



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN,**  
**VINCULACIÓN Y POSGRADO**  
**DIRECCIÓN DE POSGRADO**

‘‘Educación en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en  
población rural adolescente’’

**Trabajo de titulación para la obtención del título de:**

Magíster en Odontología Preventiva y Social

**AUTOR:**

Moreno Idrovo, María Paz

**TUTOR:**

Dr. Carlos Gafas González, PhD.

**Riobamba – Ecuador, 2025**

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **María Paz Moreno Idrovo**, con número único de identificación **060406606-8**, declaro y acepto ser responsable de las ideas, doctrinas, resultados y lineamientos alternativos realizados en el presente trabajo de titulación denominado: “Educación en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente.” previo a la obtención del grado de Magíster en Odontología Preventiva y Social.

- Declaro que mi trabajo investigativo pertenece al patrimonio de la Universidad Nacional de Chimborazo de conformidad con lo establecido en el artículo 20 literal j) de la Ley Orgánica de Educación Superior LOES.
- Autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo que pueda hacer uso del referido trabajo de titulación y a difundirlo como estime conveniente por cualquier medio conocido, y para que sea integrado en formato digital al Sistema de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor, dando cumplimiento de esta manera a lo estipulado en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior LOES.

Riobamba, 8 de julio del 2025

---

**Dra. María Paz Moreno Idrovo**

## ACTA DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

En calidad de miembros del Tribunal designados por la Comisión de Posgrado, CERTIFICAMOS que una vez revisado el Trabajo de titulación bajo la modalidad Proyecto de Investigación y/o desarrollo denominado "EDUCACIÓN EN SALUD ORAL PARA LA ADOPCIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL EN POBLACIÓN RURAL ADOLESCENTE", dentro de la línea de investigación de Salud, presentado por el maestrante María Paz Moreno Idrovo, portador de la CC. 0604066068, del programa de Maestría en Odontología preventiva y social cumple al 100% con los parámetros establecidos por la Dirección de Posgrado de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

Atentamente,




---

**Dr. Carlos Gafas  
Gonzales**

**TUTOR**




---

**Dr. Raciél Jorge  
Sánchez Sánchez**

**MIEMBRO DEL  
TRIBUNAL 1**




---

**Dra. Aracely Cedeño  
Zambrano**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**2**

## CERTIFICADO DE CONTENIDO DE SIMILITUD

De mi consideración:

Yo Carlos Gafas González, certifico que: María Paz Moreno Idrovo con cédula de identidad No. 0604066068 estudiante del programa de Maestría en Odontología Preventiva y Social, cohorte 2023 1S , presentó su trabajo de titulación bajo la modalidad de Proyecto de titulación con componente de investigación aplicada y/o desarrollo denominado: **“Educación en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente”**, el mismo que fue sometido al sistema de verificación de similitud de contenido COMPILATION identificando el porcentaje de similitud del 7% en el texto.

Es todo en cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,



---

Dr. Carlos Gafas González

CI: 1756344519

Adj.-

- Resultado del análisis de similitud(Compilation)

## **DEDICATORIA**

A mi querida madre Alexandra Idrovo, que, con su amor infinito y entrega incondicional formó una mujer fuerte y valiente como ella, todo lo que soy, todo lo que he logrado y todo lo que aún sueño alcanzar es gracias a su amor, ejemplo y sacrificio.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis hermanas Daniela y Estefanía por siempre cuidarme, quererme y apoyarme. Su amor sincero siempre ha sido mi refugio y mi lugar seguro, nunca bastaran las palabras para expresar lo afortunada que me siento de compartir mi vida junto a ellas.

A Marco Idrovo, a quien tuve el privilegio de llamar abuelito, siempre llevo conmigo sus consejos, sus palabras y su ejemplo, gran parte de lo que soy es gracias a el y no pasa un solo día sin que lo extrañe, agradezco profundamente su amor y apoyo.

A Farid Espinoza, por su paciencia, amor y compañía, gracias por creer en mí y motivarme a ser mejor.

A mi padre Marco Moreno, por su cariño y ejemplo.

Y finalmente agradezco al Dr. Carlos Gafas por su guía y apoyo en este proyecto de titulación. Gracias por acompañarme con amabilidad y por orientarme en cada etapa de este camino académico.

