



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del  
anexo La Central, Arequipa, 2021**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**AUTORES:**

Llerena Condori Denissere Andrea ([0000-0001-8104-2859](tel:0000-0001-8104-2859))

Luque Carreón, Ruth Fabiola ([0000-0003-1214-0679](tel:0000-0003-1214-0679))

**ASESOR**

Dr. Jaime Uxon Plasencia Castillo ([0000-0001-8086-2206](tel:0000-0001-8086-2206))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Promoción de la salud y desarrollo sostenible

PIURA – PERÚ

2021

## **Dedicatoria**

A Dios, por haberme bendecido con una familia maravillosa.

A mi familia que siempre me ha dado ejemplo de superación, humildad y sacrificio. Familia que, por el deseo de ver realizado un sueño y el inmenso amor que tienen hacia mí, me condujo en el camino hacia el triunfo.

Denissere A. Llerena.

A Dios, manantial de vida, por haberme dado salud y lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos.

A mi madre, por su apoyo permanente e invaluable, por sus consejos, por la motivación constante; sobre todo, por los valores inculcados que permitieron hacer de mí una persona de bien.

A mi esposo Renán, paciente compañero que Dios me puso en el camino, por su valioso apoyo incondicional en los momentos más difíciles para el logro de esta meta.

A mi amiga Denissere, por compartir esta maravillosa experiencia, una de las más especiales.

Ruth F. Luque.

## **Agradecimiento**

Mi eterno agradecimiento a Dios, por bendecirme con la vida, ser mi guía y brindarme fortaleza en los malos momentos.

A mis queridos padres: Andrea y Alberto, por ser mis pilares impulsores de mis sueños, por el esfuerzo, el amor, su confianza y su apoyo incondicional en cada momento.

A mi único hermanito Joel Ángel, que me dio mucha fuerza para lograr este objetivo.

## Índice de contenidos

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Dedicatoria .....  | ii                                   |
| Agradecimiento .....                                       | <b>¡Error! Marcador no definido.</b> |
| Índice de contenidos .....                                 | iv                                   |
| Índice de tablas .....                                     | vii                                  |
| Índice de abreviaturas .....                               | vii                                  |
| Resumen.....   | viii                                 |
| Abstract.....  | ix                                   |
| I. INTRODUCCIÓN.....                                       | 10                                   |
| II. MARCO TEÓRICO.....                                     | 13                                   |
| III. METODOLOGÍA.....                                      | 22                                   |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación.....                   | 22                                   |
| 3.2. Variables y operacionalización .....                  | 22                                   |
| 3.3. Población, muestra y muestreo .....                   | 22                                   |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos ..... | 23                                   |
| 3.5. Procedimientos .....                                  | 24                                   |
| 3.6. Método de análisis de datos .....                     | 25                                   |
| 3.7. Aspectos éticos.....                                  | 25                                   |
| IV. RESULTADOS .....                                       | 26                                   |
| V. DISCUSIÓN.....  | 30                                   |
| VI. CONCLUSIONES.....                                      | 34                                   |
| VII. RECOMENDACIONES .....                                 | 35                                   |
| REFERENCIAS.....   | 36                                   |
| ANEXOS .....   | 42                                   |
| ANEXO 1. ....  | 42                                   |
| ANEXO 2 .....  | 43                                   |

|               |    |
|---------------|----|
| ANEXO 3 ..... | 44 |
| ANEXO 4 ..... | 47 |
| ANEXO 5 ..... | 48 |
| ANEXO 6 ..... | 49 |
| ANEXO 7 ..... | 50 |
| ANEXO 8 ..... | 51 |

## Índice de tablas

|   |    |
|---|----|
| TABLA1. Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, 2021.....                                   | 25 |
| TABLA 2. Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al sexo, Arequipa, 2021 .....                | 26 |
| TABLA 3. Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al grupo etario, Arequipa, 2021.....         | 27 |
| TABLA 4. Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al grado de instrucción, Arequipa, 2021..... | 28 |

## Índice de abreviaturas

|         |  |
|---------|--|
| OMS:    | Organización Mundial de la Salud                         |
| MINSA:  | Ministerio de Salud                                      |
| INEI:   | Instituto Nacional de Estadística e Informática          |
| Et al:  | Y otros  |
| PH:     | Potencial de hidrógeno                                   |
| OPS:    | Organización Panamericana de la Salud:                   |
| RPMESP: | Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública |
| PNCS:   | Plan Nacional Concentrado de Salud                       |
| RM:     | Resolución Ministerial                                   |
| Hab:    | Habitantes   |
| ASIS:   | Análisis de Situación de Salud                           |
| KR:     | Kuder –Richardson  |
| SPSS:   | Statistical Package for the Social Sciences              |
| ONU:    | Organización de Naciones Unidas                          |

## Resumen

El conocimiento en salud oral es de vital importancia para presentar un buen estado de salud bucal ya que, de esta manera, se puede prevenir las enfermedades orales que se presentan desde muy temprana edad en la población peruana. El objetivo principal de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, 2021. Fue un estudio de tipo básica de diseño descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 256 pobladores. Se utilizó un cuestionario de 20 preguntas, se realizó prueba de confiabilidad del instrumento donde se obtuvo 0,845 indicando que el instrumento era confiable. Los resultados se clasificaron en tres niveles que son alto, medio y bajo. Se determinó que el 51,6% de la población adulta refleja un nivel de conocimiento alto, el 44,1% un nivel de conocimiento medio y el 4,3% presenta un nivel de conocimiento bajo. Se concluye que el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central fue alto con un nivel de 51,6%.

**Palabras claves:** Conocimiento, Salud bucal, cavidad bucal.



## ABSTRACT

Knowledge in oral health is of vital importance to present a good state of oral health since, in this way, oral diseases that occur from an early age in the Peruvian population can be prevented. The main objective of this research was to determine the level of knowledge in oral health of an adult population from La Central Annex, Arequipa, 2021. It was a basic study with a descriptive and cross-sectional design. The sample consisted of 256 residents. A questionnaire of 20 questions was used, a reliability test of the instrument was carried out, where 0,845 was obtained, indicating that the instrument is reliable. The results are classified in three levels which are high, medium and low. It was determined that 51,6% of the adult population reflects a high level of knowledge, 44,1% a medium level of knowledge and 4,3% have a low level of knowledge. It is concluded that the level of oral health knowledge of the adult population of the “La Central” annex was high with a level of 51,6%.

**Keywords:** Knowledge, Oral health, Oral cavity.

## I. INTRODUCCIÓN

Tanto al considerar los estudios realizados por la organización mundial de la salud (OMS)<sup>1</sup> y el ministerio de salud (MINSA)<sup>2</sup>, se observó que las enfermedades bucales, la caries y la periodontitis, forman parte de los problemas de salud pública. Visto la diversidad cultural de nuestro país y las diferentes situaciones de vida, el conocimiento de la salud bucal es muy diversa, dándonos cuenta así que la salud bucal depende de diferentes aspectos como los sociales, económicos y culturales<sup>1</sup>.

La presencia de caries dental y enfermedades periodontales están asociadas con el establecimiento de una biopelícula altamente patógena que se establece en la cavidad bucal debido al consumo de carbohidratos fermentables y como consecuencia, se desencadena una respuesta inmunitaria<sup>3</sup>. Las enfermedades bucodentales son afecciones muy prevalentes, afectando a más de 3500 millones de individuos a nivel mundial; así mismo, la caries dental en piezas permanentes no tratadas es uno de los trastornos dentales más frecuentes, mientras que cerca de 530 millones de niños padecen de caries en piezas deciduas; por otro lado, las periodontopatías afectan a cerca del 10% de la población a nivel mundial<sup>1</sup>.

La placa bacteriana es el factor etiológico principal de las enfermedades bucodentales más prevalentes. Tal es el caso de la caries dental, donde se observa una interacción entre la estructura dentaria y la biopelícula microbiana adherida sobre la superficie de los dientes, produciéndose periodos alternos de desmineralización y remineralización, a este proceso se conoce como el inicio de la lesión cariosa, que acompañado por una higiene deficiente y una alimentación basada en hidratos de carbono y azúcares, conllevan a la formación de una cavidad y finalmente a la destrucción de la pieza dentaria. Así mismo, la placa bacteriana, conlleva a la formación de sarro, gingivitis, periodontitis y halitosis, entre otras patologías<sup>4</sup>. En nuestro país, no se ha podido reducir la alta prevalencia de enfermedades bucales constituyéndose un serio problema de salud pública, por ello el departamento de Odontología del Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud, en su plataforma digital, señala que un 95,4% de los peruanos padecen de caries dental y el 85% sufre de periodontitis<sup>5</sup>.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)<sup>6</sup>, en el año 2019, señala que el indicador de pobreza monetaria tuvo un impacto del 20,2% sobre la población total según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares realizada en el 2019; así mismo es importante precisar que se considera pobreza a aquella condición cuyo gasto supera a la canasta de consumo alimentario y no alimentario. Es importante también mencionar que, el Documento de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles del INEI del año 2019, reporta que se implementaron prácticas y estrategias en salud bucal en un 29,2% en la zona urbana y en un 20,0% en la zona rural. Con respecto a la atención odontológica, se reportó que en el área urbana el 32,9% de la población recibió atención dental y tan solo el 25,5% de la población rural recibió este servicio. Por último, se reportó que el 62,5% de la población urbana y el 55,1% de la población rural recibieron información sobre prácticas adecuadas en salud bucal<sup>7</sup>.

