



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

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL
EN LOS POBLADORES DEL CASERÍO PUEBLO**

NUEVO – C.P.M. TONGORRAPE - 2020

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO

DENTISTA

Autor(es):

Bach. Serrato Sanchez de Requejo, Keller Mirella Lizeth

<https://orcid.org/0000-0002-8605-8646>

Bach. Ynoquio Garcia, Angel Orlando

<https://orcid.org/0000-0001-6729-6385>

Asesor:

Dra. CD. Valenzuela Ramos, Marisel Roxana

<https://orcid.org/0000-0002-1857-3937>

Línea de Investigación

Ciencias de la vida y cuidado de la salud humana

Pimentel – Perú

2022

APROBACIÓN DE JURADO
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN LOS
POBLADORES DEL CASERÍO PUEBLO NUEVO – C.P.M –
TONGORRAPE – 2020

Por: Serrato Sánchez Keller Mirella Lizeth

Tesis presentada ante la escuela profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Señor de Sipán, para la obtención del título profesional de Cirujano Dentista.

Dra. CD. Valenzuela Ramos Marisel Roxana
Asesor Metodológico

Dra. CD. La Serna Solari Paola Beatriz
Presidente de jurado de tesis

Mg. CD Ramírez Espinoza Mónica Lucia
Secretario de Jurado de Tesis

Mg. CD Romero Gamboa Julio Cesar
Vocal de Jurado de Tesis

DEDICATORIA

Quisiéramos dedicar nuestro informe de tesis, a Dios en primer lugar, por brindarnos salud y sapiencia, ya que, sin él esto no sería sido posible, además a nuestros padres, que, durante el desarrollo de nuestra carrera profesional, fueron pilares, queremos dedicar este trabajo por su apoyo brindado, además de su confianza, cariño y sobre todo motivación.

AGRADECIMIENTO

Expresar gratitud a Dios en primer lugar, pues su bendición nos lleva de vida, de la misma forma que a nuestras familias, por ello nuestro más sincero agradecimiento a quienes fueron parte de la realización de nuestros objetivos, además de nuestro proceso investigativo. De la misma forma agradecer a la Universidad Señor de Sipán, a los docentes, quienes, por medio de sus enseñanzas y sus valiosos conocimientos, así como también sus experiencias, además de su apoyo constante e incondicional, hicieron posible, que nuestro proceso formativo, se desarrolle de manera óptima y con toda la disposición posible, queremos expresar de manera especial un agradecimiento, a la Dra Marisel Roxana Valenzuela Ramos, principal colaboradora durante todo el proceso de investigación, pues mediante su experiencia y conocimientos, contribuyó al desarrollo de nuestra investigación, de manera conjunta con el Dr. Juan Pablo Portocarrero, a quién agradecemos enormemente por su rol de guía y apoyo durante el proceso de ejecución del presente trabajo, ya que mediante su experiencia, y sus consejos, se pudo realizar con éxito la culminación de la presente investigación.

Resumen

Como objetivo de la investigación presentada, se determinó el nivel de conocimiento en salud oral, de los pobladores del caserío Pueblo Nuevo - C.P.M. Tongorrape - 2020. Esta investigación es descriptiva, además de observacional, con un enfoque cuantitativo y no experimental, realizada de forma transversal, para ello se contó con una población de un total de 120 habitantes del caserío Pueblo Nuevo - C.P.M. Tongorrape durante el año 2020, con un promedio de 92 habitantes como parte de la muestra obtenida, el instrumento que se usó fue para la investigación, fue un cuestionario con 21 preguntas, las cuales fueron elaboradas por los investigadores, y verificadas mediante un juicio de 3 expertos, quienes contaban con el título de Cirujano dentista, además de poseer el grado de Maestría y que pertenecen al área de Estomatología, de la Universidad Señor de Sipán, quienes validaron la aplicación del instrumento, aplicando los criterios de rigor científico y éticos, cumpliendo con los requisitos necesarios para un proceso investigativo. Encontrando que el 46,0% se encuentra en niveles deficientes de conocimiento en salud oral, el 30% niveles regulares y el 24% niveles aceptables. En consecuencia, el nivel de conocimiento sobre salud oral en la población del caserío Pueblo Nuevo - C.P.M. Tongorrape es, según la hipótesis presentada en la investigación y los resultados obtenidos, la cual se confirma, además de que se puede concluir que existe un nivel de conocimiento deficiente en los pobladores del caserío Pueblo Nuevo - C.P.M. Tongorrape.

PALABRAS CLAVES

Conocimiento, salud oral, pobladores.

Abstract

As objective of the investigation presented, if determined the level of knowledge in oral health, of the inhabitants of the Pueblo Nuevo - C.P.M. Tongorrape - 2020. This research is descriptive, as well as observational, with a quantitative and non-experimental approach, carried out cross-sectionally, for which there was a population of a total of 120 inhabitants of the Pueblo Nuevo - C.P.M. Tongorrape during the year 2020, with an average of 92 inhabitants as part of the sample obtained, the instrument that was used for the investigation, was a questionnaire with 21 questions, which were prepared by the researchers, and verified by means of a judgment of 3 experts, who had the title of Dental Surgeon, in addition to having a Master's degree and who belong to the Stomatology area, of the Lord of Sipán University, who validated the application of the instrument, applying the criteria of scientific rigor and ethical, complying with the necessary requirements for an investigative process. Finding that 46.0% are at deficient levels of knowledge in oral health, 30% regular levels and 24% acceptable levels. Consequently, the level of knowledge about oral health in the population of the Pueblo Nuevo - C.P.M. Tongorrape is, according to the hypothesis presented in the investigation and the results obtained, which is confirmed, in addition to the fact that it can be concluded that there is a deficient level of knowledge in the inhabitants of the Pueblo Nuevo - C.P.M. Tomgorrape.

Keywords

Knowledge, oral health, settlers.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Realidad problemática.	10
1.2 Antecedentes de estudio.	11
1.3 Teorías con relación al tema.	14
1.3.1 Nivel de conocimiento	14
1.3.2 Tipos de Conocimientos	14
1.3.2.1 Conocimiento empírico-no científico	14
1.3.2.2 Conocimiento científico	15
1.3.2.3 Conocimiento filosófico	15
1.3.2.4 Conocimiento teológico- religioso	15
1.3.2.5 Conocimiento intuitivo.	15
1.3.3 Salud Oral	15
1.3.4 Niveles de prevención	16
1.3.4.1 Prevención Primaria	16
1.3.4.2 Prevención secundaria	16
1.3.4.3 Prevención terciaria.	17
1.3.5 Medidas de prevención oral	17
1.3.5.1 Control de la Dieta	17
1.3.6 Elementos de higiene oral.	17
1.3.6.1 Cepillo dental.	17
1.3.6.2 Técnicas de cepillado.	18
1.3.6.2.1 Técnica de Fones (rotación vertical)	18
1.3.6.2.2 Técnica de Bass	18
1.3.6.2.3 Técnica de Bass modificado	18
1.3.6.3.4 Técnica de Stillman.....	18
1.3.6.3.5 Técnica de carácter	19
1.3.6.3 Pasta dental.	19
1.3.6.4 Hilo dental	19
1.3.6.5 Enjuague bucal	19
1.3.7 Profilaxis dental	20
1.3.8 Enfermedades relacionadas con la mala higiene oral.	20
1.3.8.1 Placa bacteriana.	20
1.3.8.1 caries dental	21
1.3.8.2 gingivitis	21

