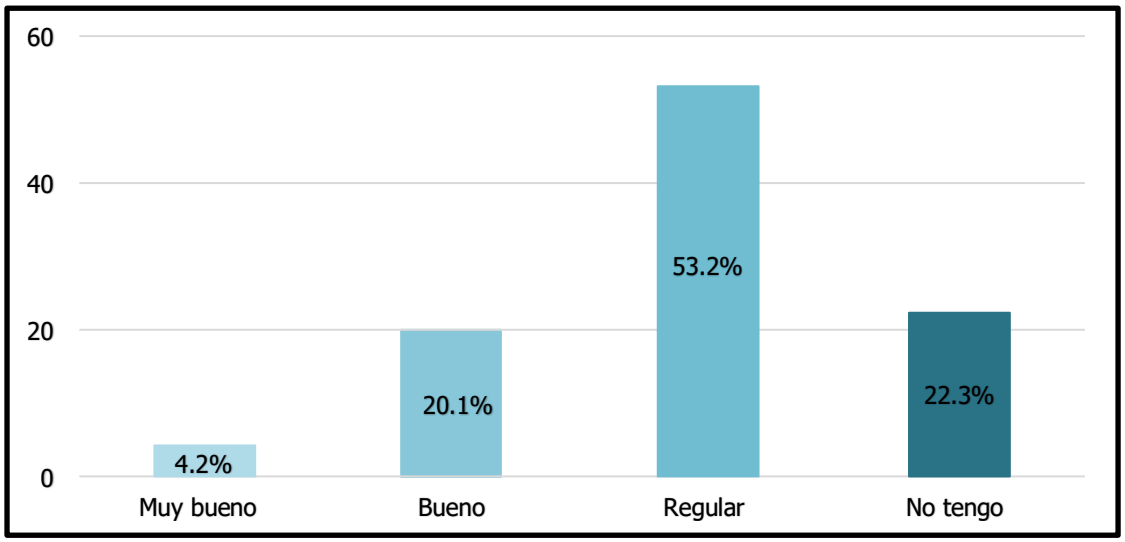
En cuanto a las actitudes de los adolescentes, se observó que el 52,9% declaró tener un buen cuidado de sus dientes. Un mayor porcentaje de adolescentes considera que es importante limpiar sus dientes y mantener condiciones orales saludables, frente a los que no lo consideran así. El 66,9% considera sus propios esfuerzos como el factor más importante para el futuro de su salud oral. (Tabla 2)

Gráfico 7. Actitud de los adolescentes respecto al cuidado de sus dientes (n=278)



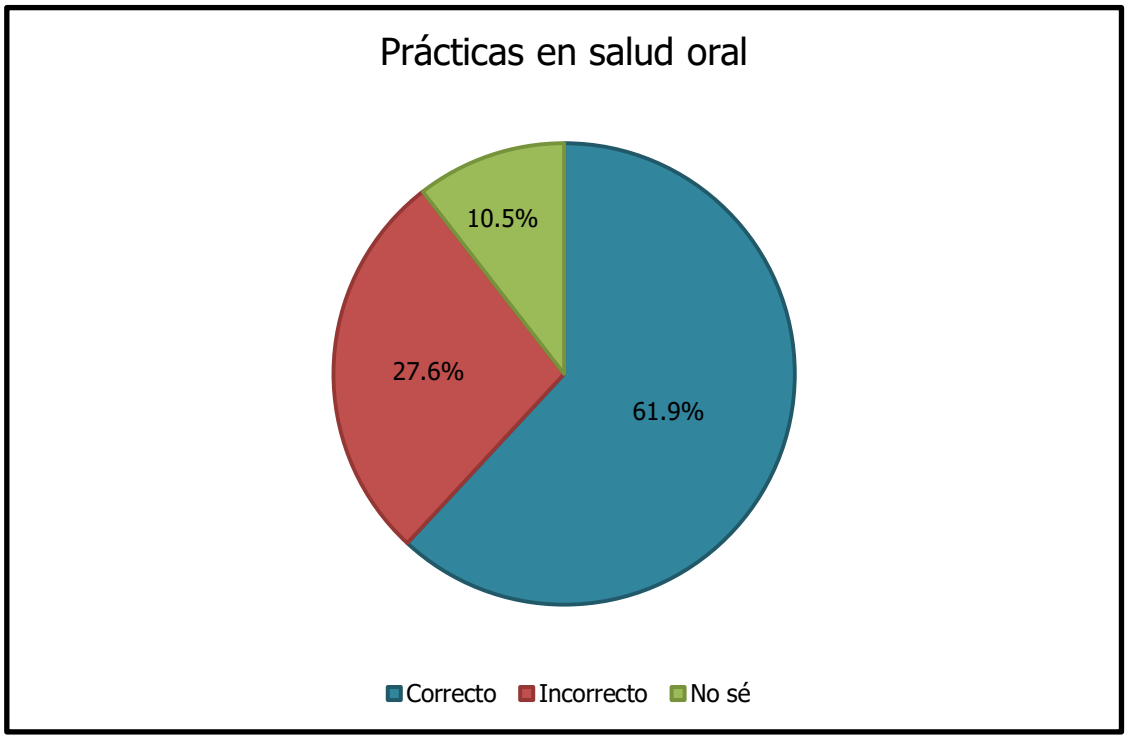
El 52,9% tiene una buena actitud frente al autocuidado de sus dientes, mientras que el 25,2%, tiene una actitud regular. (Gráfico 7)

Gráfico 8. Actitud de los adolescentes respecto a su conocimiento sobre enfermedad de las encías (n=278)



El 53.2% tiene un conocimiento regular sobre enfermedad de las encías, esto evidencia una actitud moderada frente a problemas como gingivitis. (Gráfico 8)

Gráfico 9. Prácticas en salud oral agrupadas según respuestas correctas, incorrectas y sin certeza (n=278)