Según datos sobre la población de Arequipa, que se comparan con la población de Perú, se ha evidenciado un incremento continuo con el pasar de los años. La distribución en función a la población presenta un patrón ya definido según las provincias: La Unión 1,1% y Condesuyos 1,4% (en proceso de despoblamiento continuo) la provincia de Arequipa concentra el 75,3 % de la totalidad; Camaná, 4,6 %; Caravelí, 3,2 %; Castilla, 3% finalmente, Caylloma, 7,3%. El Análisis situacional sobre la Salud de la Región Arequipa, es producto del cambiante perfil de la epidemiología dentro del territorio de Arequipa, generando brechas de desigualdad. Por esto se evidencian grupos de mayor vulnerabilidad, especialmente en zonas rurales y en zonas urbano marginales que presentan niveles altos de pobreza. Estas zonas no disponen de una accesibilidad completa hacia los servicios básicos enfocados en el cuidado de la salud.

Durante el año 2019, se registró un porcentaje de 11,36% de problemas bucales para el departamento de Arequipa, adecuándose un perfil de la epidemiología uniforme y también enfocado al crecimiento de la población; la provincia de Castilla presentó el 14,18% de enfermedades en la cavidad bucal<sup>8</sup>.

Los porcentajes en el análisis de salud de la región de Arequipa presentan mayor incidencia en padecimiento en la cavidad bucal, por este motivo y focalizando el

problema es necesario formularnos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, 2021? Un nivel económico bajo acompañado del poco conocimiento sobre la salud bucal conlleva a los individuos a presentar enfermedades orales desde muy temprana edad predominantes en la población peruana; enfermedades como la caries dental y enfermedad periodontal que tienen más prevalencia en las zonas rurales que son las más desatendidas respecto a los servicios de salud. En atención a esta pregunta es que realizamos esta investigación que se centra en conocer el nivel de conocimiento de los pobladores del Anexo la central sobre salud bucal. Con el presente estudio se pretende obtener datos estadísticos e información veraz y específica de la zona para informar a las autoridades correspondientes del anexo de modo tal que puedan establecer estrategias tendientes a mejorar el servicio odontológico. La investigación tiene un aporte teórico de la zona para futuras investigaciones.

El objetivo general del estudio fue determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, 2021 y los objetivos específicos fueron determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al grupo etario, Arequipa, 2021, determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al sexo, Arequipa, 2021 y determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al grado de instrucción, Arequipa, 2021.

## II. MARCO TEÓRICO

Cirakoglu N. et al<sup>9</sup>. En Turquía en el año 2020, el propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal, participaron 575 sujetos adultos. Los resultados en el sexo masculino fueron 12,5% bajo, 22,2% medio y el 6,9% alto; asimismo para el sexo femenino, el 18,2% fue bajo, el 26,9% medio y el 13,0 % fue alto. De acuerdo a los grupos etarios, el 14% de los jóvenes obtuvieron conocimiento bajo, el 18,6% medio y el 6,7% alto; en adultos, el conocimiento fue de 11,3%; 20,8% y 8,5% respectivamente; asimismo en adultos mayores los valores obtenidos fueron de 5,3%; 9,7% y 4,6%. Respecto al grado de instrucción; los que alcanzaron la primaria obtuvieron un conocimiento bajo en el 14,9% de los evaluados, conocimiento medio en el 13,3% y alto en el 1,3%; en el nivel secundario los valores fueron de 8,3%; 16,5% y 4,8% respectivamente; y en el nivel superior los valores alcanzados fueron de 7,4%, 18,6%, y 12%. Se concluye que el nivel de conocimiento de salud oral fue insuficiente.

Abdulbaqi H. et al<sup>10</sup>. En Iraq en el año 2020, el propósito del estudio fue evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal, participaron 1465 sujetos adultos. Los resultados en el sexo masculino fueron el 0,3% alto, el 12,4% medio y el 87,3% bajo; así mismo para sexo femenino, el 1,4% alto, el 17% medio y el 81,5% bajo. De acuerdo a los grupos etarios, el 0,4% de los jóvenes obtuvieron conocimiento alto, el 11,2% medio y el 88,4% bajo; en adultos, el conocimiento fue 1% alto, el 16,1% medio y el 82,9% bajo; así mismo en adulto mayores los valores obtenidos fueron el 2,2% alto, el 34,8% medio y el 62,9% bajo. Respecto al grado de instrucción; los que alcanzaron la primaria obtuvieron un conocimiento alto el 0%, conocimiento medio el 11,3% y bajo el 88,7%; en el nivel secundario los valores alcanzados fueron de 0,4%, 6,4% y 93,2% respectivamente; y en el nivel superior los valores alcanzados fueron de 1%, 14,7% y 84,3%. Se concluyen que el estudio revela niveles de conocimiento de salud bucal inadecuado.

Marquez C. et al<sup>11</sup>. En España en el año 2019, el propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento en salud bucal, participaron 400 sujetos adultos. Los resultados fueron el 41,5% obtuvo nivel bajo y el 58,5% nivel alto. En el sexo masculino fueron el 41,1% bajo y el 58,9% alto; así mismo para el

sexo femenino, el 41,8% fue bajo y el 58,2% fue alto. De acuerdo a los grupos etarios, el 38,2% de los jóvenes obtuvieron conocimiento bajo y un 61,8% alto; en adultos, el conocimiento fue de 37,2% y 62,8% respectivamente; así mismo en adultos mayores los valores obtenidos fueron de 54,5% y 44,6%. Respecto al grado de instrucción; los que alcanzaron la primaria obtuvieron un conocimiento bajo de 61,3% y 38,8% alto; en el nivel secundario fue de 45,1% y 54,9% respectivamente; en el nivel superior fue de 28,7% y 71,3%. Se concluye que el nivel de conocimiento de salud bucal fue alto con un 58,5%.

Flynn P. et al<sup>12</sup>. En Irán en el año 2019, el propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal, participaron 1031 sujetos adultos, el estudio tuvo un diseño transversal y la recolección de datos se realizó mediante un cuestionario. Los resultados obtuvieron un nivel de conocimiento adecuado para un 40,5% de los evaluados, conocimiento inadecuado para el 34,8% y conocimiento marginal para el 24,7%. Se concluye que el nivel de conocimiento de salud bucal fue adecuado de 40,5% de la población adulta.

Das D. et al<sup>13</sup>. En la India en el año 2019, el propósito del estudio fue evaluar el nivel de conocimiento en salud bucal, participaron 600 sujetos adultos. El estudio se realizó según el tipo transversal y se utilizó un cuestionario prediseñado para medir la variable. Los resultados obtuvieron el 20% de nivel de conocimiento adecuado, el 30% de nivel de conocimiento marginal y el 50% de nivel de conocimiento inadecuado. Se concluyen el estudio indicando que el 50% de la población presenta nivel de conocimiento de salud bucal inadecuado.

Gharbieh E. et al<sup>14</sup>. En los Emiratos Árabes Unidos en el año 2018, el propósito del estudio fue estimar el nivel de conocimiento de salud bucal, el estudio se realizó según el tipo transversal, se utilizó una encuesta y participaron 630 sujetos adultos. Los resultados de las respuestas se combinaron en una nueva variable llamada puntaje de conocimiento de salud bucal donde se obtuvo 62% de las respuestas correctas de 17 preguntas con un nivel aceptable de conocimiento, Se concluye que el nivel de conocimiento en salud bucal fue aceptable.

Patiño D. et al<sup>15</sup>. En Estados Unidos en el año 2018, el propósito del estudio fue estimar el nivel de conocimiento en salud bucal, participaron 338 sujetos adultos. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario. Los resultados obtenidos muestran que el 51% de los participantes respondieron incorrectamente a 9 o más de las 23 preguntas del cuestionario, lo que indica un bajo nivel de conocimiento en salud bucal. Se concluye que la población presenta nivel bajo.

Sheng Y et al<sup>16</sup>. En China en el año 2018, el propósito del estudio fue determinar el nivel del conocimiento en salud bucal, participaron 983 sujetos adultos, los datos se recopilaron mediante un cuestionario adaptado para estudiar a la variable. Los resultados obtenidos demuestran que el 25,4% de la población tiene nivel bueno de conocimiento, el 46,6 % un nivel promedio de conocimiento y 28,0% un nivel pobre de conocimiento. Se concluye que la población presenta nivel de conocimiento promedio sobre salud bucal.

Macek M et al<sup>17</sup>. En Estados Unidos en el año de 2016, el propósito del estudio fue evaluar el nivel del conocimiento de salud bucal, participaron 909 sujetos adultos. Los resultados en el sexo masculino fueron 18,7% bajo, 28,4% medio y el 36,8% alto; así mismo para el sexo femenino, el 16,6% fue bajo, el 26,0% medio y el 35,2% fue alto. De acuerdo a los grupos etarios, el 22,2% de los jóvenes obtuvieron conocimiento bajo, el 32,0% medio y el 34,7% alto; en adultos, los valores obtenidos fueron de 18,7%; 28,6% y 56,8% respectivamente; así mismo en adultos mayores los valores obtenidos fueron de 16,7%; 26,5% y 32,8%. Respecto al grado de instrucción; los que alcanzaron la primaria obtuvieron un conocimiento bajo de 37,8%, conocimiento medio de 31,1% y alto de 17,6%; en el nivel secundario los valores fueron de 24,3%; 34,8% y 29,6% respectivamente; y en el nivel superior los valores alcanzados fueron de 14,7%; 26,3% y 37,1%. Se concluye la evidencia de conocimiento alto.

Kumar J<sup>18</sup>. En Estados Unidos en el año 2015, el propósito del estudio fue medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal, participaron 150 sujetos adultos, utilizó un cuestionario prediseñado para medir la variable. Los resultados muestran que el 39,1% tiene nivel de conocimiento alto y el 60,9% tiene nivel de conocimiento bajo. En el sexo masculino el 47,8% fue bajo y el 39,7% fue alto;

así mismo para el sexo femenino un 52,2% fue bajo y 60,3% fue alto; respecto al grado de instrucción; los que alcanzaron la secundaria obtuvieron un nivel de conocimiento en el 44,6% de los evaluados y alto en el 8,6%; en el nivel superior los valores fueron de 30,4% y 39,7% respectivamente. Se concluye que el nivel de conocimiento de salud bucal fue bajo.