1.3.8.3 Periodontitis.....	21
1.3.8.4 Bruxismo	21
1.4. Formulación de problema	¡Error! Marcador no definido.
1.4.1 Problemas específicos.....	22
1.5. Justificación e importancia del estudio.	23
1.6. Hipótesis	24
1.6.1. Hipótesis alterna.....	24
1.6.2. Hipótesis nula	24
1.7 Objetivos	24
1.7.1 Objetivo general.	24
1.7.2 Objetivo específicos.....	24
II.METODO	24
2.1 Tipo y diseño de investigación	24
2.1.1 Tipo de investigación: cuantitativa - descriptiva.	24
2.2 Población y muestra	25
2.2.1. Población	25
2.2.2 Muestra.	25
2.2.3 Criterios de inclusión	25
2.2.4 Criterios de exclusión:	26
2.3 Variables y Operacionalización.	27
2.3.1 Variable	27
2.3.2 Operacionalización de variables.	28
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	29
2.4.1 Técnicas de estudio.	29
2.4.2 Instrumentos de estudio.	29
2.4.3 Validez y confiabilidad	30
2.5 Procedimiento de análisis de datos estadístico	32
2.6 Criterios éticos	32
2.7 Criterio de rigor científico.	33
III.RESULTADOS	36
3.1 Resultados en tablas y figuras.	¡Error! Marcador no definido.
3.2 Discusión de resultados.	41
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	42
4.1 Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.
4.2 Recomendaciones	43

ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 1. VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO	¡Error! Marcador no definido.
DIRIGIDO A:	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 3. CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTE	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 1. VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO	¡Error! Marcador no definido.
DIRIGIDO A:	¡Error! Marcador no definido.
C.O.P 9555	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 3. CONSTANCIA DE REVISIÓN DEL EXPERTO.....	¡Error! Marcador no definido.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática.

Actualmente resulta muy importante tener conocimientos sobre hábitos de la salud, higiene y prevención bucodental, aquellos que adquirimos en edades infantiles, siendo la base para nuestro cuidado oral en la adultez. Cuando la salud a nivel bucal es deficiente existe la probabilidad que se presenten enfermedades estomatológicas como la caries dental, gingivitis, maloclusiones, periodontitis, pérdida de dientes y halitosis. Estos problemas bucales son consecuencia de la mala concientización sobre la higiene oral, las pocas posibilidades de asistir a la consulta odontológica y el alto consumo de alimentos azucarados, es de suma importancia que las personas estén relacionadas con conocimientos, sobre salud oral, pues este conocimiento puede prevenir un sin número de patologías, además este conocimiento se puede difundir fácilmente entre la población, como promoción de salud, contribuyendo en la salud bucal de las personas, este conocimiento puede provenir mediante diferentes vías, pueden ser las familiares, mediante los maestros, o personal de salud, en programas de promoción sobre salud bucal, o también mediante los servicios odontológicos establecidos en las diferentes comunidades, también están encargados de esto los medios de difusión, sin embargo todo esto dependerá de que poblaciones se encuentren dentro del radar de toda esta difusión sobre salud bucal, ya que en poblaciones rurales, será menos el impacto comunicativo sobre salud bucal, con lo que el nivel de conocimiento de este tipo de poblaciones se podrá intuir que se encuentra en niveles regulares o deficientes, lo que nos lleva a tener una preocupación acerca del nivel de conocimiento en salud oral de este tipo de poblaciones, pues esto influirá no solo a estar en riesgo o exposición a enfermedades orales, sino a padecer enfermedades infecciones de origen odontogénico. Por ello es preciso conocer la realidad en lo que respecta a el conocimiento de salud oral de este tipo de poblaciones, ya que los estudios en este tipo de poblaciones no son habituales, al conocer la realidad de este tipo de poblaciones se podrá sugerir estrategias para promoción y prevención de la salud, lo que contribuirá a la mejora de la calidad de vida y la salud de este tipo de poblaciones.

Conocer el nivel de conocimiento nos permitirá, evaluar los diferentes factores de riesgo, tales como lo suelen ser los hábitos o costumbres sobre higiene oral de este tipo de poblaciones, pues como refirió, Silvina¹ (2018) Argentina, refirió que los hábitos son una respuesta conductual, práctica o costumbre que una persona establece en su vida cotidiana. La práctica diaria del cepillado dental es fundamental porque evita la aparición e incremento de las primordiales enfermedades bucales y sus cambios son una propuesta importante para combatir las patologías de la salud oral¹. La odontoestomatología actual se caracteriza por ser más preventiva y educativa, siendo el autocuidado un conjunto de acciones, además de decisiones que la persona puede realizar para conservar y mejorar sus condiciones de salud¹.

Es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS)² en marzo en 2020 informó que mundialmente, existen enfermedades que inciden en la cavidad oral, en 3500 millones de personas aproximadamente, además manifestó que la población mundial solo invierte un 5% en su salud bucodental y el 20% en sus gastos directos². En el Perú, se presentó poco conocimiento sobre la prevención sobre salud oral en la población, por consiguiente, tenemos un alto índice de afecciones orales y para su provisión de estas los individuos se deben enfocar en el mantenimiento y hábitos apropiados de la higiene a nivel oral².

1.2 Antecedentes de estudio.

A nivel internacional

Piovesan.S³ (2020) Uruguay, en su objetivo de evaluar situación de la salud oral en Uruguay, afirmó que en el censo realizado entre los años 2010 y 2011. Se estudió maloclusiones, pérdida de los dientes y lesiones orales, obteniendo como resultados que un 81% de los pacientes jóvenes; tienen experiencia acerca de lesiones cariosas, respecto a adultos con 100%, con respecto a la proporción de pacientes edéntulos, fue en adultos mayores un 27% y en los pacientes de 35 a 44 años, un 1%, como conclusión mencionó que el nivel de conocimiento en jóvenes fue deficiente.

Del mismo modo, el trabajo de **Silvina. M^{1,4} (2018) Argentina**, tuvo como objetivo el de estudiar los hábitos orales en pacientes adultos. Por ello se realizó un estudio sobre hábitos de higiene oral de las personas adultas de dicha ciudad, se explicó los hábitos de higiene oral en adultos y especificó la relación de variables como sexo, nivel socioeconómico y cultural, obteniendo como resultados que no había una clara diferencia entre el sexo o nivel socioeconómico, además de eso el 87,4% manifestó que se cepillan antes de acostarse y el 66,7% finalizadas las comidas^{1,4}, concluyendo que existe relación, entre el nivel de conocimiento el que a su vez influye sobre la salud bucal, en donde el nivel de conocimiento fue moderado.

Además, los autores **Parise.JM, Zambrano. P, Viteri. A et al⁵ (2020) Ecuador**, en su objetivo para determinar la prevalencia de las enfermedades bucodentales. Realizaron un estudio de cómo influye el aspecto social y económico en las patologías bucales, siendo consideradas de alta suspicacia. Obtuvo como resultados que la caries dental, afecciones periodontales y las alteraciones de la oclusión son enfermedades predominantes, la caries en 60% de la población, lo que indica que, pese a esfuerzos ejecutados por el gobierno, no se logra disminuir el consumo de azúcar o la exposición a fluoruros⁵, con lo que se concluyó, que el nivel de conocimiento en salud oral fue de regular a deficiente en el país.

A nivel nacional

Bautista J., Saucedo A. (2021)⁶, Cajamarca, en su investigación tuvieron como objetivo el de poder determinar, el nivel de conocimiento de salud oral en un grupo de madres en centro poblado en Cajamarca, donde obtuvieron como resultados, que el nivel de conocimiento sobre salud oral fue regular en un 38%, además se obtuvo un 9.8% de madres que presentó un buen nivel de conocimiento y tan solo el 4.3% de la población estudiada, tenía un nivel de conocimiento muy deficiente, con lo que concluyeron que en esta población de madres de un centro poblado de Cajamarca, el nivel de conocimiento fue aceptable, teniendo un buen nivel de conocimiento sobre salud oral.