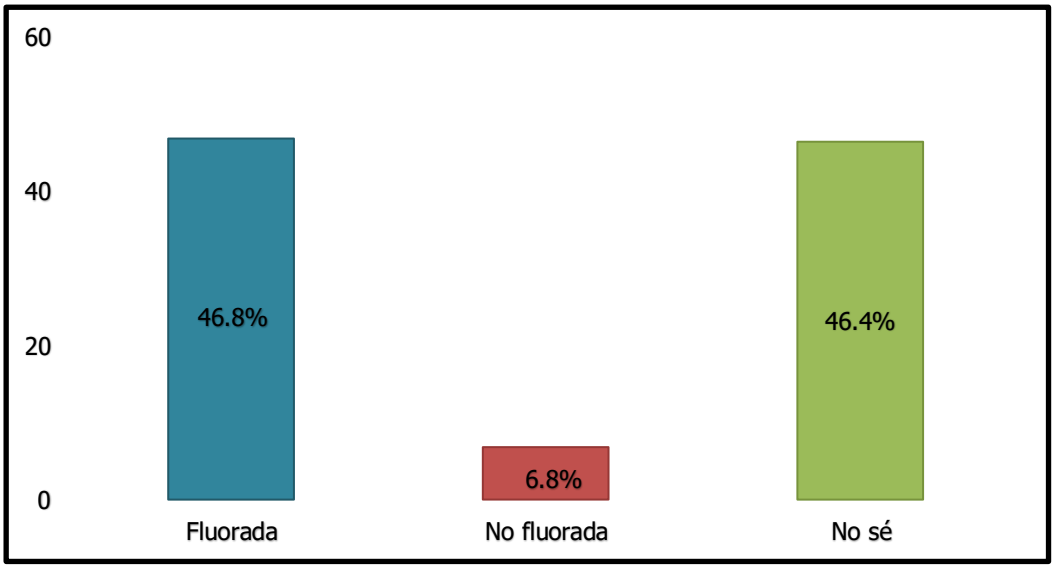
Se observó que el 61,9% de las respuestas dadas por los adolescentes fueron correctas, este resultado indica que la mayoría de ellos realizan prácticas en salud oral de forma adecuada. Mientras que el 27,6% fueron respuestas incorrectas, es decir, prácticas realizadas deficientemente. El 10,5% no sabía con certeza la alternativa correcta. (Gráfico 9)

Tabla 3. Prácticas relacionadas con salud oral de la población (n=278)

Prácticas		n°	%
Uso del cepillo de dientes	Si	257	92,4
	No	21	7,6
Elementos utilizados para cepillarse	Agua	6	2,2
	Pasta de dientes + agua	253	91
	Nada	19	6,8
Tipo de pasta de diente	Fluorada	130	46,8
	No fluorada	19	6,8
	No sé	129	46,4
Tiempo de duración del cepillado de dientes	Menos de 3 minutos	167	60, 1
	Más de 3 minutos	111	39,9
En qué momento del día te cepillas los dientes	Mañana y noche	96	34,5
	Solo mañana	13	4,7
	Solo noche	11	4
	Después de cada comida	158	56, 8
Cada cuánto tiempo cambias el cepillo de dientes	1-3 meses	133	47,8
	4-6 meses	80	28,8
	7-12 meses	11	4
	Después de 1 año	22	7,9
	No sé	32	11,5
Técnica de cepillado	Movimientos horizontales (lado a lado)	128	46
	Movimientos de arriba abajo	107	38,5
	No sigo ninguna	43	15,5

En relación a las prácticas de los adolescentes, se determinó que el 92,4% utiliza el cepillo de dientes y el 91% complementa su uso con pasta de dientes y agua. Por el contrario, el 6,8% admite no utilizar nada para el cepillado. El tiempo de cepillado de dientes dura menos de 3 minutos del 60,1% y el 56,8% se cepilla después de cada comida. (Tabla 3)

Gráfico 10. Tipo de pasta dental que utilizan los adolescentes (n=278)



El 46,8% de los adolescentes utiliza pasta dental fluorada, mientras que el 46,4% no sabe qué tipo de pasta dental usa. (Gráfico 10)

Tabla 4. Relación entre el conocimiento del uso de flúor como agente preventivo de caries y el tipo de pasta dental.

		El uso de flúor previene las caries								
		Verdadero		Falso		No sé		TOTAL		PRUEBA
		n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	Chi-cuadrado
Tipo de pasta de diente	**Fluorada**	89	58,2	10	40	31	31	130	46,8	
	No fluorada	5	3,3	8	32	6	6	19	6,8	<0.001
	No sé	59	38,5	7	28	63	63	129	46,4	
Total		153	100	25	100	100	100	278	100	

Al relacionar las respuestas, el 63% de los adolescentes que no saben si el uso del flúor previene las caries, tampoco conocen el tipo de pasta dental que usan. Mientras que el 38,5% de los que conocen la acción preventiva del flúor, no saben si su pasta dental es fluorada o no. (Tabla 4)

Además, se realizó la prueba chi-cuadrado para evaluar si difieren el conocimiento según la actitud, donde se obtuvo el nivel de significancia de <0,001 el cual evidencia que existe asociación entre las variables. (Tabla 4)

Tabla 5. Relación entre el momento de cepillado dental durante el día y la actitud respecto a la importancia de limpiar los dientes

		En qué momento del día cepillas tus dientes										PRUEBA
		Mañana y noche		Solo mañana		Solo noche		Después de cada comida		TOTAL		
		n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	Chi-cuadrado
¿Cuán importante es para ti limpiar tus dientes?	**Muy importante**	47	49	5	38,5	3	27,3	91	57,6	146	52,5	
	Importante	44	45,8	7	53,8	7	63,6	49	31	107	38,5	0,070
	Poco o nada importante	5	5,2	1	7,7	1	9,1	18	11,4	25	9	
Total		96	100	13	100	11	100	158	100	278	100	