La salud bucal se presenta como interdisciplinaria, porque comprende la capacidad de dialogar, sonreír, degustar, masticar, pasar y comunicar un conjunto de emociones mediante expresiones del rostro con libertad sin dolor ni padecimiento en el complejo craneofacial. La cavidad oral realiza un importante papel en la salud de las personas y está conformada por los labios, las mejillas, la lengua, el paladar, las encías y los dientes. Para poder cumplir sus funciones tiene una estructura apropiada. Estas estructuras están conformadas por los maxilares debidamente articulados para realizar los movimientos. La salud bucal deficiente conlleva a la aparición del biofilm bacteriano que es el factor etiológico más importante de la caries dental y la periodontitis, por lo cual el control del biofilm bacteriano sería la principal medida de prevención disponible para el control de dichas enfermedades<sup>19</sup>.

La caries dental es un padecimiento dinámico, multifactorial, transmisible que da como resultado un desgaste mineral neto de los tejidos duros de los dientes. Como resultado de esta etapa, es desarrollada una lesión de caries. Esta lesión está determinada por factores biológicos, conductuales, psicosociales y ambientales, componentes que originan que la caries dental se distribuya de forma heterogénea en diferentes poblaciones<sup>20</sup>.

La caries es una de las dos afecciones odontológicas más prevalentes, ésta se origina por un desequilibrio entre los factores patológicos y los factores protectores del diente, lo que conlleva al inicio y progresión de la caries. Cuando el pH desciende y se mantiene por un tiempo determinado, se genera una zona de desmineralización dental producida por una disolución química del tejido dentario provocado por la acción de las bacterias. En conclusión, para que se produzca la caries dental se requiere de la interacción de un huésped (diente), dieta (rica en azúcares y carbohidratos) y microorganismos<sup>21,22</sup>.

La segunda afección más importante son las enfermedades periodontales, donde la gingivitis es una infección local provocada por el depósito del biofilm al



interior del surco gingival. La gingivitis es totalmente reversible una vez que se hayan eliminado los depósitos de placa blanda y placa dura tanto supragingival como subgingival. Los signos principales de la gingivitis son el sangrado provocado, cambio de coloración, enrojecimiento, pérdida del contorno festoneado del margen gingival, pérdida del filo del cuchillo, pérdida del puntillado superficial, presencia de edema e inflamación, aunque en algunos casos la encía puede tomar una consistencia fibrosa; así mismo, el paciente refiere sangrado en las encías, sobre todo durante el cepillado dental, sensibilidad a cambios térmicos, mal aliento, dificultad al masticar y problemas estéticos<sup>21</sup>.

La periodontitis es una patología infecciosa e inflamatoria caracterizada por la pérdida de los tejidos de soporte del diente, como son el hueso alveolar y el ligamento periodontal. Una de las principales manifestaciones clínicas es la pérdida del nivel de inserción clínica interproximal igual o mayor a 2 mm en una sola pieza dentaria o mayor a 3 mm en dos o más dientes no adyacentes, confirmándose con la presencia de sangrado y profundidad de sondaje en varias zonas con pérdida de inserción clínica mayor o igual a 3 mm. o mayor igual a 5 mm. En periodontitis severas, ésta puede ir acompañada por abscesos periodontales, trauma de oclusión y lesiones endoperiodontales<sup>22</sup>.

Para poder prevenir las afecciones mencionadas anteriormente el cepillado dental es la mejor opción para poder controlar el biofilm bacteriano. A través de los años se han descrito muchas técnicas de cepillado, sin embargo, la elección de una técnica específica se debe basar en las habilidades del paciente, su edad y el estado de su salud bucal<sup>23</sup>. La técnica de cepillado de Bass modificada está indicada para pacientes con problemas periodontales, la técnica horizontal de Scrub ha demostrado ser el método más eficaz en los niños, la técnica de Stillman modificada, también está indicada en pacientes periodontales con presencia de recesiones importantes, entre otras. En estudios realizados anteriormente, como el de Rizzo L<sup>24</sup> y Jeong B<sup>25</sup>, se concluye, que el control mecánico de la placa bacteriana es indispensable en la prevención de patologías bucodentales, evitándose de esta manera, la retención y adherencia del biofilm bacteriano en las superficies dentarias.

Se recomienda realizar el cepillado dental tres veces al día, para poder lograr un control del biofilm aceptable con un tiempo no menor a dos minutos. Se ha demostrado que la buena higiene bucal comienza desde edades muy tempranas con la adquisición de buenos hábitos y prácticas en higiene oral. Otro elemento importante en la higiene oral, es el uso del hilo dental, el cual tiene como objetivo limpiar el biofilm entre los espacios interdentes donde el cepillado dental no alcanza a eliminar. Es recomendable el uso del hilo o seda dental al menos una vez al día<sup>26</sup>.

Otra medida preventiva para las afecciones bucales son los colutorios. Los colutorios pueden tener como principio activo a la clorhexidina al 0,12% y 0,2%, considerado como potente antimicrobiano que se adhiere rápidamente a las superficies dentarias, evitando la formación de la placa bacteriana. Así mismo, el triclosán es un antimicrobiano eficaz, el cual presenta una alta actividad antiséptica. El cloruro de cetilpiridinio, componente muy utilizado en la mayoría de enjuagatorios por su poder antiséptico capaz de eliminar bacterias y otros.<sup>27,28,29</sup>

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nueve de cada diez individuos a nivel mundial, presentan riesgo de padecer algún tipo de padecimiento bucodental, desde caries o gingivitis hasta cáncer bucal. Es por lo, que la OPS, trabaja en el diseño e implementación de pruebas clínicas y tratamientos alternos que beneficien a la población, y de este modo todos tengan mayor acceso a servicios de la salud bucodental<sup>30</sup>.

Dentro de las enfermedades bucodentales que aquejan a las personas a nivel nacional e internacional, la caries dental, que es el padecimiento más común y prevalente. En segundo lugar, se encuentra la enfermedad periodontal, que atacan a las estructuras de soporte adyacentes al diente. En tercer lugar, se encuentra la maloclusión y fluorosis dental. Bajo este contexto, los gobiernos nacionales y regionales deberían de participar activamente en la prevención de estas enfermedades, por ser consideradas un verdadero y serio problema de salud pública; esta participación debería estar enfocada en la planificación y desarrollo de actividades preventivo promocionales. La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (RPMESP),<sup>31</sup> organismo oficial en la

difusión científica del Instituto Nacional de Salud, promueve un conjunto de actividades en función a la prevención en salud bucal, además plantea oportunidades de mejoramiento en la salud pública odontológica, a nivel regional y local<sup>32</sup>. Finalmente, Vargas K et al <sup>33</sup> y Villagra T et al<sup>34</sup>, evidencian en sus estudios la existencia de una alta prevalencia de enfermedad periodontal en la población infantil; un tema bastante preocupante por la corta edad de los niños y adolescentes que la padecen.

En el Perú, el estado de la salud bucal de la población, es aún peor, por las altas prevalencias de estas enfermedades, convirtiéndose de igual forma, en una grave problemática de salud pública, por lo que es indispensable un abordaje integral, empleando medidas eficaces en función a la promoción y la prevención en la salud bucal. El Plan Nacional Concentrado de Salud (PNCS) evidencia las problemáticas sanitarias del Perú y otorga políticas de concertación para la dirección de esfuerzos y los recursos con la finalidad de disminuir daños, donde se menciona la alta incidencia de padecimientos en la cavidad bucal como un problema sanitario<sup>2</sup>. La Resolución Ministerial (RM) N°O27-2015/MINSA<sup>35</sup>, aprueba la guía técnica: Guía de Práctica Clínica para diagnosticar y tratar el edentulismo Total, con la finalidad de disminuir la discapacidad estomatológica en los pacientes edéntulos totales, recuperando su capacidad de masticar, hablar y verse bien, todo en beneficio del mejoramiento de la calidad de vida del paciente edéntulo. Para el periodo 2019-2022, con Resolución Ministerial, (RM)368-2019/MINSA<sup>36</sup>, la dirección general de intervenciones estratégicas propone el plan “Perú sonríe” mediante el abordaje integral de la salud y la recuperación dental, donde se potencie su participación dentro la familia y la comunidad mediante conductas de alimentación, higiene y habilidades para la vida.

El departamento de Arequipa está situado al sur occidente del Perú y comprende 2 regiones naturales: Costa y Sierra. Está constituía por ocho provincias y 109 distritos. Cuenta con 1 382. 730 habitantes, de estos el 6,0% vive en pobreza total y el 0,4% en extrema pobreza. Con respecto a la educación, el 31% de jóvenes asisten a algún nivel de educación superior<sup>37</sup>.