Aguilar Y., Leandro A.¹² (2021), Cusco, en su investigación, tuvieron como objetivo, el de poder determinar el nivel de nivel de conocimiento sobre salud oral y su relación con el factor socioeconómico, en una comunidad nativa, obteniendo como resultados mencionaron, que el nivel de conocimiento de este tipo de poblaciones es deficiente en un 62.3%, además el factor socioeconómico es el que genera mayor impacto en estos niveles de conocimiento, con lo que ambos guardan una relación significativa, concluyendo que el existe una relación entre el factor socioeconómico y el nivel de conocimiento, el cual resultó deficiente.

Contreras M⁹. (2018) Lima, en su investigación, en la cual tuvo como objetivo el de determinar el nivel de conocimiento de pacientes de dos establecimientos de salud en Lima, obtuvo como resultados que 31.9% obtuvo un nivel de conocimiento regular, a comparación de 29.4% del otro establecimiento, concluyendo que la mayoría de pacientes en la actualidad cuenta con un buen nivel de conocimiento, o también se puede considera un nivel de conocimiento regular.

A nivel local

Sandoval C. (2019)¹³ Lambayeque, tuvo como objetivo, el de determinar el nivel de conocimiento de salud oral, en madres de un caserío en el distrito de Mórrope, obteniendo como resultados que solo el 4.9% presentó un nivel de conocimiento alto, seguido de un nivel regular con un 49.6%, además de un nivel bajo de 45.5%, esto pacientes de 18 a 32 años de edad, además sobre los elementos frecuentemente usados durante la higiene oral, se obtuvo un nivel regular en un 58.5%, con lo que concluyó, que el nivel de conocimiento de las madres de un caserío de Mórrope, fue regular.

Así como también a **Mejía B¹⁴ (2018) Lambayeque**, tuvo como objetivo el de medir el nivel de conocimiento mediante un taller, demostró que las intervenciones en odontología, son efectivas con el taller desarrollado, pudiendo beneficiar a otras realidades, concluyendo la afectividad del taller, como resultado se obtuvo que del cuestionario aplicado para determinar el nivel de conocimiento, el 67,43% respondió de forma correcta, mientras que el 32.53% de manera incorrecta, lo que indica que esta comunidad tiene conocimientos básicos en lo que a prevención de caries dental se trata¹⁰.

Holguin L., Oyola M¹¹. (2015) Lambayeque, en su investigación, obtuvo como objetivo el poder determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral, esto en padres de familia, obtuvieron que el 68.6% de los pacientes manifestó un nivel de conocimiento rol, concluyendo que existe una relación entre el nivel de conocimiento y la higiene oral, están relacionadas.

Alarcón Y. (2021)⁴² Lambayeque, en su investigación tuvo como objetivo, el de poder determinar, el nivel de conocimiento en salud bucal, en pacientes que asisten a un puesto de salud en una comunidad de Cutervo, tuvo como resultados que, el nivel de conocimiento fue deficiente en un 47.18%, además encontró un 17.61% de nivel de conocimiento aceptable, se evidenció que el 63% de los pacientes no conocía los factores etiológicos de la caries dental, concluyendo que el nivel de conocimiento en esta población estudiada fue deficiente, lo que además se transmitía de padres a hijos, alcanzando niveles deficientes de conocimiento de salud bucal.

1.3 Teorías con relación al tema.

1.3.1 Nivel de conocimiento

Componente trascendental de la actividad cognoscitiva, considerándolo como un proceso de una serie de abstracciones, aprendizaje y el desarrollo de conceptos, leyes, etc. Es un acto o información obtenida por un individuo de la experiencia o en una enseñanza. Los niveles de conocimiento son consecuencia de la adquisición del conocer¹⁵.

1.3.2 Tipos de Conocimientos

1.3.2.1 Conocimiento empírico-no científico

Es llamado también conocimiento popular, obtenido después de ilimitadas tentativas, es desordenado y sin ningún sistema. A través de este conocimiento la persona adquiere hechos y su método asimilado, posee descripciones correspondientes a los motivos de ser de las cosas y del hombre, todo lo mencionado se obtiene mediante las prácticas ejecutadas al azar, sin quehacer y a través de averiguaciones unipersonales producidas con la vida cotidiana; o básicamente con el conocimiento de otros y de las tradiciones de la población¹⁶.

1.3.2.2 Conocimiento científico

Aquel conocimiento abarca más de lo experimental, mediante de este conocimiento se registra conocer las causas que generan u ordenan los fenómenos, algunas ciencias construyen a raíz de estos estudios, leyes que lo rigen. Utiliza métodos y se plantea a buscar el porqué de las cosas.

Características del conocimiento científico:

Hechos están entrelazados por ciertas relaciones, usa métodos para llegar adquirir conocimientos, que plantea de acuerdo con el problema. Es ilimitado, efímero y amplio¹⁷.

1.3.2.3 Conocimiento filosófico

No se orienta en la racional, la interpretación forma parte importante para entender los datos y sentidos que la filosofía estudia, y sus pensamientos toman discrepancia de pensamiento lógico que es común en el conocimiento racional¹⁷.

1.3.2.4 Conocimiento teológico- religioso

Conocimiento basado en dios, orientado en la fe teológica, grupo de certezas que el hombre concluye, no por su pensamiento, sino a través de antecedentes de descubrimiento celestial. Aquellos conocimientos son extraídos de libros bíblicos y aprobados por el hombre después de pasar por la crítica histórica más minuciosa¹⁷.

1.3.2.5 Conocimiento intuitivo.

Conocimiento intuitivo es aquel donde el espíritu reconoce el beneficio que hay entre dos ideas de modo rápido y por sí mismas, sin participación de ninguna otra. De tal modo que el hombre no realiza ningún intento por comprobar e investigar la aseveración. Mencionado conocimiento es el más transparente y cierto que pueda poseer la mente del humano. Se manifiesta de manera convincente, así mismo no permite tener dudas¹⁷.

1.3.3 Salud Oral

La salud bucodental, básicamente hace referencia a la ausencia de dolor en el aspecto oral y facial, que afectan en su bienestar psicosocial¹³. Actualmente hay un nuevo concepto nos refiere que la salud oral es polivalente que incorpora la habilidad de poder hablar, sonreír, además de saborear, tocar, oler, masticar, transmitiendo una variedad de emociones mediante la expresión facial, con

expresiones de confianza, dolor e incomodidad, sin presencia de enfermedades o alteraciones del complejo craneofacial.¹³

Prevención en salud corresponde a una idea científica de trabajo, reconociendo los factores que ayuden a promocionar la salud y nos lleve a la práctica de distintas operaciones, como preservar la salud de los individuos, el propósito primordial, por medio de aumento de las capacidades de las personas en reconocer, ejecutar y satisfacer las necesidades que ellos tienen, además de modificar o acondicionarse a su entorno.¹³ Por consiguiente, se refiere a la necesidad de prevenir e interpretar la relevancia de las enfermedades crónicas y de actuar urgentemente contra ellas es así mismo, un aspecto cada vez más interesante.¹⁷

1.3.4 Niveles de prevención

Prevención se manifiesta en la acción y efecto de evitar que suceda algo u riesgo, se debe de preparar o disponer de acciones para fijar hábitos de forma permanente o costumbres en un ser humano, y así promover medidas de cuidado oral, mejorando la calidad de vida, de la misma manera, brinda su vez brinda herramientas para la salud.¹⁸