Al relacionar los resultados, el 57,6% de los adolescentes que se cepillan después de cada comida consideran muy importante mantener limpios sus dientes, mientras que el 31% solo lo considera importante. Por otro lado, el 49% de aquellos que se cepillan 2 veces al día, declaran que es muy importante el autocuidado de los dientes. El 63,6% que se cepilla solo en las noches, considera importante limpiar sus dientes, lo cual denota una actitud positiva, pero una deficiente práctica de higiene. (Tabla 5)

Además, se realizó la prueba chi-cuadrado para evaluar si difieren el momento del cepillado según la actitud, donde se obtuvo el nivel de significancia de 0,070 el cual evidencia que no existe asociación entre las variables. (Tabla 5)

Tabla 6. Relación entre el conocimiento del cepillado dental como agente preventivo de caries y elementos utilizados para cepillarse

		Cepillarse los dientes puede prevenir las caries								
		Verdadero		Falso		No sé		TOTAL		PRUEBA
		n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	Chi-cuadrado
Elementos utilizados para cepillarse	Agua	5	2	1	11,1	0	0	6	2,2	<0.001
	Pasta de dientes + agua	236	97	8	88,9	9	34,6	253	91	
	Nada	2	1	0	0	17	65,4	19	6,8	
Total		243	100	9	100	26	100	278	100	

Al relacionar las respuestas, el 97% de los adolescentes que se cepillan con pasta dental y agua, sabe que el cepillado dental previene la caries dental. Por el contrario, el 65,4% de los adolescentes que no saben si cepillarse previene las lesiones cariosas, no usa nada al momento de cepillarse. (Tabla 6)

Se realizó la prueba chi-cuadrado para evaluar si difieren el conocimiento según los elementos utilizados al cepillarse, donde se obtuvo el nivel de significancia de <0,001 el cual evidencia que existe asociación entre variables. (Tabla 6)

Tabla 7. Actitud sobre el cuidado de los dientes según sexo y lugar de residencia

		¿Qué tan bien crees que tomas el cuidado de tus dientes?										
		Muy bien		Bien		Regular		Mal		TOTAL		PRUEBA
		n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	Chi-cuadrado
Sexo	Masculino	25	61	91	61,9	42	60	19	95	177	63,7	0,026
	Femenino	16	39	56	38,1	28	40	1	5	101	36,3	
Lugar de residencia	Cercado de Lima	27	65,9	102	69,4	57	81,4	3	15	189	68	<0,001
	Otro distrito	14	34,1	45	30,6	13	18,6	17	85	89	32	
Total		41	100	147	100	70	100	20	100	278	100	

En la tabla 7, observamos que 147 adolescentes tienen un buen cuidado de sus dientes, de estos el 61,9% pertenecen al sexo masculino. De los 20 adolescentes que refieren tener un mal cuidado de sus dientes, el 85% reside en otros distritos. (Tabla 7)

Además, se realizó la prueba chi-cuadrado para evaluar si difiere la actitud sobre el autocuidado según las variables, donde se obtuvo el nivel de significancia de 0,026 para la variable sexo y <0,001 para la variable lugar de residencia, los cuales evidencian que existe asociación entre las variables. (Tabla 7)

Tabla 8. Uso del cepillo de dientes según sexo y lugar de residencia

		Uso del cepillo de dientes						
		Sí		No		TOTAL		PRUEBA Chi-cuadrado
		n°	%	n°	%	n°	%	
Sexo	**Masculino**	157	61,1	20	95,2	177	63,7	0,002
	Femenino	100	38,9	1	4,8	101	36,3	
Lugar de residencia	**Cercado de Lima**	185	72	4	19	189	68	<0,001
	Otro distrito	72	28	17	81	89	32	
Total		257	100	21	100	278	100	

Respecto al uso del cepillo dental, 257 adolescentes lo utilizan. Sin embargo, 21 de ellos no lo utilizan; el 95,2% pertenecen al sexo masculino y 81% residen en otros distritos. (Tabla 8)

Además, se realizó la prueba chi-cuadrado para evaluar si difiere el uso del cepillo de dientes según las variables, donde se obtuvo el nivel de significancia de 0,002 para la variable sexo y <0,001 para la variable lugar de residencia, los cuales evidencian que existe asociación entre las variables. (Tabla 8)

VI DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes escolares. El 72,9% de la población posee conocimiento apropiado de salud oral, presentando mayores porcentajes en adolescentes del sexo masculino.

Los datos obtenidos en el estudio respecto a los conocimientos muestran que el 87,4% de los adolescentes considera que cepillarse los dientes puede prevenir la caries dental. Encontramos valores semejantes en los estudios de Barrientos et al. [8] (81,8%), Abdulrahim et al. [14] (86,5%) y Al-Tayar et al. [17] (94,9%) en donde la mayoría de la población considera el cepillado dental como agente preventivo de caries.

Además, en el estudio realizado por Barrientos et al. [8] se encontró que el 50% considera el uso de hilo dental como método de prevención contra caries y el 41,2% cree lo mismo en relación al uso de flúor. Los cuales son valores semejantes a los encontrados en el presente estudio. Es crucial enfocarse en este aspecto al momento de realizar intervenciones educativas; complementar el uso del cepillo y la pasta dental incrementa el nivel de prevención de lesiones cariosas.

Respecto al agente causal de la caries, se encontró que la mayoría de adolescentes considera que la presencia de bacterias (86%) y la falta de higiene oral (87,4%) pueden producir caries. Así como consumir alimentos dulces provoca caries (73%). Los cuales son valores semejantes a los encontrados en los estudios realizados por Blaggana et al. [13] y Carletto-Körber et al. [18].