## ÍNDICE GENERAL

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	ii
ACTA DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....	iii
CERTIFICADO DE CONTENIDO DE SIMILITUD .....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
ÍNDICE GENERAL .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Antecedentes .....	3
1.2. Planteamiento del Problema .....	4
1.3. Justificación de la Investigación .....	6
1.4. Objetivos .....	7
1.4.1. Objetivo General.....	7
1.4.2. Objetivos Específicos .....	7
CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	8
2.1. Antecedentes investigativos.....	8
2.2. Fundamentación Teórica.....	11

2.2.1. Condiciones sociales y demográficas relacionadas con la atención dental en zonas rurales .....	11
2.2.2. Sistema de salud pública en el Ecuador.....	12
2.2.3. La situación actual del sistema de salud pública en el Ecuador .....	13
2.2.4. La salud oral .....	14
2.2.5. Enfermedades orales más frecuentes .....	15
2.2.6. La importancia de mantener una buena salud oral durante la adolescencia ..	17
2.2.7. Educación para la salud en odontología .....	18
2.2.8. Estrategias y plan de acción mundial sobre la salud bucodental.....	19
2.2.9. Adopción de hábitos en la higiene bucal .....	21
2.2.10. Conocimiento de la salud bucal .....	22
2.2.11. Actitudes relacionadas con el cuidado de salud bucal .....	22
2.2.12. Prácticas relacionadas con salud bucal .....	23
2.2.13. La comunicación como herramienta clave para la adopción de hábitos de higiene bucal en adolescentes.....	23
<b>CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>24</b>
3.1. Tipo de investigación.....	24
3.2. Diseño de investigación .....	24
3.3. Población y Muestra .....	25
3.3.1. Población .....	25
3.3.2. Tamaño de la Muestra .....	25
3.4. Criterios de selección.....	25

3.4.1. Criterio de inclusión .....	25
3.4.2. Criterios de exclusión .....	25
3.5. Entorno.....	26
3.6. Recursos.....	26
3.7. Técnicas e instrumentos .....	26
3.8. Operacionalización de las variables.....	27
3.9. Procedimiento de la investigación .....	28
3.9. Validación y confiabilidad del instrumento .....	31
3.10. Análisis estadístico .....	31
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS.....	31
4.1. Resultados .....	31
4.2. Discusión.....	46
CAPÍTULO V. MARCO PROPOSITIVO.....	51
5.1. Conclusiones.....	51
5.2. Recomendaciones .....	51
BIBLIOGRAFÍA .....	52
ANEXOS.....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Niveles de atención de los establecimiento de salud en Ecuador</i> .....	12
<b>Tabla 2.</b> <i>Estrategias para el fomento de hábitos de higiene oral en el ámbito escolar.</i> ....	18
<b>Tabla 3.</b> <i>Estrategias y planes para la salud bucal</i> .....	20
<b>Tabla 4.</b> <i>Hábitos para la higiene bucal</i> .....	22
<b>Tabla 5.</b> <i>Operacionalización de variables</i> .....	27
<b>Tabla 6.</b> <i>Escala del nivel conocimiento</i> .....	29
<b>Tabla 7.</b> <i>Escala del nivel de actitudes</i> .....	30
<b>Tabla 8.</b> <i>Escala del nivel de prácticas</i> .....	30
<b>Tabla 9.</b> <i>Datos sociodemográficos de los adolescentes de 12 a 17 años.</i> .....	32
<b>Tabla 10.</b> <i>Respuestas en el dominio de conocimiento antes y después de la intervención educativa</i> .....	32
<b>Tabla 11.</b> <i>Nivel de conocimiento de los adolescentes antes y después de la intervención educativa</i> .....	35
<b>Tabla 12.</b> <i>Nivel de conocimiento según el sexo de los adolescentes antes y después de la intervención educativa</i> .....	36
<b>Tabla 13.</b> <i>Nivel conocimiento según la edad de los adolescentes antes y después de la intervención educativa</i> .....	37
<b>Tabla 14.</b> <i>Respuestas en el dominio de actitudes antes y después de la intervención educativa</i> .....	38
<b>Tabla 15.</b> <i>Actitudes de los adolescentes antes y después de la intervención educativa</i> .....	39
<b>Tabla 16.</b> <i>Actitudes según el sexo de los adolescentes antes y después de la intervención educativa</i> .....	40
<b>Tabla 17.</b> <i>Actitudes según la edad de los adolescentes antes y después de la intervención educativa</i> .....	41