1.3.4.1 Prevención Primaria

Basada en la eliminación de los factores de riesgos que producen enfermedades. Aquella se manifiesta antes de que aparezca la patología. Teniendo como objetivo primordial evitar o retardar la presencia de la misma, minimizar la incidencia. Todo aquello se refiere a la etapa prepatogénica. Existen dos tipos de prevención primaria: La promoción de la salud: orientadas a personas. Constituye el estímulo y protección de la salud de la población a través de acciones que promuevan al hombre de una población.¹⁵ Protección de la salud: acontecida en la comunidad. como por ejemplo sanidad ambiental, campañas de vacunación.¹⁸

1.3.4.2 Prevención secundaria

Llamada diagnóstico anticipado, todavía cuando no presenta manifestaciones clínicas. Aquí se realiza una adquisición y un tratamiento correcto, son importantes para el manejo de la patología. La evaluación de los casos puede prevenir o detener el brote de las consecuencias es importante. Lo correcto es

emplear medidas preventivas, antes que produzca un daño en el cuerpo humano y no estén tan desarrollados, por ello aún no existen síntomas presentes¹⁹.

1.3.4.3 Prevención terciaria.

Se conceptualiza en las medidas referentes a la mejoría de la patología clínicamente, con un adecuado diagnóstico. La prevención terciaria es importante el control y rastreo de los pacientes, para poder hacer un tratamiento apropiado a la enfermedad. Siendo esta ya establecida en la persona.²⁰

1.3.5 Medidas de prevención oral

1.3.5.1 Control de la Dieta

Los factores de retención de alimentos y la creación de ácido resultan vitales en la aparición de enfermedades de la cavidad oral. Más aún la sacarosa y el almidón se localizan en varios productos que consumimos, así por ejemplo es la fruta o la leche, los cereales, el pan además de las verduras; esto no quiere decir que dejemos de comer dichos alimentos, para ello debe de saber consumirlas en la medida justa y en los momentos correctos durante el día.²⁰

1.3.6 Elementos de higiene oral.

Fundamentales para eliminar placa en todas las caras de los dientes, por lo menos una vez al día. Lo recomendable es hacerlo después de cada comida o cuando consumimos un alimento que se pueda adherir muy fácilmente sobre las superficies de los dientes.²⁰

1.3.6.1 Cepillo dental.

Es importante el uso de un cepillo de fibras artificiales con puntas redondeadas a fin de disminuir las lesiones gingivales, a su vez de dureza suave y de un cabezal pequeño para así poder alcanzar zonas de poco acceso. El mango tiene que ser de una longitud y anchura conveniente para poder realizar una adecuada eliminación de la placa bacteriana.²⁰

1.3.6.2 Técnicas de cepillado.

Es importante ocupar al menos dos o tres minutos para higienizar correctamente los dientes. Para cepillarse de forma correcta, se debe de frotar suave y brevemente, teniendo en cuenta la línea de las encías, los dientes difícil ubicación y posición.²¹

1.3.6.2.1 Técnica de Fones (rotación vertical)

Las cerdas se ubican en la superficie de los dientes, los dientes superiores deberán limpiarse girando el cepillo boca abajo y los dientes inferiores girando el cepillo boca arriba para que ambos lados de las cerdas limpien las encías y los dientes. Los premolares y molares se limpian frotando sus superficies.²¹.

1.3.6.2.2 Técnica de Bass

El cepillo es colocado en un ángulo de 45° directamente en el surco gingival, solo la primera fila se acercará al surco y la fila vecina tocará el margen gingival. Al presionar suavemente el cepillo, las cerdas se ajustarán a la forma de la ranura. Se generan bajas vibraciones sin mover las cerdas. La superficie oclusal se limpia con la punta paralela a la oclusal mediante movimientos cortos hacia adelante y hacia atrás.²¹

1.3.6.2.3 Técnica de Bass modificado

Se considera el más efectivo en odontología, como se sabe la técnica Bass modificada coloca las cerdas del cepillo sobre las encías en un ángulo de 45 grados. Además, las cerdas deben estar en contacto directo con la superficie de los dientes y las encías. Cepille suavemente la superficie exterior de 2 o 3 dientes con un movimiento circular de ida y vuelta. Luego se mueve el cepillo al siguiente grupo de 2 o 3 dientes y se repite la operación. Sostenga las cerdas en un ángulo de 45 grados con respecto a las superficies de los dientes y las encías. Cepille suavemente con movimientos circulares, moviendo hacia adelante y hacia atrás todo el interior a la vez. cepillo inclinable.²¹

1.3.6.3.4 Técnica de Stillman

El cepillo es colocado de modo que su parte limpiadora descansa en parte sobre el cuello de los dientes y en parte contra la encía, creando un ángulo oblicuo (45°) en la parte superior con el eje longitudinal del diente. En esta técnica, el pincel se coloca más alto que en la técnica de Bass; vibrando y moviéndose a la corona, exponiendo la encía a la corona. Utiliza los lados, pero no los extremos de las

cerdas y evita su penetración en el surco de la encía. Este es el método preferido para limpiar áreas de encías retraídas y raíces expuestas.²¹

1.3.6.3.5 Técnica de chárter

El cepillo es colocado con las cerdas mirando hacia la corona en un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente, además las cerdas no penetran en el surco de la encía sino en los espacios entre los dientes y, después de su uso, hacemos vibrar las cerdas para limpiar estos espacios. Está indicado para pacientes con enfermedad periodontal y pacientes con pérdida de los puntos de contacto. Esta técnica está especialmente recomendada para el masaje de las encías y la limpieza interdental.²¹.

1.3.6.3 Pasta dental.

Es un tipo de crema o gel, utilizado ampliamente en la limpieza de los dientes. Se administra sobre el cepillo para luego friccionar en los dientes, y así mantener la salud bucal. Las pastas de diente nos facilitan la eliminación de la placa bacteriana, además el flúor que contienen hace que los dientes se fortalezcan y a su vez sean más resistentes a la caries dental. ²².

1.3.6.4 Hilo dental

Para prevenir enfermedades dentales, el Dr. Parmly en EEUU, era una figura en lo que a incentivar a la higiene oral se trataba. El Hilo dental está constituido por una serie de filamentos que en conjunto forman el hilo dental, este consta con un espesor aproximado de entre 4 y 18 terminaciones constituidas por fibras filamentosas, las que evitan que el hilo se deshilache, este mismo contiene una cera que favorece la higiene dental, el hilo dental permite eliminar la placa bacteriana en superficies complicadas, como las proximales, que en ocasiones son de acceso difícil para las cerdas del cepillo dental.