Los resultados obtenidos en el presente estudio respecto a los conocimientos acerca de la prevención de caries dental difieren con los reportados por Koctong [12] en su investigación, donde fueron deficientes en el 53,1%. Esto podría explicarse por el hecho de que la investigación se realizó en escuelas públicas provenientes de la provincia de Tacna. Se sabe que la educación fuera del departamento de Lima es más limitada [12], lo que conlleva a que muchos adolescentes no tengan suficiente información sobre prevención de enfermedades orales.

Respecto a la enfermedad de las encías, la mayoría considera que el sangrado durante el cepillado podría indicar una patología en las encías, valor que es similar al encontrado en los estudios realizados por Abdulrahim et al. [14] y Al-Tayar et al. [17], donde la mayoría de adolescentes relaciona el sangrado con inflamación gingival.

En otro estudio realizado por Barrientos et al. [8], gran parte de los adolescentes muestra conocimiento sobre la importancia de acudir al odontólogo, incluso si no sienten molestias. Lo que concuerda con los encuestados en Cercado de Lima, en dónde la mayoría considera importante acudir al odontólogo al menos una vez al año solo por control, de esta manera se puede garantizar un mejor cuidado de la salud oral mediante chequeos y tratamientos preventivos indicados por el odontólogo en la consulta.

En los estudios realizados por Al-Tayar et al. [17] y Yance [20] encontraron que los porcentajes de un mayor conocimiento en salud oral estuvo relacionado al sexo femenino, a diferencia de los valores hallados en el presente estudio, donde los porcentajes más altos de conocimiento correspondieron al sexo masculino.

Con respecto a la actitud de los adolescentes, de acuerdo a los resultados obtenidos observamos que la mayoría considera muy importante tener condiciones orales saludables (53,2%) y limpiar sus dientes (52,5%). Hallazgos que fueron menores a los reportados por Barrientos et al. [8] donde se obtuvieron valores de 68,2% y 72,9% para cada ítem, respectivamente. En ese sentido, es importante desarrollar charlas de promoción de la salud y autocuidado enfocadas en despertar el interés en el adolescente sobre asumir la responsabilidad de su salud oral.

Además, encontramos que la mayoría de los adolescentes considera sus propios esfuerzos como el factor más importante para el futuro de la salud oral, al igual que en los estudios realizados por Barrientos et al. [8] y Carletto-Körber et al. [18]. El que los adolescentes reconozcan su responsabilidad en el mantenimiento de su salud oral demuestra una actitud positiva y presenta a los odontólogos una gran oportunidad para explorar el uso de estrategias de promoción orientadas al autocuidado y la prevención.

En relación a las prácticas, se encontró que casi en su totalidad, los adolescentes afirman utilizar el cepillo de dientes, valor similar al encontrado en los estudios realizados por Fernandes et al. [21] y Carletto-Körber et al. [18]. Respecto a otros elementos que acompañan al cepillo dental en la higiene oral, el 91% de los adolescentes emplean agua y pasta dental. Lo que coincide con los valores encontrados en los estudios realizados por Costa et al. [19] (100%), Barrientos et al. [8] (100%), Carletto-Körber et al. [18] (96,2%) y por Abdulrahim et al. [14] (59,8%).

En lo referente al tipo de pasta dental utilizada, los estudios de Carletto-Körber et al. [18] y Blaggana et al. [13] encontraron que la mayoría desconoce el tipo de pasta dental que usa, a diferencia del presente estudio, en donde la mayoría de adolescentes refiere utilizar una pasta fluorada al igual que en el estudio realizado por Barrientos et al. [8]. Además, el 55% de la población sabe que el flúor actúa como agente preventivo de la caries dental, por lo que podríamos relacionar ambos resultados para suponer qué los adolescentes conocen los beneficios del tipo de pasta dental que utilizan.

A diferencia del presente estudio, Barrientos et al. [8] encontraron que en la mayoría de los adolescentes chilenos el tiempo de duración de cepillado fue de más de 3 minutos. Esto indicaría el incorrecto hábito de cepillado en los adolescentes peruanos. Encontramos que la mayor parte de los adolescentes asegura cepillarse los dientes al menos 2 veces al día, resultado que guarda relación con los estudios de Fernandes et al. [21], Barrientos et al. [8], Al-Tayar et al. [17] y Carletto-Körber et al. [18], pero no concuerda con el estudio de Blaggana et al. [13], el cual señala que la mayoría se cepilla sólo 1 vez al día.

Analizando los resultados, se encuentra que la mayoría de adolescentes posee una actitud positiva, sin embargo, no conoce por completo sobre autocuidado y realiza de manera erróneas algunas prácticas de salud oral, resultado que guarda relación con el estudio de Koctong [12].

Dentro de la bibliografía revisada se encuentran estudios enfocados en el diseño, adaptación y validación de cuestionarios tipo CAP en distintas regiones [3,6,16], lo cual sugiere la eficacia del cuestionario para determinar los conocimientos,

actitudes y prácticas de distintos grupos etáreos provenientes de distintas partes del mundo [15].

Esto nos indica que, se evidencia un instrumento consistente y útil para la elaboración de bases de datos que servirían para diseñar herramientas de promoción, prevención y protección de la salud oral orientados a una población específica según los requerimientos del adolescente.

VII CONCLUSIONES

- Según los resultados del cuestionario, los adolescentes poseen un conocimiento adecuado respecto a salud oral en temas como la prevención de enfermedades orales y el autocuidado. En lo que refiere a problemas en las encías, dicho conocimiento fue deficiente.
- Respecto a las preguntas sobre actitudes relacionadas con salud oral, los adolescentes presentan sentimientos positivos hacia el autocuidado de la cavidad oral y la importancia de mantener condiciones orales óptimas. Además, reconocen el papel que desempeñan en su salud oral.
- Las respuestas sobre prácticas relacionadas con salud oral evidencian la presencia hábitos de higiene oral en más de la mitad de la población, tales como el cepillado dental con pasta fluorada de manera diaria y después de los alimentos.