<b>Tabla 18.</b> <i>Respuestas en el dominio de prácticas antes y después de la intervención educativa.</i> .....	41
<b>Tabla 19.</b> <i>Prácticas de los adolescentes antes y después de la intervención.</i> .....	43
<b>Tabla 20.</b> <i>Prácticas según el sexo de los adolescentes antes y después de la intervención educativa.</i> .....	45
<b>Tabla 21.</b> <i>Prácticas según la edad de los adolescentes antes y después de la intervención educativa.</i> .....	45
<b>Tabla 22.</b> <i>Prueba de McNemar</i> .....	46

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> <i>Porcentaje del nivel conocimiento de los adolescentes antes y después de la intervención educativa</i> .....	36
<b>Figura 2.</b> <i>Porcentaje de actitudes desarrolladas por los adolescentes antes y después de la intervención educativa.</i> .....	40
<b>Figura 3.</b> <i>Porcentaje de prácticas desarrolladas por los adolescentes antes y después de la intervención educativa.</i> .....	44

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo desarrollar una intervención educativa en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente del Centro de Salud Totoras, perteneciente a la parroquia Achupallas en el cantón Alausí de la provincia de Chimborazo, entre abril y junio de 2025. El diseño de la investigación fue cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo mediante pre y post test, se aplicó el instrumento a una muestra conformada por 37 adolescentes de 12 a 17, después de 10 días se realizó una intervención educativa al mismo grupo sobre buenos hábitos en la salud oral y posteriormente se aplicó el instrumento por segunda ocasión para comprobar la eficacia del programa educativo. La información recolectada fue tabulada en una hoja de Excel para posteriormente ser procesada en el programa estadístico SPSS 24, las pruebas que se aplicaron fueron: el Chi Cuadrado de Pearson y McNemar con un nivel confiabilidad del 95% y 5% de error. Los resultados reflejaron que la intervención educativa tuvo un impacto positivo y relevante evidenciado por el incremento en el nivel conocimiento ( $p$ -valor=0,000) y la adopción de actitudes positivas ( $p$ -valor = 0.031). Sin embargo, en cuanto al dominio de prácticas saludables, aunque si hubo resultados positivos no se observó una mejora estadísticamente significativa. Conclusión: Se logró desarrollar, aplicar y evaluar una intervención educativa sobre cuidado dental dirigida a población rural adolescente, obteniendo resultados que permiten concluir que, dicho programa tuvo un efecto positivo en el conocimiento y adopción de buenos hábitos de higiene oral en el grupo estudiado.

**Palabras Clave:** *Adolescente, Hábitos, Salud Oral, Intervención Educativa.*

## ABSTRACT

This research aimed to develop an educational intervention in oral health to promote the adoption of oral hygiene habits among rural adolescents from Centro de Salud Totoras, located in Achupallas Parish, Alausí Canton, Chimborazo Province, between April and June 2025. The research design employed a quasi-experimental, longitudinal, and prospective approach, utilizing a pre- and post-test design. The instrument was applied to a sample of 37 adolescents aged 12 to 17. Ten days later, an educational intervention on good oral health habits was conducted with the same group, and the instrument was administered again to assess the program's effectiveness. The collected data was tabulated in an Excel spreadsheet and later processed using the SPSS 24 statistical software. The applied tests were Pearson's Chi-Square and McNemar tests, with a 95% confidence level and a 5% margin of error. The results showed that the educational program had a positive and significant impact, as evidenced by the increase in knowledge levels (p-value = 0.000) and the adoption of positive attitudes (p-value = 0.031). However, regarding the adoption of healthy practices, although positive results were observed, no statistically significant improvement was noted. Conclusion: An educational intervention on dental care was successfully developed, implemented, and evaluated among rural adolescents, yielding results that demonstrate a positive effect on knowledge and the adoption of good oral hygiene habits in the study group.

**Key words:** *Adolescents, Habits, Oral Health, Educational Intervention.*



Reviewed by: Mgs. Lorena Solís Viteri

ENGLISH PROFESSOR

c.c. 0603356783

## CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

### 1.1. Antecedentes

La salud oral es un aspecto fundamental dentro del bienestar integral de los individuos, ya que está directamente relacionada con la calidad de vida y el desarrollo de diversas enfermedades. En muchas comunidades rurales, como la de Totoras de la provincia de Chimborazo, la falta de acceso a información adecuada sobre hábitos de higiene bucal contribuye a un incremento en la prevalencia de patologías orales. En particular, los adolescentes de esta comunidad enfrentan desafíos adicionales debido a las barreras socioeconómicas y educativas, lo que genera una necesidad urgente de promover estrategias de educación en salud bucal que permitan modificar sus hábitos y actitudes hacia el cuidado oral (Reinoso, 2022).