Así mismo, la población de Arequipa, ha evidenciado un incremento continuo en la cantidad de habitantes con el paso de los años. Es así como, la población del departamento de Arequipa se concentra y distribuye de la siguiente manera: en la provincia de La Unión se encuentra concentrada el 1,1% del total de toda la población del departamento de Arequipa, en la provincia de Condesuyos el 1,4%, mientras que, en la provincia de Arequipa se concentra el 75,3% del total de habitantes del departamento de Arequipa, Camaná concentra al 4,6%, Caravelí al 3,2%, Castilla al 3%, Caylloma al 7,3%, y finalmente, Islay concentra al 4,1 % del total de habitantes del departamento. El análisis situacional sobre la Salud de la Región Arequipa, evidencia que existen brechas de desigualdad socioeconómica entre toda la población arequipeña, es por ello que se observan grupos con un mayor riesgo de padecer de enfermedades, sobre todo zonas rurales con niveles altos de pobreza, quienes no disponen de acceso a servicios básicos de salud. Durante el año 2019, se registró que el 14,18% de pobladores de la provincia de Castilla presentaron enfermedades bucodentales, con un predominio en el sexo femenino<sup>38</sup>; así mismo, en esta misma población se encontró que el 21,67% presentó infecciones en las vías respiratorias, el 14,18% presentó infecciones en la cavidad oral y el 6,07% presentó obesidad, y todas estas enfermedades con un predominio en el sexo femenino<sup>8</sup>.

Por todo lo anteriormente mencionado, se puede concluir que las enfermedades bucodentales son consideradas una carga económica importante para el sector salud de muchos países y por lo general no forman parte de la cobertura sanitaria universal. En los países de ingresos altos, el tratamiento odontológico representa el 20% del gasto público; mientras que en los países de ingresos bajos y medios no se pueden prestar servicios de prevención y tratamiento de los trastornos de la salud bucodental de la población en general<sup>1</sup>. Consecuente a esto, en el documento publicado por el INEI sobre enfermedades no transmisibles y transmisibles del 2019, la salud bucal, constituye uno de los doce principales problemas sanitarios del país, y por ello, la Organización Panamericana de Salud considera al Perú en un estado de emergencia; observándose además, que la prevalencia de enfermedades bucodentales es mayor en las zonas rurales en comparación con las zonas urbanas; así mismo la información sobre prácticas adecuadas en salud oral es más deficiente en las zonas rurales<sup>39</sup>.

La falta de odontólogos y la falta de centros de salud adecuados en zonas rurales y zonas urbano marginales, genera que el acceso a los servicios de atención primaria de salud bucal sea deficiente. La OMS ha definido estrategias para mejorar la salud bucal de las poblaciones marginales y de ingresos económicos bajos que presenten limitaciones para acceder a la atención bucodental. También propone estrategias y actividades preventivo promocionales, con el fin de reducir el consumo de azúcar, de tabaco y promover la administración de flúor por otros medios, además de los dentífricos; acompañados de charlas educativas que mejoren el nivel de conocimiento, las actitudes, prácticas y hábitos en salud oral.<sup>1</sup>

### **III.METODOLOGÍA**

#### **3.1.Tipo y diseño de investigación**

**Tipo de investigación:** El presente estudio de investigación fue Básica ya que estuvo diseñada para determinar el nivel de conocimiento en salud bucal dentro de la realidad o de los fenómenos naturales, para contribuir a una sociedad cada vez más avanzada y que responda mejor a los retos de la humanidad. Si bien es cierto el estudio no busca la aplicación inmediata, sin embargo, proporciona una visión sistemática y profunda del problema de nivel de conocimiento de salud bucal de los pobladores del Anexo La Central Arequipa.<sup>40</sup>

**Diseño de investigación:** El diseño del estudio fue no experimental, descriptivo, observacional y de corte transversal. En el sentido que no hubo manipulación de manera completa ni parcial de la variable estudiada por parte de los investigadores. Descriptiva por lo que se limitó a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno dentro de la población estudiada como si se tratara de un corte en el tiempo limitándose a describir uno o varios fenómenos sin ninguna intención de instaurar relaciones causales con otros factores. De corte transversal, donde se recolectan los datos en un solo momento y tiempo determinado.

#### **3.2. Variables y operacionalización**

Nivel de Conocimiento en salud bucal (variable cualitativa, única)

**Definición conceptual:** El grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información de los servicios básicos de salud para facilitar decisiones de la salud bucal adecuadas.<sup>41</sup>

**Definición operacional:** Es la información obtenida al medir el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, aplicando un cuestionario físico a cada uno de los participantes.

Operacionalización de variables (Anexo 1)

### **3.3. Población, muestra y muestreo**

**Población:** Estuvo constituida por 769 pobladores adultos del anexo La Central, Arequipa.

#### **Criterios de inclusión**

Pobladores mayores o igual a 18 años, pobladores de ambos sexos y pobladores lúcidos que estén orientado en tiempo, espacio y persona.

#### **Criterios de exclusión**

Pobladores analfabetos, pobladores que no deseen participar voluntariamente del estudio, pobladores que presentan discapacidad o capacidad diferente, pobladores que no firmen el consentimiento informado y que no se encuentren en su domicilio al momento de realizar el cuestionario.

**Muestra:** Estuvo constituida por los pobladores adultos del Anexo La Central, Arequipa. Para establecer la cantidad de pobladores a incluir en la muestra se utilizó la fórmula para poblaciones finitas. Para calcular la muestra se usó un nivel de confianza del 95%, margen de precisión del 5% y probabilidad de éxito de 0,05 obteniendo un total de 256 unidades muestrales. (Anexo 2)

**Muestreo:** Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, porque se realizó la visita a cada una de las casas de los pobladores, sin establecer un orden preestablecido, hasta completar la muestra requerida.

**Unidad de análisis:** La unidad de análisis para el presente estudio estuvo conformado por los pobladores adultos del Anexo La Central, Arequipa.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

El presente trabajo de investigación utilizó la técnica denominada encuesta para la obtención de los datos pertinentes la cual presenta una estructura y orden para poder recolectar los datos de la unidad de análisis. El instrumento utilizado fue el cuestionario que permite medir el nivel de conocimiento de la salud bucal de los pobladores adultos del Anexo La Central, Arequipa.

El cuestionario consta de 20 preguntas con cuatro alternativas de respuesta, de las cuales solo una es correcta, las preguntas tienen una calificación de 1 punto por respuesta correcta, de manera que el cuestionario tiene un puntaje entre 0 a 20 puntos y su escala de medición que va de bajo (0 - 10), medio (11 - 15) y alto (16 - 20). El instrumento fue prevalidado, debido a que fue creado por Mego<sup>42</sup> luego fue modificado y validado en el estudio de Bayona<sup>43</sup>(Anexo 3) y utilizado en el presente estudio con la finalidad de medir el nivel de conocimiento sobre la salud bucal en pobladores adultos del Anexo La Central, Arequipa.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se ejecutó una prueba piloto a un grupo de 30 pobladores adultos, a través de la prueba KUDER – RICHARDSON (KR 20) se pudo obtener el coeficiente de confiabilidad  $KR_{20}=0,845$  (Anexo 4) y disponer de un instrumento óptimo con la finalidad de medir el nivel de conocimiento de la salud bucal de los pobladores adultos del Anexo La Central, Arequipa.

### **3.5. Procedimientos**

Se solicitó la autorización pertinente al Teniente Gobernador para la realización del estudio de investigación en la población adulta del anexo La Central, Arequipa (Anexo 5). Una vez que el Teniente Gobernador respondió la carta de presentación enviada (Anexo 6), se realizó una visita domiciliaria a todos los habitantes de La Central, acompañadas por un asistente, quien colaboró con la aplicación de alcohol en gel a las manos del participante y de las investigadoras, realizó la desinfección del lugar de aplicación del cuestionario en la casa del participante, para luego medir su temperatura. Cabe destacar, que tanto investigadoras como participantes, contaron con el uso de mascarilla al momento de la entrevista, y en caso de que el participante no tuviera mascarilla, el asistente les proporcionó una.

Las investigadoras utilizaron trajes especiales de protección personal, mascarilla, protector facial, guantes y gorro manteniendo la distancia de un metro y medio explicaron la metodología y los objetivos del estudio, solicitándoles su colaboración voluntaria. Se les brindó el consentimiento informado, (Anexo 7), el cuestionario (Anexo 3) y un lapicero dentro de una mica previamente desinfectada a los pobladores adultos del Anexo La Central, Arequipa. El



participante firmó el consentimiento informado, aceptando su participación para luego pasar a realizar el llenado del cuestionario y finalmente los participantes devolvieron el cuestionario y el consentimiento dentro de la mica para su última desinfección. Para terminar, las investigadoras agradecieron la participación y se retiraron.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Dado que el estudio es de tipo descriptivo, se utilizó la estadística nominal descriptiva, la cual consiste en el cálculo de frecuencias absolutas ( $N^0$ ) y relativas (%). Los datos recolectados se vaciaron en una hoja de cálculo Excel, detallando las variables de muestra como el sexo, grupo etario, grado de instrucción y nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, para lo cual se utilizó el software SPSS v.25. Para establecer las diferencias se aplicó la prueba estadística de chi-cuadrado, considerando para su interpretación un 95% de confianza (0,05), de tal manera que valores menores a 0,05 se consideran significativos.

### **3.7. Aspectos éticos**

En la presente investigación se estimó que los aspectos éticos de la Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado, la declaración de Helsinki<sup>44</sup>, para investigación médica en seres humanos. Se ha respetado el derecho de autonomía que tienen todos los pobladores adultos que participaron en este estudio; además, la protección de su integridad, tal es así que fueron previamente informados sobre el estudio y dieron su consentimiento para participar voluntariamente; así mismo, la encuesta que se empleó a los participantes fue anónima y los datos obtenidos solo fueron utilizados para la presente investigación. Se respetó los criterios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

#### IV.RESULTADOS

Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, 2021.

| <b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b> | <b>N°</b> | <b>%</b> |
|------------------------------|-----------|----------|
| Bajo                         | 11        | 4,3      |
| Medio                        | 113       | 44,1     |
| Alto                         | 132       | 51,6     |
| Total                        | 256       | 100,0    |

Fuente. Base propia de los autores.

En la tabla 1 se puede apreciar que, del total de pobladores evaluados, el 4,3% presentaron nivel de conocimiento bajo, el 44,1% obtuvo un nivel de conocimiento medio, mientras él 51,6% obtuvieron un nivel de conocimiento alto en salud bucal.