VIII RECOMENDACIONES

- La edad escolar es el momento adecuado para moldear comportamientos mediante estrategias educativas para la promoción de la salud oral, organizando los contenidos según los intereses y características de grupo objetivo.
- Realizar más investigaciones sobre este grupo poblacional en distintos distritos, extendiendo el estudio, para poder ampliar los resultados sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud oral de los adolescentes en la región.
- Diseñar, evaluar y aplicar estrategias preventivas y promocionales que mejoren la salud oral de los adolescentes escolares del distrito de Cercado de Lima, y que promuevan la investigación de nivel aplicativo en este grupo poblacional.
- Implementar intervenciones educativas y realizar diagnósticos tempranos del estado de salud oral de los escolares pertenecientes a los centros educativos de la región.
- Realizar estudios como el presente, teniendo también referencias de las condiciones clínicas, con el objetivo de poder comparar los conocimientos, actitudes y prácticas con el estado real y actual de salud oral de los encuestados.
- Es importante que la educación logre influir directamente en los conocimientos previos y las actitudes, tomando en cuenta los diversos factores socioeconómicos de la población objetivo.

IX REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lazo G. Problemática actual en salud oral en el Perú. Revista Posgrado Scientiarvm 2017; 3(2): 55-58.

2. Adame G. Actitud y tipo de conocimiento sobre salud e higiene oral en los adolescentes de Monterrey, N.L., México. [Tesis de maestría]. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.

3. Alvarez L, Clavijo Z. Diseño y validación de un cuestionario para medir conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes frente al cuidado de la salud oral. [Tesis de pregrado]. Enviado: Universidad Cooperativa de Colombia; 2016.

4. Lillo J. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev Asoc Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2004;(90): 57-71. Recuperado de: http://www.redalyc.org/artículo.oa?id=265019660005.

5. Kontorovsky D. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre higiene oral en los estudiantes de la Escuela Monte Tabor del Municipio El Crucero, Departamento de Managua del 15 de febrero al 31 de marzo del 2013. [Tesis de maestría]. Managuas: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2013.

6. Calderón C, Cifuentes J, Contreras M, Quijano M. Traducción y adaptación transcultural del cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral dirigido a preadolescentes en Colombia. [Tesis de pregrado]. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás; 2019.

7. Morel M, Díaz C, Quintana M. Nivel de conocimientos sobre salud oral e índice de caries en adolescentes de una escuela de Pirayú, Paraguay. Pediatría (Asunción) 2018; Vol 45 (3): 212-216.

8. Barrientos C, Becerra P, Parra A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, año 2013. Rev. Chil Salud Pública 2014; Vol 18 (2); 140-148.

9. Awuapara S, Valdivieso M. Características bio-psicosociales del adolescente. Odontol Pediatr 2013; 12(2): 119-128.

10. Cerón-Bastidas X. Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. Rev. CES Odont 2018; 31(1): 38-46.

11. Fernández M. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral, en estudiantes del Colegio Público de Esquipulas del Municipio de Managuas, 15 de febrero al 31 de marzo 2013. [Tesis de maestría]. Managuas: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2013.

12. Koctong A. Conocimiento y actitud en salud oral en adolescentes de instituciones educativas estatales. Rev Odontol Basadrina 2023; 7(1): 29-37.

13. Blaggana A, Grover V, Anjali, Kapoor A, Blaggana V, Tanwar R, Kaur H, Haneet R. Oral heatlh knowledge, attitudes and practice behavior among secondary school children in Chandigarh. J Clin Diagn Res [Internet]. 2016 Oct [Citado 2024 Ago 30]; 10(10): ZC01-ZC06. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5121785/

14. Abdulrahim M, AlKandari M, Alomari Q, Baskaradoss K. Oral heatlh knowledge, attitude and practice among adolescents in Kuwait. Int J Adolesc Med Health 2020; 34(6): 437-442.

15. Abullais S, Al-Shahrani F, Al-Gafel K, Saeed A, Al-Mathami S, Bhavikatti S, Khan A. The knowledge, attitude and practices of the caregivers about oral health care, at centers for intellectually disabled, in Southern Region of Saudi Arabia. Healthcare 2020; 8(4): 416.

16. Xiang B, Wong H, Cao W, Perfecto A, McGrath C. Development and validation of the oral health behavior questionnaire for adolescents based on the health belief model (OHBQAHBM). BMC Public Health 2020; 20: 701.

17. Al-Tayar B, Ahmad A, Sinor M, Harun M. Oral health knowledge, attitude, and practices among Yemeni school students. J Int Oral Health 2019; 11: 15-20.

18. Carletto-Körber F, Isla C, Abrahim L, Cornejo L. Knowledge, attitudes, practices and oral health status in adolescents of the city of Córdoba, Argentina. J Oral Res 2018; 7(9): 418- 425.

19. Costa F, Fernandes L, Moura E, Aguiar Y, Santos F, Cavalcanti A. Oral health habits, prevalence of dental caries and dental erosion in adolescents. Rev Gaüch Odontol 2017; 65(3): 202-207.

20. Yance P. Conocimiento y actitud sobre la salud oral de los adolescentes atendidos en el centro de salud San Juan - Iquitos, 2017. [Tesis de pregrado]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2017.

21. Fernandes L, Mariz da Costa F, Brandt L, Xavier A, Aguiar Y, Santos F, Cavalcanti A. Hábitos de higiene oral e condição periodontal de escolares adolescentes. R bras ci Saúde 2016; 20(1): 37-42.

22. Llanque D. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en padres de familia de la institución educativa Nuestro Señor de la Misericordia de la provincia de Tacna, 2021. [Tesis de pregrado]. Tacna: Universidad Alas Peruanas; 2021.