El objetivo de este trabajo de investigación es aplicar una intervención educativa sobre salud oral para el fortalecimiento de los hábitos de higiene bucal de los adolescentes que asisten al Puesto de Salud de Totoras. Este proyecto busca la sensibilización a los adolescentes sobre la importancia de la salud bucal y brindarles información para adopción de prácticas adecuadas de higiene oral.

Este estudio contribuye al desarrollo del campo de la salud pública, específicamente en lo que respecta a la prevención y educación en salud bucal en áreas rurales. Además, al ser una intervención aplicada, proporciona información valiosa sobre la efectividad de programas educativos en población rural adolescente. Los hábitos de higiene oral de los jóvenes tienen el potencial de generar un impacto positivo en su bienestar general, al prevenir enfermedades que afectan tanto su salud física como su autoestima y rendimiento académico.

Para llevar a cabo este estudio, se empleó un enfoque metodológico mixto, con un diseño cuasi experimental. La intervención educativa se llevó a cabo entre los meses de abril

y junio del 2025 y se aplicó a un grupo de adolescentes de entre 12 y 17 años asistentes al Puesto de Salud Totoras. Se utilizó herramientas como encuestas pre y post intervención para medir el conocimiento, las actitudes y las prácticas de higiene bucal, y se aplicó la prueba de McNemar para evaluar las diferencias significativas en los resultados antes y después de la intervención. Los resultados esperados incluyen una mejora en el nivel de conocimiento de la salud bucal y adopción de prácticas de higiene oral y un cambio positivo en las actitudes hacia el cuidado de la cavidad oral.

## **1.2. Planteamiento del Problema**

La salud bucodental está marcada por desigualdades persistentes que varían según el grupo poblacional. Estas brechas se dan por factores como la situación socioeconómica, limitaciones al acceso a los servicios de salud, el nivel de educación en la población, entre otros. Las enfermedades bucodentales afectan de manera desproporcionada a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, entre los que se incluyen frecuentemente personas en situación de pobreza que habitan en áreas rurales (Calderón et al., 2019).

La salud oral es crucial no solo para el bienestar general, sino también para una buena calidad de vida. Mantener una adecuada salud bucal permite desempeñar diversas funciones esenciales, como hablar, sonreír, saborear y masticar, contribuyendo así al pleno desarrollo de las actividades cotidianas.

La adolescencia es una etapa marcada por el deseo de ganar autonomía y la búsqueda de nuevos modelos, lo que lleva a los jóvenes a tomar decisiones impulsivas que los conducen a incursionar con descuido. En este contexto, los adolescentes no suelen asistir a consultas odontológicas por voluntad propia ni muestran responsabilidad hacia su salud bucal. Además, cuando se realizan actividades preventivas en lugares como colegios, estos tienden a mostrar una actitud negativa y no otorgan la importancia necesaria a estas acciones. Por ello, es fundamental implementar programas educativos continuos que fomenten

actitudes responsables hacia la salud bucal y ayuden a reducir la morbilidad dental (Vásquez, 2024).

La educación en salud juega un papel clave en la formación de hábitos que promueven y mantienen el bienestar general. A través de intervenciones educativas, es posible cambiar actitudes negativas y promoción de los hábitos de la salud bucal en la población (Torres et al., 2019). La información, la comunicación y la educación son componentes esenciales de la promoción de la salud. Estas deben estar interrelacionadas mediante políticas de salud, planes, programas, proyectos y estrategias, así como también deben vincularse con cambios, condiciones y estilos de vida, y, finalmente, deben adaptarse a los servicios de salud (Bustamente, 2013). Un aspecto clave para alcanzar los objetivos de la Educación para la Salud es comprender las actitudes, las prácticas y el conocimiento de la población estudiada, ya que basándonos en estos aspectos se podrá efectuar cambios en los estilos de vida (Hernández-Sarmiento et al., 2020).