Tabla 2. Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al grupo etario, Arequipa, 2021.

| Grupo Etario | Nivel de Conocimiento |     |       |      |      |      | Total |       | P<br>Valor |
|--------------|-----------------------|-----|-------|------|------|------|-------|-------|------------|
|              | Bajo                  |     | Medio |      | Alto |      | N°    | %     |            |
|              | N°                    | %   | N°    | %    | N°   | %    |       |       |            |
| Joven        | 2                     | 2,5 | 23    | 28,4 | 56   | 69,1 | 81    | 100,0 | 0,001      |
| Adulto       | 8                     | 5,4 | 72    | 48,6 | 68   | 45,9 | 148   | 100,0 |            |
| Adulto mayor | 1                     | 3,7 | 18    | 66,7 | 8    | 29,6 | 27    | 100,0 |            |
| Total        | 11                    | 4,3 | 113   | 44,1 | 132  | 51,6 | 256   | 100,0 |            |

Fuente. Base propia de los autores

En la tabla 2 de acuerdo con los resultados obtenidos, podemos observar que el 2,5% en jóvenes, el 5,4% de los adultos, el 3,7% de adulto mayor y entre todos un total de 4,3% obtuvieron un nivel de conocimiento bajo; mientras que el 28,4% de jóvenes, el 48,6% de adultos, el 66,7% de los adultos mayores y entre todos un total de 44,1% alcanzaron un nivel medio, finalmente se observa que el 69,1% en jóvenes, 45,9% en adultos, 29,6% en adultos mayores y entre todos un total de 51,6% obtuvieron nivel de conocimiento alto en salud bucal.

Tabla 3. Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al sexo, Arequipa, 2021.

| Sexo      | Nivel de Conocimiento |     |       |      |      |      | Total |       | P<br>Valor |
|-----------|-----------------------|-----|-------|------|------|------|-------|-------|------------|
|           | Bajo                  |     | Medio |      | Alto |      | N°    | %     |            |
|           | N°                    | %   | N°    | %    | N°   | %    |       |       |            |
| Femenino  | 6                     | 4,9 | 54    | 44,3 | 62   | 50,8 | 122   | 100,0 | 0.889      |
| Masculino | 5                     | 3,7 | 59    | 44,0 | 70   | 52,2 | 134   | 100,0 |            |
| Total     | 11                    | 4,3 | 113   | 44,1 | 132  | 51,6 | 256   | 100,0 |            |

Fuente. Base propia de los autores

En la tabla 3 se puede apreciar que el sexo femenino obtuvo 4,9% y el sexo masculino 3,7% también se observa así un total de 4,3% de nivel bajo en conocimiento de salud bucal, mientras el 44,3% femenino y el 44,0% masculino en total entre los dos un 44,1% obtuvieron un nivel medio de conocimiento en salud bucal y para terminar 50,8% del sexo femenino y 52,8% del sexo masculino en total entre los dos 51,6% obtuvieron un nivel de conocimiento alto.

Tabla 4. Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central respecto al grado de instrucción, Arequipa, 2021

| Grado de Instrucción | Nivel de Conocimiento |      |       |      |      |      | Total |       | P Valor |
|----------------------|-----------------------|------|-------|------|------|------|-------|-------|---------|
|                      | Bajo                  |      | Medio |      | Alto |      | N°    | %     |         |
|                      | N°                    | %    | N°    | %    | N°   | %    |       |       |         |
| Primaria             | 8                     | 18,6 | 29    | 67,4 | 6    | 14,0 | 43    | 100,0 | 0,000   |
| Secundaria           | 3                     | 1,9  | 65    | 41,9 | 87   | 56,1 | 155   | 100,0 |         |
| Superior             | 0                     | 0,0  | 19    | 32,8 | 39   | 67,2 | 58    | 100,0 |         |
| Total                | 11                    | 4,3  | 113   | 44,1 | 132  | 51,6 | 256   | 100,0 |         |

Fuente. Base propia de los autores

La tabla 4 muestra la relación llevada a cabo entre el nivel educativo de los pobladores y su nivel de conocimiento en salud bucal. Para iniciar la interpretación, indicaremos que el 18,6% tiene estudios primarios, el 1,9% secundarios, el 0,0 superior y en total entre todos 4,3% obtuvieron un nivel bajo en conocimiento; por otra parte, el 67,4% primaria, el 41,9% secundaria, el 32,8% superior y entre todos en total 44,1% obtuvieron un nivel de conocimiento medio y finalmente el 14,0% primaria, el 56,1% secundaria, 67,2% superior y entre todos en total un 51,6% obtuvieron un nivel de conocimiento alto.

## V.DISCUSIÓN

Una buena salud bucal incluye el desarrollo adecuado de actividades diarias y cotidianas como el hablar, saborear alimentos, masticar, deglutir y transmitir una variedad de emociones a través de expresiones faciales. La salud bucal, es un componente fundamental de la salud en general, del bienestar físico y mental, la cual puede estar influenciada por los valores y conocimientos de las personas y de las comunidades. Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos que son esenciales para la calidad de vida<sup>45</sup>. Las enfermedades bucales en el Perú presentan una alta prevalencia constituyéndose una complicación para la salud pública. Por ello, el conocimiento en salud bucal de la población, es de gran importancia para mejorar la calidad de vida del país.

En el presente estudio, se obtuvo como resultado que el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, fue alto, seguido de un nivel medio, y finalmente, en un menor porcentaje, un nivel bajo. Estos dos estudios que se presentan a continuación se encuentra similitud con los resultados obtenidos en el presente estudio. Gharbieh E. et al<sup>14</sup> reporta un nivel de conocimiento aceptable, en este estudio utilizaron un cuestionario de 17 preguntas cerradas, donde el 62% de la población sacó un promedio de respuestas correctas de los cuales, la mayoría mostraba un nivel de educación superior. De la misma manera, en el estudio de Flynn P. et al<sup>12</sup>, los participantes obtuvieron un puntaje adecuado de nivel de conocimiento en salud bucal.

Por otro lado, los resultados del presente estudio difieren con el estudio de Das D. et al<sup>13</sup>, que reportó un nivel de conocimiento inadecuado, estos autores utilizaron un cuestionario con 17 ítems, y concluyeron que el costo elevado de tratamientos dentales en la India es la principal razón por la que los participantes obtuvieron un bajo nivel de conciencia sobre la salud bucal.

Luego, en el estudio de Patiño D. et al<sup>15</sup>, también se reportó un nivel de conocimiento bajo. El 51% de los participantes respondió incorrectamente de 9 a más de las 23 preguntas del cuestionario. Es importante mencionar también que el bajo nivel de conocimiento, se debería a la dificultad en la comprensión del idioma al momento de requerir algún tratamiento y la falta de un seguro de salud. También, los resultados de Márquez C. et al<sup>11</sup>, si bien este estudio reportó un puntaje alto, esto es debió a que se encontró una asociación significativa entre

los hábitos y el conocimiento en salud bucal. El estudio estuvo enfocado en el uso del hilo dental, evaluación del número de piezas dentales presentes y consumo de tabaco de los participantes.

Con respecto al sexo, se encontró, que el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, tanto en el sexo femenino como masculino, fue alto, por lo que no se encontró diferencias significativas entre ambos. Los resultados son similares con Macek M. et al<sup>17</sup>, en su estudio reportó un nivel alto de conocimiento para ambos sexos en donde no hubo diferencias significativas. El estudio realizó la entrevista mediante un cuestionario de manera presencial apoyando a cada participante en las dudas que se presentaron al momento del llenado. También es importante mencionar, que se encontró un mayor porcentaje en el grado de instrucción superior y un leve predominio de jóvenes en ambos sexos. Así mismo Márquez C. et al<sup>11</sup>, en su estudio, mostró que el 58,2% del sexo femenino y el 58,9% del sexo masculino, presentaron un alto nivel de conocimiento, tampoco se encontró diferencias significativas; esto probablemente se debió a que los participantes del estudio tenían un mayor nivel educativo superior y que las preguntas del cuestionario, en su mayoría, iban dirigidas a conocimientos odontológicos generales. Por otro lado, los resultados discrepan con Abdulbaqi H. et al<sup>10</sup>, este estudio mostró mayor frecuencia de participantes del sexo femenino y ellas presentaban un nivel educativo superior, y a pesar de ello, tanto el sexo femenino como masculino, presentaron un nivel de conocimiento bajo, encontrándose diferencias significativas. Es importante mencionar que, en este estudio, se utilizó una encuesta en línea basada en un cuestionario que se elaboró utilizando una plataforma de Google y el enlace posterior se distribuyó por redes sociales durante dos semanas.

Con respecto al grupo etario, se encontró, que el nivel de conocimiento en salud bucal de la población joven del Anexo La Central fue alto, seguido de un medio para la población adulta y adulto mayor, evidenciando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios. Se encuentra discrepancia con Cirakoglu N. et al<sup>9</sup>, quien encontró que la población joven presentó mayores puntajes en conocimientos sobre salud bucal, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. El estudio estuvo enfocado en demostrar alguna relación entre la salud bucal y el nivel

socioeconómico de los participantes, si tienen hijos y la condición de salud general de los participantes. Las variables socioeconómicas demuestran que el nivel económico interfiere con el conocimiento de salud bucal.

Márquez C. et al<sup>11</sup>, en su estudio, no encontró diferencias significativas entre los grupos etarios debido a que los puntajes de conocimiento son muy similares entre ellos, esto probablemente se debió, a la cantidad similar de participantes jóvenes y adultos. Es importante también mencionar, que el cuestionario utilizado por el estudio se agrupa en 6 dominios de los cuales se incluyeron conocimientos de salud bucal, enfermedades y prevención en los niños, conocimiento de los tratamientos dentales y conocimiento del cáncer oral.