23. Dhó MS. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. Av. Odontoestomatolo 2015; Vol 31 (2); 67-76.

24. Hechavarría B, Venzant S, Carbonell M, Carbonell C. Salud oral en la adolescencia. MEDISAN 2013; 17(1): 117-125.

25. Moreno J, Galiano M. Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. Pediatr Integral 2015; 19(4): 268-276.

26. Neill D, Cortez L. Procesos y fundamentos de la investigación científica. 1era. ed. Machala: UTMACH; 2018.

27. Horna F, Mercado G. Nivel de conocimiento y estado de salud oral en gestantes del distrito de Jesús - Cajamarca 2022. [Tesis de pregrado]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2022.

28. Navarro M, López A. Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras – Distrito de Morales. Periodo

junio – setiembre 2012. [Tesis de pregrado]. Tarapoto: Universidad Nacional De San Martín; 2012.

29. Capote M, Campello L. Importancia de la familia en la salud oral. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Jun 26]; 49(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000100007&lng=es.

30. Seoane A. Adolescencia y conductas de riesgo. [Tesis de pregrado]. Montevideo: Universidad de la República Uruguaya; 2015.

31. Krauskopof D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. salud [Internet]. 1999 Jan [citado 2019 Jul 17]; 1(2): 23-31. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en.

32. Núñez O. Pubertad precoz: no solo una cuestión de edad. An. Fac. med. [Internet]. 2015 Jul [citado 2023 Ene 20]; 76(3): 277-283. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000400010&lng=es.

33. Hernández L. Adolescencia: ¿Adolecer es padecer? Salus [Internet]. 2011 Ago [citado 2023 Ene 20]; 15(2): 5-6. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382011000200003&lng=es.

34. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2015 Dic [citado 2023 Ene 21]; 86(6): 436-443. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es.

35. Contreras A, Prías H. Intervención educativa para la promoción de estilos de vida saludable en adolescentes. Revista Espacios 2020; 41(37): 215-225.

36. De La Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR 2020; 5(1): 81-90.

37. Pérez L, Marugán J, Bachiller M, Casado V. Impacto en la salud del programa de intervención comunitaria "Educación para la salud en la adolescencia". Gaceta Sanitaria [Internet]. 2023 May [citado 2025 Mar 17]; 37: 102305. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911123000195.

38. Gómez R, Gómez A, Galbán M, Rodríguez A. Acciones educativas para cambios de comportamientos en la práctica de relaciones sexuales entre adolescentes. Rev Cubana Med Gen Integr 2019; 35(4): 22.

39. Benites E, Chunga J. Efectividad de un programa educativo en adolescentes sobre el nivel de conocimiento en salud sexual y reproductiva. SCIÉNDO 2017; 20(2): 61-69.

40. Gupta T, Sequeira P, Acharya S. Oral health knowledge, attitude and practices of a 15-year-old adolescent population in Southern India and their social determinants. Oral Health Prev Dent 2012; 10(4): 345–54.

X ANEXOS

Anexo 01. Cuadro de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	MATERIAL Y MÉTODO
¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes escolares de Lima-Perú en el año 2024?	**OBJETIVO GENERAL** Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes escolares de Lima, Perú. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** ● Identificar los conocimientos sobre salud oral de los adolescentes escolares de Lima, Perú. ● Identificar las prácticas en salud oral de los adolescentes escolares de Lima, Perú. ● Identificar las actitudes en salud oral de los adolescentes escolares de Lima, Perú.	Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral	**TIPO DE ESTUDIO** Básico descriptivo y cualitativo de corte transversal. **DISEÑO DE ESTUDIO** Estudio observacional **POBLACIÓN** 278 adolescentes escolares entre 12-17 años matriculados en el año académico 2024, del nivel secundario en dos instituciones educativas particulares de Cercado de Lima, Lima-Perú. **PROCESAMIENTO DE DATOS** Paquete estadístico SPSS 30.0 Análisis descriptivo Prueba de chi-cuadrado para conocimientos, actitudes y prácticas según sexo y lugar de residencia.

Anexo 02. Consentimiento informado

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Facultad de Odontología

Título: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LIMA-PERÚ, 2024".

Propósito del estudio: Lo invitamos conceda el permiso para que su menor hijo/a participe del estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes escolares de Lima-Perú, 2024". Estamos realizando este estudio para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de los adolescentes escolares. Estos datos servirán como un aporte para la implementación de programas de prevención contra enfermedades orales y promoción de la salud oral para los adolescentes.

Procedimientos: Si su respuesta es afirmativa, proceda a devolver este consentimiento debidamente marcado. Posteriormente, se le entregará un cuestionario a su menor hijo/a para que proceda con su llenado el cual no tardará más de 10 minutos.

No se prevén riesgos por participar en el estudio ni usted deberá pagar nada. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en un proyecto de investigación.

Toda la información recogida será guardada en formato electrónico, cuyo acceso será restringido al autor del estudio. Se le asegura la confidencialidad y el carácter ANÓNIMO de la información que brinde.

Derechos del participante: Usted decide que su menor hijo/a participe o no en el estudio.

CONSENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente que mi menor hijo/a participe en este estudio y comprendo lo que implica participar en el proyecto.

☐ **Sí, doy mi consentimiento**

☐ **No doy mi consentimiento**

_____

FIRMA

Si tiene alguna pregunta sobre la aplicación del cuestionario, comunicarse con Belen De la Cruz Acosta, investigadora responsable, belenandrea25@gmail.com / belen.delacruz@unmsm.edu.pe, 940168759.

.

Anexo 03. Asentimiento informado

Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Facultad de Odontología

Título: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LIMA-PERÚ, 2024".