1.3.6.5 Enjuague bucal

Inhiben el crecimiento de las bacterias, son muy usados en el tratamiento dental, así como también para mantener la salud oral. La acción antimicrobiana se debe a la presencia de principios activos en los colutorios, que actúan evitando la adherencia bacteriana a la superficie dentaria, deteniendo de esta forma la proliferación bacteriana, el Gluconato de Clorhexidina es una molécula soluble en

agua y en alcohol, presente en los colutorios, lo que aumenta favorablemente su efectividad.²⁴

Durante el proceso carioso, los microorganismos, están cargados negativamente y las moléculas de clorhexidinas son absorbidas rápidamente por el grupo fosfato de dichos microorganismos, alterando la integridad de la membrana celular de dichas bacterias.²⁴

1.3.7 Profilaxis dental

El término conocido como profilaxis dental comprende técnicas para la remoción del biofilm en los dientes, algunas pigmentaciones, se ha comprobado que la falta de higiene en el paciente pediátrico puede traer consigo consecuencias como la malnutrición hasta alteraciones en el desarrollo de la comunicación, además del lenguaje, hasta problemas de autoestima, por ello, es preciso que en etapas como la del embarazo la madre gestante, reciba información adecuada, las visitas al dentista deben ser la base de estas medidas, ayudando e introduciendo al niño a la consulta, generan confianza con el odontólogo, y liberando al paciente de carga o estrés.²⁵

1.3.8 Enfermedades relacionadas con la mala higiene oral.

La higiene oral resulta ser un hábito bastante importante dentro de la salud oral, pues constituye un medio ideal para favorecer a la salud oral, eliminando restos de comida, que posteriormente de permanecer en la cavidad oral, se convierten en foco de propagación de bacterias, halitosis, y formación de placa bacteriana cuando de consumo de carbohidratos se trata. La ausencia de higiene oral trae como consecuencia enfermedades que afectan a la cavidad oral, tales como: caries dental, gingivitis y posteriormente la periodontitis.²⁶

1.3.8.1 Placa bacteriana.

La placa bacteriana es llamada como una lámina viscosa e incolora que contiene diversos microorganismos, en la cual se forma en las estructuras blandas y duras de la cavidad oral. Para mantenerla sana debemos de eliminar en su totalidad la placa bacteriana, así evitar la formación de placa dura en las estructuras de los dientes y evitar las enfermedades orales. Tiene una gran relación con el desarrollo de las enfermedades gingivales, comportándose como un agente muy agresivo a la mucosa oral, por el gran contenido de bacterias como los cocos y bacilos.²⁶

1.3.8.1 caries dental

Es una patología infectocontagiosa multifactorial de origen infeccioso que ataca a los dientes, es considerada como una alteración en los tejidos mineralizados de la pieza dentaria, como producto de la disolución de los cristales de hidroxiapatita por los ácidos orgánicos de las bacterias, estos como el ácido láctico, ácidos que pueden provocar la ruptura del esmalte produciendo cavitaciones, la cual dejará expuesta; a la dentina, haciendo más vulnerable a la misma, en donde las fibras de colágeno sufrirán una degradación.²⁷

1.3.8.2 gingivitis

Es una patología infecciosa que ataca a las encías se manifiesta en cambios en su color, tamaño y consistencia también provoca inflamación en los tejidos periodontales, generada por la acumulación de biofilm, también por bacterias presentes en la cavidad oral, además otros factores, produciendo destrucción de los tejidos gingivales.²⁷

Este tipo de enfermedad está presente en la población en general aumentando su prevalencia rápidamente, a partir de la adolescencia, alcanzando una incidencia de un 60 % aproximadamente²⁷.

1.3.8.3 Periodontitis.

La periodontitis es una patología oral que se manifiesta, cuando la gingivitis no es tratada a tiempo, causando una inflamación agresiva de los tejidos periodontales, así como de las encías, afectando a los tejidos de soporte. La placa bacteriana se acumula en la base de los dientes, lo que da paso a que se formen las bolsas periodontales, las cuales, de continuar su proceso inflamatorio, terminan por afectar los tejidos de soporte de las piezas dentarias, puesto que la placa contiene innumerables bacterias, estas terminan también por infectar los tejidos, causando los abscesos dentales, lo que aumenta la tasa de destrucción ósea²⁸.

1.3.8.4 Bruxismo

Actividad muscular oral, de forma consecutiva, que se caracteriza por apretar los dientes, es considerado también como un fenómeno neuromuscular, con manifestaciones circadianas o ciclos distintos: ocurriendo durante el sueño o durante la vigilia esta actividad o patología no es más que solo el desgaste que visible en las piezas dentarias, en casos acompañado con dolor en la cavidad oral, y en casos faciales, dolores de cabeza , trastornos del sueño, apnea del sueño,

patologías de comportamiento que son asociadas al uso de fármacos, influenciado por factores sociales, lo que nos dice que los trastornos temporomandibulares, influyen en la génesis de bruxismo, considerado de origen multifactorial.²⁹

1.4 Charlas educativas

Se conoce como un instrumento muy utilizado en el ámbito de la salud por parte de los profesionales, esto según las investigaciones, resulta muy ventajoso, los autores manifiestan que este tipo de charlas, resulta realmente ventajosas, pues desde el punto de vista económico, son altamente viables, además son seguras y llegan a muchas personas pudiendo o no estar en el mismo lugar o tiempo, sin embargo, la desventaja que presentan, suele ser cuando son realizadas, generan una postura pasiva por parte de los pacientes que la escuchan.³⁰

1.4. Formulación de problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape - 2020?

1.4.1 Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape - 2020?, según la dieta?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape - 2020, según la prevención?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape - 2020, según los elementos y hábitos de higiene oral?

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral en los pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape - 2020, según las enfermedades bucales?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

Partiendo de una problemática actual, en la cual los estudiantes tuvo la necesidad de desarrollar conocimientos y competencias que enriquezcan su perfil profesional, al desarrollar el proceso de investigación basada nivel de conocimiento acerca de salud oral en pacientes, el presente estudio fue para identificar el nivel de conocimiento acerca de salud oral en los pobladores del Centro Poblado Municipal Pueblo nuevo - Tongorrape, aportó información a los pobladores, siendo ellos los principales beneficiarios, que vean en la necesidad de implementar e incrementar su salud oral. De la misma forma contribuyó a generar conocimientos, que sumado a la experiencia de aplicación de encuestas se obtuvo de resultados, que sea de beneficio e interés para la comunidad científica que investiga temas relacionados en a la prevención de la salud oral, de la misma forma se benefició también los docentes de la E.P de Estomatología que de acuerdo al nivel de conocimientos de sus estudiantes pudieron priorizar el desarrollo de estrategias educativas para mejorar su nivel de conocimiento, para de esta manera mejorar su nivel de competencias en salud oral, por lo tanto indirectamente se benefició los pacientes que posteriormente requieran de este tipo de información. Además, fue importante hacer llegar los resultados de la tesis a las autoridades de la USS, del MINSA, del Colegio Odontológico y a la comunidad científica para que consideró al área temática como una experiencia que merece la atención y continuidad en estudios posteriores que puedan complementar los resultados.

En este proyecto se describió el marco metodológico, de manera que para obtener los resultados se tuvo que pasar por un proceso aplicativo claro y concreto, para aquellos investigadores que quisieron replicar un estudio similar. Además, se consignó el instrumento de medición previamente validado que signifique una herramienta para la recolección de datos. Cabe señalar que el marco metodológico utilizado en el presente estudio aseguró el rigor científico y el rigor procedimental. De igual importancia se tuvo las consideraciones éticas consideradas en el presente estudio.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis alterna

El nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, si será deficiente.

1.6.2. Hipótesis nula

El nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, no será deficiente.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general.

Identificar el nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020.

1.7.2 Objetivo específicos.

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, según la dieta.

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, según la prevención.

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, según los elementos y hábitos de higiene oral.

Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, según las enfermedades bucales.

II.METODO

2.1 Tipo y diseño de investigación

2.1.1 Tipo de investigación: cuantitativa

Se utilizó un instrumento que nos da resultados numéricos, los cuales se pueden organizar en cuadros estadísticos para lectura y obtención de resultados, los cuales se pueden proyectar para trabajar sobre poblaciones más grandes.

2.1.2 Diseño de investigación

El estudio realizado fue prospectivo, además de transversal, evaluando el nivel de conocimiento durante un solo momento, además consideramos observacional y descriptiva, pues nos proporcionó datos e información sobre el nivel de

conocimiento de salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020.