A lo largo de los años en Ecuador, el sistema de salud pública se enfocaba principalmente en el control de enfermedades, buscando tratar las afecciones una vez que se presentaban, sin contar con los recursos suficientes para atender adecuadamente a la población, especialmente a los sectores más desfavorecidos. Sin embargo, en la actualidad, la estrategia del Ministerio de Salud Pública ha evolucionado hacia la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, lo que ha mejorado la interacción entre los pacientes y los odontólogos (Lucio et al., 2011).

En el país, la prevalencia de enfermedades bucales es alta, similar a la de otros países de la región. Aunque en Ecuador se han implementado estrategias para la reducción de la caries dental, como la enseñanza de técnicas de cepillado, la detección temprana de la placa bacteriana y la realización de charlas educativas motivacionales, estas acciones carecen de un seguimiento adecuado. A pesar de los esfuerzos, aún queda mucho por hacer, y el cambio

de enfoque de los profesionales de la salud será crucial para alcanzar los objetivos propuestos (Contreras Rengifo, 2016).

Las barreras para la adopción de hábitos de higiene bucal en adolescentes rurales, como la falta de recursos educativos, la escasa presencia de profesionales de salud bucal y la desinformación sobre la importancia de la higiene oral, dificultan la implementación de prácticas preventivas de higiene y cuidado oral. Esto afecta negativamente la salud bucal de los jóvenes, impactando su calidad de vida y desarrollo social, emocional y académico. Es urgente desarrollar estrategias educativas que fomenten la adopción de hábitos de higiene bucal, para mejorar su salud y bienestar a largo plazo.

### **1.3. Justificación de la Investigación**

La salud oral es esencial para el bienestar general, especialmente en la adolescencia, cuando se consolidan los hábitos de higiene bucal que perduran a lo largo de la vida. En las poblaciones rurales, la falta de educación en salud oral y el acceso limitado a servicios odontológicos aumentan el riesgo de enfermedades bucales, como las caries y enfermedades periodontales. Fomentar la adopción de hábitos saludables en esta etapa mejora la salud bucal de los adolescentes y ayuda a la prevención de enfermedades a largo plazo, siendo la educación en salud oral una herramienta clave para promover estos hábitos adecuados entre los adolescentes (Cerón-Bastidas, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) e instituciones internacionales han señalado la importancia de intervenir en la adolescencia para prevenir enfermedades bucales, especialmente en zonas rurales. Sin embargo, en estas áreas, los jóvenes enfrentan barreras como el desconocimiento de técnicas adecuadas de higiene y la falta de productos básicos para el cuidado bucal.

La importancia de realizar este estudio radica en la necesidad de evaluar cómo la educación en salud oral puede influir en la adopción de hábitos de higiene bucal en adolescentes rurales. La investigación busca identificar las barreras y los facilitadores de esta adopción, con el objetivo de diseñar programas educativos más efectivos, adaptados a las realidades de estas comunidades.

## **1.4. Objetivos**

### ***1.4.1. Objetivo General***

- Desarrollar una intervención educativa en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente del Centro de Salud Totoras, perteneciente a la parroquia Achupallas en el cantón Alausí de la provincia de Chimborazo, entre abril y junio de 2025.

### ***1.4.2. Objetivos Específicos***

- Identificar el nivel de conocimiento que sobre higiene bucal poseen los adolescentes del contexto
- Aplicar la intervención educativa en salud oral a los adolescentes participantes del estudio.
- Determinar la influencia de la intervención aplicada en el desarrollo de actitudes positivas hacia la higiene bucal entre la población rural adolescente incluida en el estudio.

## CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

### 2.1. Antecedentes investigativos

Este apartado revisó cinco estudios recientes sobre las estrategias de educación en salud oral y la adopción de hábitos de higiene bucal, realizados en los últimos cinco años. El análisis de estos estudios permite identificar acciones efectivas, barreras persistentes y áreas de mejora, proporcionando una base para el desarrollo de intervenciones educativas adaptadas a las necesidades específicas de esta población.

Un estudio realizado por Opoku et al. (2024) en el continente asiático, específicamente en Koforidua, Ghana, examinó el conocimiento, las prácticas y los factores asociados con la salud bucal en estudiantes de secundaria. La investigación concluyó que las enfermedades bucodentales representan una carga significativa para la salud pública en muchos países, afectando negativamente la calidad de vida de niños, adolescentes y adultos mayores.