Finalmente, con respecto al grado de instrucción, el presente estudio reveló que, el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central con grado de instrucción secundario y superior fue alto, y los participantes con nivel primario presentaron un nivel medio de conocimientos, evidenciándose así diferencias significativas entre los grados de instrucción. Se encuentra similares resultados en el estudio de Márquez C. et al<sup>11</sup>, donde el 38,3% del total de la población tenía un nivel secundario de educación y el 41,8% tenía un nivel superior y ambos grados de instrucción reportaron un nivel alto de conocimiento, evidenciando diferencias significativas.

Se encontraron discrepancia con los resultados de Macek M. et al<sup>17</sup>, que reporta un puntaje bajo de conocimiento para el nivel de educación primario y puntaje medio para el nivel educativo secundario. Los participantes reclutados para este estudio: los hispanos, las personas con un nivel inferior de educación secundaria y aquellos que hablaban un idioma que no era el inglés, tienden a tener niveles más bajos de conocimiento. Muy distinto a ello, los participantes que eran blancos no hispanos, graduados universitarios, así como los que hablaban varios idiomas al momento de la encuesta y hablaban inglés desde niños, obtuvieron puntajes altos.

La presente investigación tuvo que adaptarse y realizar cambios debido al problema de la pandemia de la COVID – 19, que aún en la actualidad afecta no solo a nuestro país, sino al mundo entero, forzando al Estado a declarar el estado de emergencia y cuarentena focalizada. En el presente estudio se utilizó todas las barreras de bioseguridad para la protección de los participantes y de las



investigadoras, como la toma de temperatura, la utilización de alcohol como desinfectante, fumigación y respetando el metro y medio de distancia establecido.

## **VI. CONCLUSIONES**

1. El nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, fue alto en el 51,6%, medio en el 44,1% y fue bajo en el 4,3%.
2. El nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, en cuanto al sexo, el 52,2% de la población masculina obtuvo un puntaje alto y el 50,8% de la población femenina fue alto.
3. El nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, en cuanto al grupo etario, los jóvenes obtuvieron el 69,1% de nivel de conocimiento alto, los adultos 48,6% y adulto mayor 66,7% de nivel de conocimiento medio.
4. El nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, en cuanto al grado de instrucción, el grado de instrucción primaria obtuvo el 66,4% de nivel medio, secundaria 56,1% y superior 67,2% de nivel de conocimiento alto.

## VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al teniente gobernador del Anexo La central, Arequipa, tomar en cuenta los datos obtenidos en el presente estudio e informar a los pobladores de los resultados. A la vez, se le exhorta a realizar programas de alfabetización sobre promoción y prevención en salud bucal que estará dirigido para el 4,3% de la población que presentó un nivel bajo.
2. Se recomienda también al Centro de Salud del Anexo La Central, tomar en cuenta los resultados obtenidos del estudio que se realizó, con la finalidad de implementar un conjunto de programas para dar a conocer y dar tratamiento a enfermedades bucales que presenta la población, que debido a la pandemia de la COVID-19, no se pudo dar los alcances en este estudio a los lugareños.
3. Se recomienda a la población adulta estudiada mantener el nivel de conocimiento alto en salud bucal y transferir este conocimiento a las futuras generaciones y así poder mejorar la calidad de vida.
4. Se recomienda a futuros investigadores realizar estudios de nivel de conocimiento en salud bucal acompañado de un examen clínico para poder realizar comparaciones una vez realizada la vacunación total del país o la pandemia de la COVID - 19 este finalizando. También se recomienda a los futuros profesionales de la salud en esta rama, realizar estudios en otras regiones del Perú, en poblaciones más amplias o de varios sectores para poder contar con una muestra más extensa.

## REFERENCIAS

1. Organización mundial de la salud. Salud bucodental. [internet]. [consultado 06 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Minsa. Salud Bucal. [internet]. [consultado 06 de diciembre 2020]. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)
3. Peres M, Macpherson L, Weyant R, Daly B, Venturelli R, Mathur M, Listl S, Keller R, Guarnizo C, Kearns C, Benzian H, Allison P, Watt R. Oral diseases: a global public health challenge [internet]. 2019 [consultado el 15 de diciembre del 2020]. Disponible en: DOI. [10.1016 / S0140-6736 \(19\) 31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
4. Pitts N, Zero D, Marsh P, Ekstrand K, AWeintraub J, Ramos F, [Tagami J](#), Twetman S, Tsakos G, and Ismail A. Caries dental. Nature Reviews Disease Primers. [internet]. 2017 [consultado 05 de enero 2021]. Disponible en: DOI. [10.1038 /nrdp.2017.30](https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30)
5. Ministerio de Salud. El 90.4% de los peruanos tiene caries dental. [internet]. [consultado 06 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45475-el-90-4-de-los-peruanos-tiene-caries-dental>
6. INEI. Pobreza monetaria alcanzó al 20,2% de la población en el año 2019. [internet]. [consultado 06 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/pobreza-monetaria-alcanzo-al-202-de-la-poblacion-en-el-ano-2019-12196/>
7. INEI. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2019. [internet]. [consultado 08 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES EN DES 2019.pdf>
8. Gobierno regional Arequipa. Análisis de situación de salud. [internet]. [consultado 08 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2019/ASIS%202019.pdf>

9. Cirakoglu N, Gokcek M. The impact of socioeconomic factors and oral hygiene habits on knowledge level of oral health and procedures: The questionnaire-based research. [internet]. 2020 [consultado el 27 de mayo del 2021]. Disponible en: DOI 10.33808/clinexphealthsci.789597
10. Abdulbaqi H, Ali A. Abdulkareem. The oral health and periodontal diseases awareness and knowledge in the Iraqi population: Online-based survey. [internet]. 2017 [consultado el 23 de junio del 2021]. Disponible en: doi.org/10.1002/cre2.304
11. Marquez C, Almerich J, Montiel J. Oral health knowledge in relation to educational level in an adult population in Spain. [internet]. 2019 [consultado el 27 de mayo del 2021]. Disponible en: DOI10.4317/jced.56411
12. Flynn P, John M, Naghibi M. Confirmation of the unidimensional structure of the Oral Health Literacy Adults Questionnaire. [internet]. 2019 [consultado el 2 de junio del 2021]. Disponible en: DOI 10.1111 / idj.12451
13. Das D, Menon I, Gupta R, Arora V, Ashraf A, Ahsan I. Oral health-related quality of life among adult smokeless tobacco users and nontobacco users of Ghaziabad district, Uttar Pradesh: A cross-sectional study. [Internet] 2019 [consultado el 3 de junio del 2021]. Disponible en: DOI 10.4103 / jfmpc. jfmpc\_1049\_19
14. Gharbieh E, Basema S, Mohammed, E. Oral Health Knowledge and Behavior among Adults in the United Arab Emirates. [internet]. 2017 [consultado el 23 de junio del 2021]. Disponible en: doi.org/10.1155/2019/7568679.
15. Patiño D, McQuistan M, Qian F, Hernandez M, Weber K, Macek M. Oral health knowledge levels of Hispanics in Iowa. [Internet]. 2018 [consultado el 26 de mayo del 2021]. Disponible en: DOI org/10.1016/j.adaj.2018.07.023
16. Sheng Y. Oral health knowledge, beliefs and practices among community-dwelling older adults in Shanghai, China: A cross-sectional analysis. [internet]. 2018 [consultado el 27 de mayo del 2021]. Disponible en: DOI 10.1111 / ger.12460

17. Macek M, Atchison K, Chen H, Wells W, Haynes D, Parker R, Azzo S. Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: Findings from a Multi-site Health Literacy Study. [internet]. 2017 [consultado el 27 de mayo del 2021]. Disponible en: DOI10.1111 / cdoe.12294
18. Kumar J. Relationship between oral health literacy and oral health status.[internet]. 2018 [consultado el 27 de mayo del 2021]. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12903-018-0640-1.pdf>
19. Glick M, Williams D, Kleinman D, Vujcic M, Watt R and Weyant R. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health [internet]. 2016 [consultado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://sci-hub.se/10.1038/sj.bdj.2016.953>
20. Machiulskiene V, et al Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. [internet]. 2019[consultado el 05 de enero 2021]. Disponible en: DOI: 10.1159/000503309
21. Herrera D, Figuero E, Shapira L, Jin L, Sanz M. A new classification scheme for periodontal and peri-implant. [internet]. 2018 [consultado el 03 de enero del 2021]. Disponible en: <https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/JPER.18-0157>
22. Wojahn Z, Ramseier C. Terapia de periodontitis, Capitulo 5. [internet]. 2020 [consultado el 27 de febrero del 2021]. Disponible en: [https://www.periodontal-health.com/es/wpcontent/uploads/2020/06/5\\_terapia\\_ES.pdf](https://www.periodontal-health.com/es/wpcontent/uploads/2020/06/5_terapia_ES.pdf)
23. American Dental Association. [internet]. [Consultado el 16 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/c/cavities>
24. Rizzo L, Torres A, Martínez C. Comparison of different tooth brushing techniques for oral hygiene. [internet]. 2016 [consultado el 16 de diciembre del 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-971X2016000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2016000200007)