2.2 Población y muestra

2.2.1. Población

Fue conformada por 120 pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape, fueron entrevistados acerca del nivel de conocimiento en salud oral.

2.2.2 Muestra.

La población que se trabajó fueron los habitantes que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión.

2.2.3 Criterios de inclusión

Pobladores que firmen el consentimiento informado para la realización del estudio.

Pobladores con capacidad física y mental para participar en el proceso ser encuestados

Pobladores entre 18 - 65 años.

Pobladores letrados.

Pobladores que completen el cuestionario en su totalidad

2.2.4 Criterios de exclusión

Pobladores que se nieguen a participar.

Pobladores que no puedan leer ni escribir

A continuación, se calculó la muestra.

Fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población o universo

Z = Nivel de confianza

p = Probabilidad a favor

q = Probabilidad en contra y

E = Error muestral.

Desarrollo:

DATOS

$$n = ??$$

$$Z = 1,96$$

$$E = 5 \% = 0,05$$

$$p = 50 \% = 0,50$$

$$q = 50 \% = 0,50$$

$$N = 120$$

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1)E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{120 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,50) \cdot (0,50)}{(120 - 1)(0,05)^2 + (1,96)^2 \cdot (0,50) \cdot (0,50)}$$
$$n = \frac{120 \cdot (3,84) \cdot (0,25)}{119 \cdot (0,0025) + 3,84 \cdot 0,25}$$
$$n = \frac{115,2}{0,2975 + 0,96}$$
$$n = \frac{115,2}{1,2575}$$
$$n = 91,61 \approx 92$$
$$n = 92$$

2.3 Variables y Operacionalización.

2.3.1 Variable

Nivel de conocimiento

2.3.2 Operacionalización de variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
Nivel de conocimiento sobre salud oral	Dieta	Cariogénica	1,2	Encuesta	Cuestionario de encuesta
		No cariogénica	34		
	Prevención	Flúor	5		
		Sellantes	6		
		Limpieza dental / Profilaxis	7		
		Visita al dentista	8,9		
	Enfermedades en salud oral	Caries	10		
		Periodontitis	11,12		
		Gingivitis	13		
		Bruxismo	14		
	Higiene oral	Elementos	15,16,17,18		
		Hábitos	19,20,21		

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnicas de estudio.

Aplicación de una encuesta dirigida a los pobladores de DEL CASERÍO PUEBLO NUEVO - C.P.M. TONGORRAPE – 2020, sobre el nivel de conocimiento de salud oral

Cuestionario de encuesta

Estuvo distribuida de la siguiente manera : con cuatro dimensiones sobre dieta con dos indicadores, una pregunta por cada indicador, así mismo, con cuatro opciones de respuesta, prevención con cuatro indicadores cada uno con una pregunta con cuatro opciones de respuestas, enfermedades de la salud oral con cuatro indicadores tres indicadores con una pregunta y un indicador con una pregunta e higiene oral con dos indicadores, un indicador con cuatro preguntas y el otro indicador con tres preguntas.

2.4.2 Instrumentos de estudio.

- ✓ Solicitud de permiso / Solicitud mediante el campus virtual para poder desarrollar el estudio (Anexo 1)
- ✓ Consentimiento informado de los pobladores. (Anexo 2)
- ✓ Ficha de recolección de datos/ Encuesta. (Anexo 3)
- ✓ El instrumento de recolección de datos fue validado por un juicio de expertos (Anexo 4)
- ✓ Resultados (Anexo 5)
- ✓ Fotos de evidencia (Anexo 6)

Encuesta

Bajo autorización firmada por los pobladores del Centro Poblado Municipal Pueblo Nuevo – Tongorrape. Se procedió a la ejecución y entrega de la encuesta que estuvo conformada por 21 preguntas y 4 dimensiones donde 4 eran sobre dieta, 4 de prevención, 4 sobre enfermedades en salud oral y 7 de higiene oral con opción de 4 respuestas. Se llevó a cabo el día 20 de noviembre del año 2020 en el caserío de Pueblo Nuevo- Tongorrape. En dos horarios a un grupo de pobladores a la 10am y 1pm consecutivamente, la encuesta presencial duró 1 hora. Posteriormente durante el semestre 2021 – I, se procedió a la ejecución de cuestionario de encuesta en la totalidad de la población.

Para Rojas²⁸ (2011) en su libro “Metodología de la Investigación: diseño y ejecución”. Se comprende por encuesta que ayuda a la recolección de datos que otorgan las personas de una población, también la muestra de sí misma, para detallar sus opiniones, estimaciones, puntos de vista, conductas, intereses o costumbres, así mismo otros aspectos, por medio de la utilización de cuestionarios, especialmente proyectados para tal propósito. En la actualidad es la técnica más empleada en las investigaciones de corte social y educativo.²⁸

2.4.3 Validez y confiabilidad

Validez: El cuestionario de encuesta fue elaborado por los alumnos: Serrato Sánchez, Keller Mirella Lizeth e Ynoquio García, Ángel Orlando, validado por los cirujanos dentistas: Mtro.CD.José J. Espinoza Plaza, Mtra. CD. Paola La Serna Solari; Mtra. DC. Marisel Roxana Valenzuela Ramos. En el periodo del ciclo académico de 2020 II.

El instrumento fue medido por 3 expertos con el grado de Cirujano dentista, además de poseer el grado de Maestría y que pertenecen al área de Estomatología, de la Universidad Señor de Sipán.

Confiabilidad: Es primordial que el cuestionario tiene que ser apto para lograr resultados confiables, que las respuestas no sean persuadidas por quien las realiza. Para la confiabilidad se aplicará un estudio previo, posterior a la validación del instrumento por parte de los 3 expertos, para determinar la confiabilidad del instrumento, el cual fue utilizado posteriormente para la obtención de los resultados finales durante la ejecución.

Para conferir la confiabilidad deseada a la investigación se elaboró una prueba rápida a 22 pobladores que decidieron formar parte del estudio, utilizando un tipo de muestreo no probabilístico (aleatorio) en el Caserío Pueblo Nuevo - Tongorrape en el mes de noviembre del 2020. Los datos se clasificaron mediante el puntaje y la clasificación planteada. Posterior a eso se determinó el coeficiente del alfa de cronbach, para medir la validez del cuestionario aplicado.

2.4.4 Procedimientos para la recolección de Datos:

Durante la primera fase de recolección de datos para la investigación, se llevó a cabo la elaboración de un instrumento de recolección de datos (Anexo 3).

- Para la confiabilidad de este instrumento, se hizo uso de una constancia, que fue revisada por expertos, donde constan de su revisión mediante su sello y firma correspondiente, siendo ellos profesionales CD, con el grado de Magíster. (Anexo 4)
- Como parte de la segunda fase, a finales del año 2020, se realizó una prueba de forma rápida, donde se pudo determinar los que serían los posibles resultados, además se pudo analizar y mejorar los aspectos a mejorar de la investigación.
- Posteriormente bajo la autorización respectiva e informada, se hizo entrega de encuestas a los pobladores, las cuales fueron 21 preguntas, evaluando dieta, prevención, enfermedades e higiene oral, con lo que se realizó una valoración estadística preliminar, evaluando como deficiente el nivel de conocimiento obtenido en los resultados.
- Como tercera fase a finales del año 2021, se desarrolló la encuesta en la totalidad de los pobladores, obteniendo los resultados necesarios para el desarrollo y conclusión de nuestra investigación.