El objetivo del estudio fue evaluar los conocimientos, prácticas y factores relacionados con la higiene bucal entre estudiantes. Se trató de un estudio escolar de tipo transversal, en el que participaron 233 estudiantes seleccionados mediante muestreo multietápico. Se emplearon análisis estadísticos descriptivos e inferenciales, utilizando frecuencias, porcentajes y la prueba Chi Cuadrado de Pearson.

Los resultados mostraron que un alto porcentaje de los encuestados (más del promedio esperado) presentaban buenas prácticas de higiene bucal. Además, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo de los estudiantes y sus prácticas de higiene bucal ( $p < 0.0001$ ). El estudio subraya la importancia de implementar campañas educativas y de concientización en el ámbito escolar, con el fin de mejorar los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud bucal.

La investigación de Calderón et al. (2019) titulada "Atención Primaria y Promoción de la Salud Bucodental: evaluación de una intervención educativa en la población infantil y adolescente", tuvo como objetivo evaluar la efectividad, a corto y mediano plazo, de una intervención educativa en salud bucal promovida desde la atención primaria. El estudio se llevó a cabo en tres centros educativos ubicados en un barrio de bajos recursos en Granada, España, con la participación de 82 estudiantes.

La intervención consistió en dos sesiones educativas consecutivas, con evaluaciones del conocimiento y hábitos de higiene bucodental realizadas mediante cuestionarios a los 6 y 18 meses. Los resultados mostraron una mejora significativa del conocimiento en el grupo intervenido, con una razón de probabilidades (OR) de 3.54 en comparación con el grupo control a los 18 meses.

El estudio concluye que las intervenciones escolares interseccionales, participativas y adaptadas al contexto socioeconómico son eficaces para mejorar el conocimiento y los hábitos de salud bucodental en niños y adolescentes.

La investigación realizada en Latinoamérica por Huarcaya e Idone (Huarcaya & Idone, 2024) evaluó la efectividad del Programa Educativo "Boca Sana" en el conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de la Institución Educativa N.º 30239. El estudio tuvo un enfoque explicativo, con un diseño cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo, utilizando pruebas pre y post intervención. Participaron 150 estudiantes de entre 10 y 12 años.

Los resultados mostraron una mejora significativa en el conocimiento sobre salud bucal tras la intervención. Antes del programa, los niveles de conocimiento eran deficientes; sin embargo, después de aplicar "Boca Sana", los estudiantes demostraron un mejor entendimiento de las prácticas y hábitos adecuados de higiene bucal.

En Ecuador, el estudio realizado por Peralta (2024) abordó la caries de la primera infancia y su asociación con características sociodemográficas en niños del CNH Rayitos de Luz, ubicado en la parroquia San Andrés del cantón Píllaro. El objetivo fue analizar la relación de las desigualdades socioeconómicas con la prevalencia y gravedad de esta enfermedad. Se empleó una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa), con un enfoque descriptivo, transversal y correlacional. La recolección de datos se realizó mediante encuestas y se aplicó la prueba de correlación de Spearman para analizar la relación entre factores sociodemográficos y salud dental.

Los resultados revelaron una alta prevalencia de caries (96.7%) entre los niños evaluados. En cuanto a la severidad, el índice de Caries de la Primera Infancia (CPI) fue bajo en el 56.7% de los casos y muy bajo en el 43.3%. Se encontró una correlación positiva moderada entre las variables sociodemográficas y la salud bucal. El estudio destaca la necesidad de implementar estrategias de prevención para reducir la prevalencia de caries en esta población vulnerable.

En Riobamba, la investigación realizada por Reinoso (2022) analizó el nivel de conocimiento sobre salud bucal entre profesores, padres de familia y estudiantes de la Unidad Educativa Capitán Edmundo Chiriboga, específicamente en el segundo año de educación básica. El estudio fue observacional, descriptivo, correlacional y de corte transversal, con una muestra de 100 estudiantes.

Los resultados mostraron que el 60% de los estudiantes tenía un conocimiento regular sobre salud oral, mientras que el índice de placa dental evidenció un nivel deficiente en el 52.10% de los casos. El estudio recomienda fortalecer programas de promoción de la salud bucal, destacando la importancia de la prevención y el control de la caries dental desde edades tempranas.