25. Jeong B. Proper Tooth-Brushing Technique According to Patient's Age and Oral Status. [internet]. 2020 [consultado el 16 de diciembre del 2020]. Disponible en:  
<http://pdf.medrang.co.kr/ljcpd2/2020/016/IJCPD-16-149.pdf>
26. Roa L et al. Efficacy of dental floss with ellipsoidal knots vs conventional dental floss for plaque removal. A split-mouth randomized trial. International Journal of Dental Hygiene. [internet]. 2020 [consultado el 16 de diciembre del 2020]. Disponible en:  
<https://sci-hub.se/10.1111/idh.12473>
27. Sluijs, E, N. L., & Slot, D. E. The effect of a tooth/tongue gel and mouthwash regimen on morning oral malodour: A 3-week single-blind randomized clinical trial. International journal of dental hygiene, 16(1), 92–102. [internet]. 2018 [consultado el 16 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/idh.1229>
28. Xiang, L., Rojo, R. y Prados-Frutos, JC Evaluation of the Efficacy of Lacer HaliTM Treatment on the Management of Halitosis: A Randomized Double-Blind Clinical Trial, 10 (11) [internet]. 2021 [consultado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: doi:10.3390 / jcm10112256
29. Minsa. Salud Bucal. [internet]. [consultado 06 de diciembre 2020]. Disponible en:  
[https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)
30. OPS. La salud bucodental es esencial para la salud general. [internet]. 2021 [consultado el 16 de enero del 2021]. Disponible en:  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es)
31. Rpmesp. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [internet]. 2020 [consultado el 16 de enero del 2021]. Disponible en:  
<https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp>
32. Hernández-Vásquez<sup>1</sup>, A. y Burstein, Z. Promoción de la salud oral y perspectivas para el 2020 de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [internet]. 2020 [consultado el 16 de enero

- del 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000400001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000400001&script=sci_arttext)
33. Vargas-Palomino, K, Chipana-Herquinio, C. y Arriola-Guillén, L. Condiciones de salud oral, higiene oral y estado nutricional en niños que acuden a un establecimiento de salud de la región Huánuco, Perú. [internet]. 2019 [consultado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000400013&script=sci_arttext)
34. Villagra T, Ortiz F, Cisneros M. Prevalencia de enfermedades bucodentales en escolares de 6, 12 y 15 años en Islay (Arequipa, Perú) [internet]. 2019 [consultado el 16 de diciembre del 2020]. Disponible en: DOI: 10.21142/2523-2754-0801-2020-00
35. Minsa. Resolución Ministerial N° 027-2015-MINSA. [internet]. 2015 [consultado el 16 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/195705-027-2015-minsa>
36. Minsa. Resolución Secretarial N° 368-2019-MINSA. [internet]. 2015 [consultado el 16 de diciembre del 2020]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/394392-368-2019-minsa>
37. Midis. Reporte regional de indicadores sociales del departamento de Arequipa. [internet]. 2021 [consultado el 16 de enero del 2021]. Disponible en: <https://Sdv.Midis.Gob.Pe/Redinforma/Upload/Regional/Arequipa.Pdf>
38. Gobierno regional Arequipa. Análisis de situación de salud. [internet]. [consultado 08 de diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2019/ASIS%202019.pdf>
39. INEI. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles. [internet]. 2019 [consultado 08 de diciembre 2020]. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES\\_ENDES\\_2019.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2019.pdf)



40. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado y Pilar Baptista. Metodología De La Investigación. 6a. ed. 1. México D.F.: McGraw-Hill, 2014.
41. Davenport, T. H. y Prusak, L. Working Knowledge: how organisations manage what they know. Boston: Harvard University Press, 1998.
42. Huamán M. Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene oral en niños de 11 a 12 años de edad de la institución educativa N.º 10022 “Miguel Muro Zapata” Chiclayo 2015.[Tesis para optar el título profesional de cirujano Dentista].Chiclayo: Universidad Señor de Sipán2015. 73p.
43. Bayona De La Piedra, J. Nivel De Conocimiento Sobre Hábitos De Higiene Bucal En Alumnos Del Nivel Secundario De La Institución Educativa Nacional Hermanos Meléndez, La Unión - Piura 2017. [Tesis para optar el título profesional de cirujano Dentista]. Piura: Universidad Cesar Vallejo; 2017. 91p.
44. Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet] 2008 [Consultado 18 julio 2021]; Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fdevaluacion/fdevaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013- Esp.pdf>
45. Hescot P. The New definition of Oral Health and relationship between Oral Health and Quality of Life. [Internet]. 2017 [Consultado el 29 de Julio del 2021]; 20(4): 189–192. Disponible en: [http://www.quintpub.com/userhome/cjdr/cjdr\\_20\\_4\\_hescot\\_p189.pdf](http://www.quintpub.com/userhome/cjdr/cjdr_20_4_hescot_p189.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES DE ESTUDIO       | DEFINICIÓN CONCEPTUAL  | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | INDICADORES   | ESCALA DE MEDICIÓN |
|----------------------------|--|--|---|--------------------|
| CONOCIMIENTO EN SALUD ORAL | El grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información de los servicios básicos de salud para facilitar decisiones de la salud bucal adecuadas. <sup>41</sup> | Es la información obtenida al medir el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, aplicando un cuestionario físico a cada uno de los participantes. | BAJO<br>(0 – 10)<br><br>MEDIO<br>(11 – 15)<br><br>ALTO<br>(16 – 20) | Ordinal            |
| GRUPO ETARIO               | Grupo de edad al que pertenece una persona y está relacionada a las etapas del desarrollo  | Estructurado para obtenerse en el cuestionario   | Jóvenes<br><br>Adultos<br><br>Adulto mayor                          | Ordinal            |
| SEXO                       | Características Fisiológicas y sexuales con la que se nace.  | Estructurado para obtenerse en el cuestionario.  | Femenino<br><br>Masculino   | Nominal            |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN       | Grado más elevado de estudios que una persona ha realizado.  | Estructurado para obtenerse en el cuestionario.  | Primaria<br>Secundaria<br>Superior                                  | Ordinal            |

## ANEXO 2

### CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$N \times Z^2 \times P \times (1 - P)$$

$$n = \frac{\quad}{(N - 1)e^2 + Z^2 \times P \times (1 - P)}$$

Donde:

N= 769 (Tamaño de la población)

Z=1.96 (Valor tabular normal para un nivel de confianza del 95%)

P=0.5 (Probabilidad de éxito)

e = 0.05 (Margen de precisión)

$$n = \frac{769 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}{(769 - 1)0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times (1 - 0.5)}$$

$$n = \frac{738.5476}{1.92 + 0.9604}$$

$$n = \frac{738.5476}{2.8804}$$

$$n = 256$$

## ANEXO 3

# INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### CUESTIONARIO

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN ADULTA DEL ANEXO LA CENTRAL, AREQUIPA, 2021

Encierre en un círculo la alternativa que considere correcta.

Edad:\_\_\_ Sexo:\_\_\_ Grado de instrucción:\_\_\_\_\_

**1. ¿Qué significa buena higiene bucal?**

- a. Que tenga molestias en los dientes.
- b. Que mis dientes estén limpios y no haya restos de alimentos.**
- c. Que mis encías presentan color rosado y sangren.
- d. Que presente mal aliento.

**2. ¿Cómo se practica buena higiene bucal?**

- a. Cepillándose de vez en cuando.
- b. Cepillándose los dientes todos los días.**
- c. Comiendo dulces.
- d. Comiendo y no cepillarse los dientes.

**3. ¿Es un hábito de higiene bucal?**

- a. Cepillado dental.**
- b. Morderse las uñas.
- c. Chuparse el dedo.
- d. Usar mondadientes.

**4. ¿Qué es la caries dental?**

- a. Es una enfermedad que afecta las encías.
- b. Es una enfermedad que destruye al diente.**
- c. Es una bacteria.
- d. Es un diente sano.

**5. ¿Cómo podemos prevenir la caries dental?**

- a. Cepillándose una vez al día.
- b. Cepillándose los dientes después de cada comida.**
- c. Cepillándose antes de Comer golosinas.
- d. Cepillándose de vez en cuando.

**6. ¿Cuáles son los elementos de higiene bucal que existen en el mercado?**

- a. Cepillo, pasta dental, hilo dental y enjuague bucal.**
- b. Cepillo y pasta.
- c. Cepillo, pasta dental, flúor y enjuague bucal.
- d. Cepillo y enjuague bucal.

**7. ¿Cuántas veces al día debe cepillarse los dientes?**

- a. 1 vez.
- b. 2 veces.

**c. Después de cada comida.**

- d. Sólo al levantarse.

**8. ¿Cuál es el tiempo promedio que debería durar el cepillado dental?**

- a. 30 segundos.

**b. 2 minutos.**

- c. 5 minutos.
- d. 10 minutos.

**9. ¿Cada cuánto tiempo aproximadamente debe cambiar su cepillo dental?**

- a. Cada mes.

**b. Cada 2 a 3 meses.**

- c. Cada 6 a 7 meses.
- d. Cada año.

**10. ¿Después de los dientes que otra parte de la boca podemos cepillarnos?**

- a. La encía.
- b. Los labios.

**c. La lengua.**

- d. Los cachetes.

**11. El cepillo es de uso:**

- a. Para compartir con mi hermano(s).
- b. Para compartir con mí mejor amigo.
- c. Para compartir con mí papa.

**d. Para uso personal.**

**12. ¿Qué consecuencias causaría un mal cepillado dental?**

- a. Encías amarillas y dientes torcidos.

**b. Encías rojas y dientes picados.**

- c. Boca seca y dientes blancos .
- d. Lengua roja y dientes sanos.

**13. Usar pasta dental es importante porque:**

**a. Contiene flúor y fortifican los dientes.**

- b. Contiene vitaminas y todas las pastas protegen al diente .

c. Todos los podemos usar en cantidades iguales.

- d. Los niños pueden usar la misma pasta dental que la de adulto.

**14. ¿Por qué sería importante usar hilo dental?**

- a. Elimina la caries.

**b. Elimina los restos de alimentos de entre dientes y encías.**

- c. Elimina bacterias de la boca.