Propósito del estudio: Lo invitamos a participar del estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas de salud oral en adolescentes escolares de Lima-Perú, 2024". Estamos realizando este estudio para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de los adolescentes escolares. Estos datos servirán como un aporte para la implementación de programas de prevención contra enfermedades orales y promoción de la salud oral para los adolescentes.

Procedimientos: Si su respuesta es afirmativa, marque y firme en la parte inferior y continúe con el cuestionario. Cuyo llenado no tardará más de 10 minutos.

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio. Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar en un proyecto de investigación.

Toda la información recogida será guardada en formato electrónico, cuyo acceso será restringido al autor del estudio. Se le asegura la confidencialidad y el carácter ANÓNIMO de la información que brinde.

Derechos del participante: Usted decide participar o no en el estudio.

ASENTIMIENTO:

Acepto voluntariamente participar en este estudio y comprendo lo que implica participar en el proyecto.

☐ **Sí, deseo participar**

☐ **No deseo participar**

FIRMA

Si tiene alguna pregunta durante cualquier etapa del estudio, comunicarse con Belen De la Cruz A. investigadora responsable, belenandrea25@gmail.com / belen.delacruz@unmsm.edu.pe, 940168759.

Anexo 04. Instrumento / Cuestionario CAP

Dominio	Pregunta	Respuesta		
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL	1.Las bacterias (gérmenes) en los dientes causan caries	Verdadero	Falso	No sé
	2.Los dientes naturales son mejores que los dientes postizos (falsos)	Verdadero	Falso	No sé
	3.Cepillarse los dientes puede prevenir las caries	Verdadero	Falso	No sé
	4.Comer y beber alimentos dulces no provoca caries	Verdadero	Falso	No sé
	5.Debes visitar al dentista al menos una vez al año, incluso si no tienes problemas o dolor de dientes	Verdadero	Falso	No sé
	6.Usar hilo dental puede prevenir las caries	Verdadero	Falso	No sé
	7.El uso de flúor previene las caries	Verdadero	Falso	No sé
	8.El sangrado en el cepillado puede ser un signo de enfermedad en las encías	Verdadero	Falso	No sé
	9.La enfermedad de las encías se puede producir por una falta de higiene dental	Verdadero	Falso	No sé
	10.Cepillarse los dientes no previene problemas de las encías	Verdadero	Falso	No sé
	11.Mantener los dientes naturales no es tan importante	Verdadero	Falso	No sé

ACTITUDES RELACIONADAS CON SALUD ORAL	1.¿Qué tan bien crees que tomas el cuidado de tus dientes?	Muy bien / Bien / Regular / Mal
	2.Mi conocimiento sobre enfermedad de las encías es:	Muy bueno / Bueno / Regular / No tengo
	3.¿Cuán importante es para ti limpiar tus dientes?	Muy importante / Importante / Poco o nada importante
	4.¿Cuán importante es para ti tener condiciones bucales saludables?	Muy importante / Importante / Poco o nada importante
	5.¿Cuál es el factor más importante para el futuro de la salud oral?	Mis propios esfuerzos / El dentista
PRÁCTICAS RELACIONADAS CON SALUD ORAL	1.Uso del cepillo de dientes	Sí / No
	2.Elementos utilizados para cepillarse	Agua / Pasta de dientes + agua / Nada
	3.Tipo de pasta de diente	Fluorada / No fluorada / No sé
	4.Tiempo de duración del cepillado de dientes	Menos de 3 minutos / Más de 3 minutos
	5.En qué momento del día cepillas tus dientes	Mañana y noche / Solo mañana / Solo noche / Después de cada comida
	6.Cada cuanto tiempo cambias el cepillo de dientes	1 - 3 meses / 4 - 6 meses / 7 – 12 meses / Después de un año / No sé
	7.Técnica de cepillado	Movi-mientos horizonta-les (lado a lado) / Movi-mientos de arriba abajo / No sigo ninguna
DATOS PERSONALES	1.Sexo	Masculino / Femenino
	2.Edad	_____
	3.Residencia	Urbano / Rural

Anexo 05. Confiabilidad del instrumento

Se realizó la prueba piloto en 42 estudiantes escolares de la Institución Educativa Privada “Friedrich Gauss” para verificar la confiabilidad de los instrumentos con la prueba estadística Alfa de Cronbach donde se obtuvo el siguiente resultado:

Escala: Análisis de confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.906	26

Anexo 06. Solicitud remitida a la I.E.P N.S.M Mirones Bajo

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN
DE ENCUESTAS

REVERENDO PADRE FRAY MIRKO FREDY GARCÍA VALLADARES DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CATÓLICA PRIVADA "NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED" CERCADO DE LIMA – LIMA

S.D.

Yo, Belen Andrea De la Cruz Acosta identificada con DNI 73182634 con domicilio en Jr. Victoria Navarro 131 Villa Sr. De los Milagros – Carmen de la Legua Reynoso Callao, con código de matrícula 15050044, egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos respetuosamente me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiendo finalizado mis estudios superiores, me encuentro realizando mi proyecto de investigación titulado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LIMA-PERÚ, 2024", aprobado por el vice decanato académico de mi facultad, el cual requiere la aplicación de encuestas en estudiantes del nivel secundario de la institución que dirige.

Por lo cual siendo usted la máxima autoridad, solicito tenga a bien autorizar la realización de dichas encuestas cuya participación no atribuye ningún riesgo ni beneficio, solo la satisfacción de haber contribuido a la ya mencionada investigación.

Atención que espero alcanzar por ser de justicia.

Lima, 20 de setiembre de 2024

Atentamente,



……..……..

Investigador responsable

Adj.
- Cuestionario CAP

Anexo 07. Solicitud remitida a la I.E.P Trento-Colonial

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE ENCUESTAS

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA "TRENTO - COLONIAL" CERCADO DE LIMA – LIMA

S.D.