## **2.2. Fundamentación Teórica**

La salud bucal es un componente esencial del bienestar general, especialmente durante la adolescencia, etapa en la que se consolidan muchos hábitos de vida. En las zonas rurales, diversos factores sociales, culturales y económicos pueden limitar el acceso a servicios de salud y dificultar la adquisición de prácticas adecuadas de higiene bucal. En este contexto, la educación en salud oral se presenta como una herramienta clave para fomentar conductas saludables que perduren a lo largo del tiempo.

### ***2.2.1. Condiciones sociales y demográficas relacionadas con la atención dental en zonas rurales***

Los problemas de los servicios dentales integrales van desde la escasez de los especialistas, medicinas, materiales hasta los cambios demográficos y geográficos que enfrenta los profesionales de la salud y los habitantes del sector rural. Las zonas rurales tienen acceso limitado a la atención dental, mayor índice de pobreza y menor nivel educativo. A eso se suma, las disparidades basadas en factores como la pobreza, la etnia, carencia de servicios básicos como el acceso al agua potable y servicios de alcantarillado.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2024), la pobreza a nivel nacional alcanzó el 28%, donde la pobreza extrema en sector rural alcanzó 27% y en sector urbano fue del 6%; la Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), ocurre cuando una persona enfrenta deficiencias en las condiciones de su vivienda, tales como la baja calidad estructural o el hacinamiento, acceso a los servicios básicos y educación.

La NBI a nivel nacional para el 2024 alcanzó 32.4%, en el sector rural fue de 50.8%, en comparación del 23.8% del sector urbano. La pobreza multidimensional alcanzó el 40.8% a nivel nacional, donde el 71.2% fue para el sector rural y el 2.6% para el urbano. Algunos

indicadores que presentó el informe fue la inasistencia a la educación básica y bachillerato, debido a limitaciones económicas.

### **2.2.2. Sistema de salud pública en el Ecuador**

Según la Organización Mundial de Salud (Organización Mundial de la Salud, 2022) la salud comprende la ausencia de afecciones y enfermedades, siendo un estado de bienestar físico, mental y social.

La mala salud de una persona no solo afecta su bienestar individual, sino que también genera una carga económica para el Estado debido a los costos de atención médica. En este sentido, la implementación de acciones preventivas resulta esencial para mejorar la calidad de vida de la población y reducir el gasto sanitario tanto para los individuos como para el sistema público.

En Ecuador, el acceso a la salud está garantizado por la Constitución, específicamente en el artículo 32, el cual establece que la salud es un derecho fundamental que el Estado debe asegurar. Esto implica que los servicios de salud pública son universales y gratuitos en todos los niveles de atención, abarcando tanto los procedimientos de diagnóstico como de tratamiento. Los niveles de atención se clasifican según la capacidad de cada uno para satisfacer las necesidades de la población ecuatoriana como se detalla a continuación:

**Tabla 1.** Niveles de atención de los establecimiento de salud en Ecuador

<b>Niveles de atención</b>	<b>Descripción</b>
Primer Nivel de Atención	Las instituciones de salud, cercanas a la población, facilitan el acceso y la coordinación del ingreso al sistema. Su atención está orientada a problemas de salud de corta estancia.
Segundo Nivel de Atención	Estas instituciones tienen la capacidad de brindar servicios de atención ambulatoria y hospitalización para los servicios de cirugía y centro clínico quirúrgico con camas de recuperación y con una estancia menores a 24 horas.
Tercer nivel de atención	Este nivel ofrece servicios ambulatorios y hospitalización con la presencia de especialidades y especialistas. Está destinado a pacientes que acceden son con problemas de salud de alta complejidad.

Cuarto nivel de Atención	Se centra en la experimentación clínica y la investigación de alta complejidad. Este nivel no está orientado a la atención directa de la población general, sino a la evaluación y validación de nuevos tratamientos, procedimientos o tecnologías que aún no han sido aprobados para su uso generalizado.
Nivel de Atención Prehospitalaria	Este nivel hace referencia a los servicios de salud que se brindan antes de que el paciente llegue a un establecimiento de salud. Este nivel se enfoca en la atención inmediata y urgente a personas que han sufrido algún tipo de accidente o presentan una emergencia médica, y se lleva a cabo fuera del hospital, en el lugar del incidente o durante el transporte al centro de salud.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2014).