- d. Elimina el mal aliento.

**15. Los enjuagues bucales son importantes porque:**

- a. Debilitan los dientes.

- b. Causa ardor en las encías.

**c. Reducen la formación de sarro.**

d. Reemplaza el cepillado.

**16. El enjuague bucal se usa:**

a. Antes de cepillarse los dientes.

**b. Después de cepillarse los dientes.**

c. Antes de comer.

d. Después de comer.

**17. El flúor es una sustancia que sirve para:**

**a. Para proteger el diente y evitar caries dental.**

b. Para refrescar el aliento.

c. Para tener los dientes más blancos.

d. Para eliminar el mal aliento.

**18. ¿Qué alimentos ayudan a fortalecer los dientes?**

**a. Pescado y verduras.**

b. Verduras y gaseosa.

c. Pescado y dulces.

d. Leche y galletas.

**19. ¿Cuál de los siguientes alimentos causa daño en los dientes?**

a. Carne y pescado.

b. Frutas y verduras.

c. Huevos y leche.

**d. Golosinas y refrescos.**

**20. ¿Cada cuánto tiempo como mínimo debemos de visitar al odontólogo?**

a. Cada tres meses.

**b. Cada seis meses.**

c. Cada semana.

d. Cada año.

## ANEXO 4

### VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

|   |   |                       |
|---|---|-----------------------|
|  UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO | FORMATO DE REGISTRO DE CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO | ÁREA DE INVESTIGACIÓN |
|---|---|-----------------------|

#### I. DATOS INFORMATIVOS

|  |  |
|--|--|
| 1.1. ESTUDIANTES                           | Denissere Andrea Llerena Condori<br>Ruth Fabiola Luque Carreón                                     |
| 1.2. TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACION   | "Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, 2021" |
| 1.3. ESCUELA PROFESIONAL                   | Estomatología  |
| 1.4. TIPO DE INSTRUMENTO                   | Cuestionario de preguntas cerradas, politómicas y una opción de respuesta                          |
| 1.5. COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD EMPLEADO | Kuder Richardson (0.845)   |
| 1.6. FECHA DE APLICACIÓN                   | 05 de julio del 2021   |
| 1.7. MUESTRA APLICADA                      | 30 pobladores  |

#### II. CONFIABILIDAD


|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| ÍNDICE DE CONFIABILIDAD ALCANZADO | El índice fue 0.845, el cual se ubica en el intervalo (0.750 – 0.999) que considera al instrumento con una confiabilidad excelente |
|-----------------------------------|--|

#### III. DESCRIPCIÓN BREVE DEL PROCESO (*items iniciales, items mejorados, eliminados, etc.*)

Se aplicó la prueba de Kuder Richardson, indicada para instrumentos donde la calificación es dicotómica (correcto/incorrecto). Como el cuestionario evalúa nivel de conocimientos, también hay que tomar en cuenta que las preguntas deben ser homogéneas en cuanto a su distribución de acuerdo con su dificultad, es decir, debe haber aproximadamente la misma cantidad de preguntas fáciles y difíciles; en este contexto, se ha verificado que las 20 preguntas planteadas cumplen con este principio; por lo que se acredita que el cuestionario es confiable.

  
DENISSERE A. LLERENA CONDORI  
DNI: 71320765

  
RUTH F. LUQUE GARREÓN  
DNI: 43844746

  
Xavier Sacca Urday  
Doctor en Salud Pública  
Bioestadístico - Investigador

## ANEXO 5

### CARTA DE PRESENTACIÓN ENVIADA POR LA UNIVERSIDAD



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Piura, 01 de julio de 2021

CARTA DE PRESENTACIÓN N° 348-2021/UCV-EDE-P13-F01/PIURA

Señor  
VICTOR ARIAS CONDORI.  
Teniente Gobernador del Anexo La Central  
Arequipa. -

De mi especial consideración

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo, y a la vez, presentarle a las alumnas DENISSERE ANDREA LLERENA CONDORI identificada con DNI 71320765 y RUTH FABIOLA LUQUE CARREON identificada con DNI 43844746, quienes están realizando el Taller de Titulación en la Escuela de Estomatología de la Universidad César Vallejo – Filial Piura y desean realizar su Proyecto titulado "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LA POBLACION ADULTA DEL ANEXO LA CENTRAL, AREQUIPA, 2021".

Por lo tanto, solicito a usted otorgue acceso para realizar una encuesta en su representada y puedan continuar con su investigación.

Asimismo, hacemos de conocimiento que esta carta solo tiene validez virtual, pues por motivos de pandemia no entregamos el documento de manera física.

Sin otro particular, me despido de Ud.

Atentamente,



Mg. Eric Giancarlo Becerra Atoche  
Director Escuela de Estomatología

c.c.



## ANEXO 6

### AUTORIZACIÓN Y APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO (CON FIRMA Y SELLO)

"Año del bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Arequipa, 3 de julio del 2021

Srtas.

Llerena Condori Denissere Andrea

Luque Carreón Ruth Fabiola

Participantes del taller de titulación en la escuela de estomatología de la Universidad Cesar Vallejo – filial Piura.

Me dirijo a ustedes para expresar mi cordial saludo, y a la vez responder a su carta de presentación para brindarle la autorización para la recolección de datos y así continuar con su trabajo de investigación titulada "Nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, 2021"

Sin otro particular, me despido de ustedes.

Atentamente



*Victor Arias Condori*  
Victor Arias Condori

DNI: 30563730

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUCION: UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - FILIAL PIURA
INVESTIGADORAS: Denissere Andrea Llerena Condori, Ruth Fabiola Luque Carreón
TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LA POBLACION ADULTA DEL ANEXO LA CENTRAL, AREQUIPA, 2021"

PROPÓSITO DEL ESTUDIO Estamos invitando a usted a participar en el presente estudio con fines de investigación para evaluar el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del anexo La Central.

PROCEDIMIENTOS: Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará que llene un cuestionario de 20 preguntas teniendo 4 opciones de respuesta donde solo será 1 la correcta. El tiempo a emplear no será mayor a 10 minutos.

RIESGOS: Usted no estará expuesto(a) a ningún tipo de riesgo en el presente estudio.

BENEFICIOS: Los beneficios del presente estudio no serán directamente para usted pero le permitirán al investigador(a) y a las autoridades de Salud determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de la población adulta del Anexo La Central, Arequipa, 2021

Si usted desea comunicarse con las investigadoras para conocer los resultados del presente estudio puede hacerlo vía telefónica al siguiente contacto: Denissere Llerena Cel. 967280121 Correo: Guissere@hotmail.com, Fabiola Luque Cel. 974369765 correo: luquecarreon@gmail.com

COSTOS E INCENTIVOS: Participar en el presente estudio no tiene ningún costo ni precio. Así mismo NO RECIBIRÁ NINGÚN INCENTIVO ECONÓMICO ni de otra índole.

CONFIDENCIALIDAD: Le garantizamos que sus resultados serán utilizados con absoluta confidencialidad, ninguna persona, excepto la investigadora tendrá acceso a ella. Su nombre no será revelado en la presentación de resultados ni en alguna publicación.

USO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA: Los resultados de la presente investigación serán conservados durante un periodo de 5 años para que de esta manera dichos datos puedan ser utilizados como antecedentes en futuras investigaciones relacionadas.

AUTORIZO A TENER MI INFORMACIÓN OBTENIDA Y QUE ESTA PUEDA SER ALMACENADA: SI [X] NO [ ]

Se contará con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, Filial Piura cada vez que se requiera el uso de la información almacenada.

DERECHOS DEL SUJETO DE INVESTIGACIÓN (PACIENTE): Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con las investigadoras, Denissere Llerena Condori, Cel. 967280121 correo: Guissere@hotmail.com y Ruth Luque Carreón, Cel. 974369765 correo: luquecarreon@gmail.com. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad César Vallejo, teléfono 073 - 285900 Anexo 5553

CONSENTIMIENTO

He escuchado la explicación del (la) investigador(a) y he leído el presente documento por lo que ACEPTO voluntariamente a participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque ya haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante
Nombre: Kelly Coronado
DNI: 44075062



Investigadoras
Nombres: Denissere Llerena Condori
DNI: 71320765

Ruth Luque Carreón
DNI: 43844746

Fecha: 10/07/21

## ANEXO 8

### FOTOS

**Imagen 1:** Autorización del teniente gobernador del Anexo La Central, Arequipa.



**Imagen 2:** El asistente proporciona alcohol en gel, realiza fumigación y toma de temperatura.



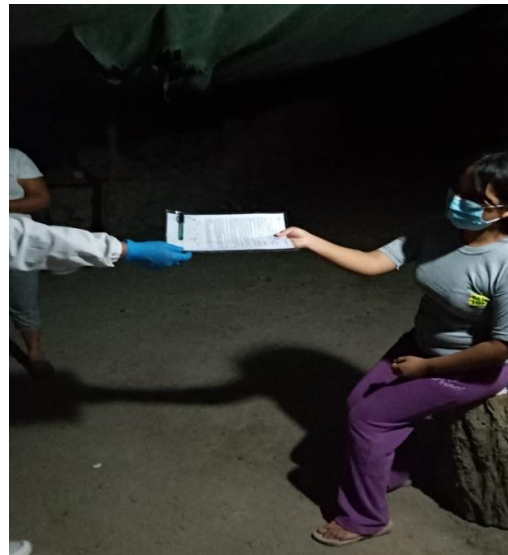


**Imagen 3:**Brindando mascarillas a los pobladores que no contaban con una en el momento de la encuesta.





**Imagen 4:** Entrega de consentimiento informado, cuestionario y un lapicero.



**Imagen 5:** Firma de consentimiento informado y llenado del cuestionario.