Para el análisis de los datos se aplicó técnicas como la encuesta e instrumentos llamados cuestionario de encuesta. Con los datos que se obtengan pasarán a ser analizados y tabulados mediante tablas, cuadros y gráficos para estructurar la información; es importante señalar que la estadística es fundamental para la ejecución del análisis.

2.5 Procedimiento de análisis de datos estadístico

Una vez recolectados los datos, se procedió a su análisis por métodos estadísticos, empleando Microsoft Excel, además de Microsoft Word, el programa Excel nos fue útil porque se analizó lo recolectado del formulario de nuestra encuesta. Para esto se creó una base de datos con las respuestas de nuestros encuestados, en el cual se elaboró las tablas con sus respectivos porcentajes; además se realizó gráficos a partir de estas tablas que fueron de gran ayuda para la interpretación. La creación de las tablas se realizó de acuerdo a nuestros objetivos y se interpretó en el programa Microsoft Word.

2.6 Criterios éticos

Coasaca N.; Argota G.; Celi L.; *et al.*³¹ (2018), mencionan Código de la ética profesional para la investigación, principios y normas, en que se basarán las normas con respecto a la ética de la presente investigación.

Principio de beneficencia

En la presente investigación, durante la recolección de datos, las personas serán tratadas por igual sin hacer diferencias de ninguna índole, sus decisiones serán respetadas, protegiéndolas y haciendo esfuerzos necesarios para asegurar su bienestar, teniendo en cuenta el principio de beneficencia, no causando daño ni perjuicio, de esta forma aumentaremos de forma significativa los beneficios durante la presente investigación.

Principio de equidad

Se tratara con equidad e igualdad a las personas, pues todos son seres iguales, maduros y autónomos, que en este caso son integrantes de una comunidad que está establecida sobre una organización racional, serán aplicados criterios como la libertad de conciencia y pensamiento, también la libertad de movimiento, de poder elegir, de tener las mismas oportunidades y responsabilidades, que vayan de acuerdo con sus capacidades de gobierno y autogobierno, así como también el de ser respetado y respetar a los demás.

Principio de justicia:

Se hará uso racional de los recursos que estén a nuestra disponibilidad para poder ejercer el derecho de los pobladores a la salud, en este caso, la salud oral, esto como parte de nuestros principios éticos, de nuestra responsabilidad frente a la realidad oral de la comunidad a la que estamos aplicando nuestra investigación.

Principio de no maleficencia

De igual forma que los demás principios a aplicar, también haremos uso del principio de no maleficencia, con lo que se afirma que no se hará daño a ninguna persona, pues debemos de apegarnos al principio, no haciendo lo que no deseamos que hagan con nosotros.

Normas éticas

Las normas éticas establecen reglas que se deben de seguir para llegar hacia los valores éticos, fundamentalmente son la confidencialidad, veracidad y fidelidad.

2.7 Criterio de rigor científico.

Roda D.³² (2016), nos menciona que en una investigación para que esta sea de carácter científico, debe basarse en los siguientes criterios.

Credibilidad

Lograda cuando a través de conversaciones y observaciones con las personas participantes de un estudio, recolectando información primordial, que produce resultados para que sean posteriormente reconocidos por los informantes, logrando un aproximado sobre su manera de sentir y pensar.³²

Conformabilidad

La forma de seguir una ruta dejada por otro investigador, a esto llamamos conformabilidad, es preciso llevar registro, y archivos completos, de las pautas de un investigador sobre un estudio, de esta manera los datos pueden ser examinados para llegar a futuras conclusiones, respetando las perspectivas de cada investigador.³²

Transferibilidad

La transferibilidad consiste en ampliar los resultados de una investigación, hacia otras poblaciones. Se examina cómo se ajustan los resultados a otra población u otro contexto.

III.RESULTADOS

3.1 Resultados en tablas y figuras.

Tabla 1: Nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020.

Nivel de conocimiento sobre SALUD ORAL		Eficiente	Regular	Deficiente	TOTAL
Salud Oral	Recuento	19	24	37	80
	% del total	24%	30%	46%	100%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 1: Se observa que, el 24% de los pobladores del caserío pueblo nuevo – C.M.P Tongorrape, se encuentra en el nivel eficiente sobre el conocimiento de salud oral.

Por otro lado, el 30% de los pobladores se encuentra en el nivel regular sobre el conocimiento de salud oral.

Por último, el 46% de los pobladores se encuentra el nivel deficiente sobre el conocimiento de salud oral. Por el grado de este porcentaje esto significa que los encuestados tienen un nivel deficiente sobre el conocimiento de salud oral.

Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, según la dieta.

Nivel de conocimiento del diagnóstico según DIETA		Eficiente	Regular	Deficiente
Cariogénica	Recuento	43	19	18
	% del total	54%	24%	23%
No cariogénica	Recuento	45	16	20
	% del total	56%	20%	24%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2; observamos que, el 54% de los pobladores se encuentra en el nivel eficiente sobre conocimiento de dieta cariogénica y el 56% está en el nivel eficiente sobre conocimiento de dieta no cariogénica.

Por otro lado, el 24% de los pobladores se encuentra el nivel regular sobre conocimiento de dieta cariogénica y el 20% está en el nivel regular sobre conocimiento de dieta no cariogénica.

Finalmente, el 23% de los pobladores se encuentra el nivel deficiente sobre conocimiento de dieta cariogénica y el 24% está en el nivel deficiente sobre conocimiento de dieta no cariogénica.

Tabla 3: Nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, según la prevención.

Nivel de conocimiento del diagnóstico según PREVENCIÓN		Eficiente	Regular	Deficiente
FLUOR	Recuento	44	17	19
	% del total	55%	21%	24%
SELLANTES	Recuento	17	3	60
	% del total	21%	4%	75%
LIMPIEZA DENTAL / PROFILAXIS	Recuento	35	29	16
	% del total	44%	36%	20%
VISITA AL DENTISTA	Recuento	35	8	38
	% del total	44%	9%	47%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3; observamos que, el 55% de los pobladores se encuentra en el nivel eficiente sobre conocimiento de prevención – Flúor, el 21% está en el nivel eficiente sobre conocimiento de prevención – Sellantes, el 44% está en el nivel eficiente sobre conocimiento de prevención – Limpieza dental/profilaxis y el 44% está en el nivel eficiente sobre conocimiento de prevención – Visita al dentista.

Por otro lado, el 21% de los pobladores se encuentra en el nivel regular sobre conocimiento de prevención – Flúor, el 4% está en el nivel regular sobre conocimiento de prevención – Sellantes, el 36% está en el nivel regular sobre conocimiento de prevención – Limpieza dental/profilaxis y el 9% está en el nivel regular sobre conocimiento de prevención – Visita al dentista.

Finalmente, el 24% de los pobladores se encuentra en el nivel deficiente sobre conocimiento de prevención – Flúor, el 75% está en el nivel deficiente sobre conocimiento de prevención – Sellantes, el 20% está en el nivel deficiente sobre conocimiento de prevención – Limpieza dental/profilaxis y el 47% está en el nivel deficiente sobre conocimiento de prevención – Visita al dentista. En este nivel hay mayor desinformación con respecto al nivel de conocimiento de salud oral.

Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, según los elementos y hábitos de higiene oral.

Nivel de conocimiento del diagnóstico según HIGIENE ORAL		Eficiente	Regular	Deficiente
ELEMENTOS	Recuento	33	22	26
	% del total	41%	27%	32%
HABITOS	Recuento	23	20	38
	% del total	28%	25%	47%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4; observamos que, el 41% de los pobladores se encuentra en el nivel eficiente sobre conocimiento de higiene oral – Elementos y el 28% está en el nivel eficiente sobre conocimiento de higiene oral – Hábitos.