Yo, Belen Andrea De la Cruz Acosta identificada con DNI 73182634 con domicilio en Jr. Victoria Navarro 131 Villa Sr. De los Milagros – Carmen de la Legua Reynoso Callao, con código de matrícula 15050044, egresada de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos respetuosamente me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiendo finalizado mis estudios superiores, me encuentro realizando mi proyecto de investigación titulado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE SALUD ORAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LIMA, PERÚ, 2024", aprobado por el vice decanato académico de mi facultad, el cual requiere la aplicación de encuestas en estudiantes del nivel secundario de la institución que dirige.

Por lo cual siendo usted la máxima autoridad, solicito tenga a bien autorizar la realización de dichas encuestas cuya participación no atribuye ningún riesgo ni beneficio, solo la satisfacción de haber contribuido a la ya mencionada investigación.

Atención que espero alcanzar por ser de justicia.

Lima, 20 de setiembre de 2024

Atentamente,



……

Investigador responsable

Adj.

- Cuestionario CAP

Anexo 08. Certificado Comité de Ética

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

CÓDIGO: N° 087-2024-CBE-FCB-UNMSM

FECHA: 02 de octubre del 2024

PROYECTO: "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD ORAL EN ADOLESCENTES ESCOLARES DE LIMA, PERÚ, 2024"

INVESTIGADOR SOLICITANTE: Bach. Belen Andrea De la Cruz Acosta

TIPO DE PROYECTO: Proyecto de Tesis de Título Profesional

La Bach. Belen Andrea De la Cruz Acosta, entregó al Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Biológicas una solicitud adjuntando toda la documentación completa el día 03 de julio del 2024, a fin de someter el proyecto de Tesis de Título.

El proyecto y la documentación correspondiente fueron enviados y evaluados de forma presencial por todos los miembros del Comité de Bioética, quienes hicieron sus consultas y sugerencias en línea, cuyo levantamiento de observaciones fue realizado por la responsable del proyecto en el siguiente documento:
Link:

https://docs.google.com/document/d/1SDNs_1tJuYAm-7_zilUfCxlapABmmAob/edit

En la reunión de fecha 02 de octubre del 2024, el Comité acordó otorgar la aprobación del proyecto.

En virtud de las consideraciones expuestas, el Comité concede la **Aprobación** para la realización del estudio propuesto.

Ciudad Universitaria, 16 de octubre del 2024

UNMSM Firmado digitalmente por LARA AMAT Y LEON Joan FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22.10.2024 15:51:28 -05:00

Dr. JOAN LARA AMAT Y LEÓN
PRESIDENTE

BLGA. CARMEN YAMASHIRO GUINOZA
SECRETARIA

Email: comitebioetica.biologia@unmsm.edu.pe

Anexo 09. Tablas de resultados

Tabla 9. El sangrado en el cepillado puede ser signo de enfermedad en las encías según sexo y lugar de residencia

		El sangrado en el cepillado puede ser signo de enfermedad en las encías								
		Verdadero		Falso		No sé		**TOTAL**		**PRUEBA Chi-cuadrado**
		n°	%	n°	**%**	n°	%	n°	**%**	
Sexo	**Masculino**	106	62,7	14	51,9	57	69,5	177	63,7	0,234
	Femenino	63	37,3	13	48,1	25	30,5	101	36,3	
Lugar de residencia	**Cercado de Lima**	108	63,9	20	74,1	61	74,4	189	68	0,192
	Otro distrito	61	36,1	7	25,9	21	25,6	89	32	
Total		169	100	27	100	82	100	278	100	

Fuente: Aplicación del cuestionario CAP a la población

Tabla 10. Cepillarse los dientes no previene problemas de las encías según sexo y lugar de residencia

		Cepillarse los dientes no previene problemas en las encías								
		Verdadero		Falso		No sé		**TOTAL**		**PRUEBA Chi-cuadrado**
		n°	%	n°	**%**	n°	%	n°	**%**	
Sexo	**Masculino**	30	69,8	98	63,6	49	60,5	177	63,7	0,593
	Femenino	13	30,2	56	36,4	32	39,5	101	36,3	
Lugar de residencia	**Centro de Lima**	18	41,9	110	71,4	61	75, 3	189	68	<0,001
	Otro distrito	25	58,1	44	28,6	20	24,7	89	32	
Total		43	100	154	100	81	100	278	100	

Fuente: Aplicación del cuestionario CAP a la población

Tabla 11. Factor más importante para el futuro de la salud oral según sexo y lugar de residencia

		¿Cuál es el factor más importante para el futuro de la salud oral?						
		Mis propios esfuerzos		El dentista		**TOTAL**		**PRUEBA**
		n°	%	n°	**%**	n°	**%**	**Chi-cuadrado**
Sexo	**Masculino**	115	61,8	62	67,7	177	63,7	0,364
	Femenino	71	38,2	30	32,6	101	36,3	
Lugar de residencia	**Cercado de Lima**	140	75,3	49	53,3	189	68	<0,001
	Otro distrito	46	24,7	43	46,7	89	32	
Total		186	100	92	100	278	100	

Fuente: Aplicación del cuestionario CAP a la población

Tabla 12. Tipo de pasta de dientes que usan los adolescentes según sexo y lugar de residencia

		Tipo de pasta de dientes								
		Fluorada		No fluorada		No sé		**TOTAL**		**PRUEBA**
		n°	%	n°	**%**	n°	%	n°	**%**	**Chi-cuadrado**
Sexo	**Masculino**	81	62,3	13	68,4	83	64,3	177	63,7	0,854
	Femenino	49	37,7	6	31,6	46	35,7	101	36,3	
Lugar de residencia	**Cercado de Lima**	90	69,2	13	68,4	86	66,7	189	68	0,906
	Otro distrito	40	30,8	6	31,6	43	33,3	89	32	
Total		130	100	19	100	129	100	278	100	

Fuente: Aplicación del cuestionario CAP a la población