Por otro lado, el 27% de los pobladores se encuentra en el nivel regular sobre conocimiento de higiene oral – Elementos y el 25% está en el nivel regular sobre conocimiento de higiene oral – Hábitos.

Por último, el 32% de los pobladores se encuentra el nivel deficiente sobre conocimiento de elementos de higiene oral y el 47% está en el nivel deficiente sobre conocimiento de hábitos de higiene oral. En este nivel hay mayor desinformación con respecto al nivel de conocimiento de salud oral.

Tabla 5: Nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape – 2020, según las enfermedades bucales.

Nivel de conocimiento del diagnóstico según enfermedades de SALUD ORAL		Eficiente	Regular	Deficiente
CARIES	Recuento	48	10	22
	% del total	60%	13%	28%
PERIODONTITIS	Recuento	19	39	22
	% del total	24%	49%	28%
GINGIVITIS	Recuento	33	13	34
	% del total	41%	16%	43%
BRUXISMO	Recuento	27	11	42
	% del total	34%	14%	53%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3; observamos que, el 60% de los pobladores se encuentra en el nivel eficiente sobre conocimiento de salud oral – Caries, el 24% está en el nivel eficiente sobre conocimiento de salud oral – Periodontitis, el 41% está en el nivel eficiente sobre conocimiento de salud oral – Gingivitis y el 44% está en el nivel eficiente sobre conocimiento de salud oral – Bruxismo.

Por otro lado, el 13% de los pobladores se encuentra en el nivel regular sobre conocimiento de salud oral – Caries, el 24% está en el nivel regular sobre conocimiento de salud oral – Periodontitis, el 41% está en el nivel regular sobre conocimiento de salud oral – Gingivitis y el 34% está en el nivel regular sobre conocimiento de salud oral – Bruxismo.

Por último, el 28% de los pobladores se encuentra en el nivel deficiente sobre conocimiento de salud oral – Caries, el 28% está en el nivel deficiente sobre conocimiento de salud oral – Periodontitis, el 43% está en el nivel deficiente sobre conocimiento de salud oral – Gingivitis y el 53% está en el nivel deficiente sobre conocimiento de salud oral – Bruxismo. En este nivel hay mayor desinformación con respecto al nivel de conocimiento de salud oral.

3.2 Discusión de resultados.

La cavidad oral es una de las partes más importantes del cuerpo humano, puesto que al prevenir o tratar enfermedades a este nivel, se podrá prevenir enfermedades que afecten a otras partes del cuerpo, por ello resulta importante tener ni buen nivel de conocimiento sobre salud oral, ya que esto determinará en buen estado de salud oral de los pacientes, pues de otro modo cuando el conocimiento es deficiente, problemas como caries dental, gingivitis, periodontitis, entre otros, suelen manifestarse y progresivamente se convierten en más agresivos, Piovesan S., menciona en su investigación que tras evaluar la situación de salud oral, gran porcentaje de la población joven, presentaba ya experiencia a lesiones cariosas, de la misma forma la totalidad de la población adulto mayor presentó experiencia a lesiones cariosas, con lo que el conocimiento sobre salud oral en estas personas era evidentemente deficiente, de la misma forma Silvina M., afirmo que existía poco nivel de conocimiento sobre salud oral, puesto que un porcentaje de su población estudiada se cepillaba antes de acostarse y otros solo ante la ingesta de comida, ignorando las consecuencias que esto podría tener, lo que coincide con nuestros resultados, puesto que en nuestra investigación, también se encontró un nivel de conocimiento deficiente, lo que conlleva a que la población estudiada presentará un gran cantidad de patologías en la cavidad oral.

Por otro lado, Parise J., y Zambrano P., mencionaban que el nivel de conocimiento sobre salud oral estaba influenciado con el aspecto social y económico, pues el estado aun realizando esfuerzos no logra disminuir la ingesta de alimentos cariogénicos, de la misma forma nuestra investigación encontró que existe una relación significativa entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud oral, pues encontramos que este tipo de poblaciones vulnerables, se encuentran susceptibles a sufrir patologías orales, por el bajo nivel de conocimiento que presentan.

Alarcón Y. coincide con nuestros resultados obtenidos, ya que ella menciona en su investigación, que en este tipo de poblaciones, como comunidades, el nivel de conocimiento es deficiente, siendo además transmitido hacia los hijos, lo que genera un aumento los niveles de deficiencia sobre el nivel de conocimiento, de la misma forma en los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos afirmar que en poblaciones vulnerables como comunidades o caseríos, el nivel de conocimiento es deficiente.

La investigación de Aguilar Y. y Leandro A., menciona que existe una relación entre el factor socioeconómico y el nivel de conocimiento deficiente, de la misma forma que los resultados obtenidos por esta investigación, pues según lo mencionado el nivel de conocimiento resulta deficiente, sin embargo, Bautista J. y Saucedo A., difieren con nuestra investigación pues ellos mencionan que se obtuvo un nivel de conocimiento aceptable, en un centro poblado en Cajamarca, contrario a lo encontrado en nuestra investigación, al igual que Alarcón Y., Aguilar Y. y Leandro A., lo que sugiere más investigación, a fin de determinar la etiología más prevalente que determina un nivel de conocimiento deficiente en este tipo de poblaciones.

En la investigación de Sandoval C., el nivel de conocimiento fue regular, con lo que guarda relación con los resultados obtenidos por nuestra investigación, ya que ambas poblaciones son caseríos, pudiendo determinar que en ambas en nivel de conocimiento sobre salud oral es deficiente o regular, lo que lo relaciona además con lo mencionado por Aguilar Y. y Leandro A., en que el factor socioeconómico, guarda una relación significativa con el nivel de conocimiento deficiente.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape es deficiente en el 46% de la población encuestada.
- El nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape, según la dieta, fue eficiente en un 52% de la población encuestada.
- El nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape, según la prevención, fue deficiente en un 47%, de la población encuestada.
- El nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape, según los elementos y hábitos de higiene oral, fue deficiente en 47%, de la población encuestada.

- El nivel de conocimiento sobre salud oral en pobladores del caserío pueblo nuevo - C.P.M. Tongorrape, según las enfermedades bucales, fue deficiente en el 53%, de la población encuestada.

4.2 Recomendaciones

- Se recomienda realizar más estudios acerca del nivel de conocimiento sobre salud oral en poblaciones vulnerables como caseríos, invasiones, centros poblados, etc., con la finalidad de tener un panorama más amplio sobre la realidad en salud oral de estas poblaciones y poder establecer y ejecutar programas de prevención y promoción de la salud oral.
- Se recomienda llevar a cabo campañas de salud oral periódicas a este tipo de poblaciones, pues con esto se contribuirá a la disminución de patologías orales, lo que mejorará la calidad de vida de las personas.
- Se recomienda concientizar a los profesionales de la salud oral a hacer extensiva la invitación a considerar a este tipo de poblaciones como prioridad para programas educativos.
- Se recomienda hacer un llamado a el estado, a actuar sobre este tipo de poblaciones, y ejecutar programas masivos no solo sobre salud oral, sino de manera general, con la finalidad de poder contribuir a la salud general de las personas.
- Se recomienda a los estudiantes a realizar más investigaciones sobre este tema, con la finalidad de actualizar la información obtenida, e ir encontrando la causa más prevalente que guarde relación directa con el nivel de conocimiento deficiente, pues como se determinó en la investigación el nivel de conocimiento resulta deficiente, por las variables mencionadas, sin embargo algunas investigaciones mencionan al factor socioeconómico como uno de los factores que contribuye a la deficiencia en el nivel de conocimiento sobre salud oral.