El acceso universal a los servicios de salud debe ser de calidad según los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) de las Organización de las Naciones Unidas (Organización de las Naciones Unidas, 2018); el objetivo 3 hace referencia a la buena salud y bienestar. Además, el acceso a la salud pública es fundamental para alcanzar la equidad y efectividad del sistema de salud, sin duda, la agilidad es la capacidad de respuesta de la gestión que tiene el paciente para atenderse en los establecimiento de salud pública.

Los factores que influyen en el acceso adecuado al sistema de salud incluyen el tiempo de espera, la disponibilidad de servicios ambulatorios, y la presencia de especialistas que realicen intervenciones quirúrgicas, apoyados por equipos de alta tecnología. Estos factores son clave para garantizar una atención oportuna y de calidad, lo cual es fundamental para evitar complicaciones a futuro (Matutte - Calle & Murillo - Párraga, 2021). La cobertura universal se logra con la combinación de acceso fácil y oportuno de paciente al sistema de salud, a la vez, todas las personas acceden y reciben servicios de salud de calidad sin limitaciones económicas, sociales o algún tipo de discriminación que vulnere la equidad y el bienestar de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

### ***2.2.3. La situación actual del sistema de salud pública en el Ecuador***

Los problemas en el acceso rápido y oportuno al sistema de salud ecuatoriano tienen sus limitaciones a pesar de ser un sistema de salud organizado y estructurado. La evidencia de las quejas, inconformidades y malestares de la población se relaciona con la ineficiencia

en la prestación de servicios en los establecimiento públicos como la incapacidad del Estado para la regulación equitativa de los recursos y materiales según las demandas de los pacientes.

El estudio realizado sobre los problemas que presenta el sistema de salud del Ecuador por Vaccaro et al. ( 2023) identifica diversos problemas en el sistema de salud de Ecuador, entre los que se destacan: el desabastecimiento de medicamentos, la falta de equipos modernos y tecnificados, y la ausencia de equipos disponibles debido a la falta de mantenimiento. Además, se señala la infraestructura inadecuada de los establecimientos de salud y las dificultades de acceso que enfrentan las poblaciones rurales a los servicios de salud. También se destaca la falta de confianza y motivación de los especialistas y trabajadores de los centros de salud pública, lo que afecta la calidad de la atención. A su vez, la población no confía en el personal de salud y enfrenta listas de espera prolongadas para consultas, tratamientos y cirugías, lo que se atribuye en gran parte a la escasa contratación de personal calificado y especializado.

#### ***2.2.4. La salud oral***

La salud oral o bucodental hace referencia al bienestar de la cavidad bucal que incluye las piezas dentales, las encías, los tejidos blandos y la lengua. Igualmente, el cuidado de la salud oral implica la prevención de enfermedades, tratamientos odontológicos oportunos, educación preventiva de las caries, malformaciones e infecciones bucales. La importancia de la salud dental en la población es buscar la disminución de costos y/o presupuestos que asignan un gobierno para los servicios de salud pública (Torres et al., 2019).

El impacto de una mala salud bucal en los individuos está asociado con el autoestima, aislamiento social y disminución de la confianza. Las personas con conocimientos limitados sobre la higiene bucal tienen menos probabilidad en aplicar acciones de cuidados

preventivos. Por ejemplo, los niños pueden experimentar consecuencias a largo plazo por las dificultades de cuantificar la carga sanitaria en el tratamiento de las caries (Hernández-Sarmiento et al., 2020).

### **2.2.5. Enfermedades orales más frecuentes**

Las enfermedades orales se encuentran entre las patologías más prevalentes a nivel mundial, con una incidencia aproximada del 62%, y generan un impacto negativo tanto en el sistema de salud como en la economía, afectando significativamente la calidad de vida de las personas. Entre las principales afecciones, la caries dental presenta una prevalencia que oscila entre el 42% y el 68%, las enfermedades periodontales entre el 21% y el 36%, y el edentulismo alcanza un 24% (Perez et al., 2019).

#### **2.2.5.1. Caries dental**

La caries dental es una enfermedad multifactorial que afecta directamente a la cavidad bucal, es caracterizada por la desmineralización del esmalte dental que termina en caries. La caries no solo contribuye a los problemas de salud bucal sino en la nutrición y la calidad de vida. En el Ecuador, el CPOD, índice de dientes cariados, perdidos y obturados, demostró que para el año 2024 hay una alta prevalencia de caries dental con un promedio de 2.95 dientes cariados, perdidos u obturados a los 12 años, este valor se incrementa a 4.65 a los 15 años (Cerón & Guillén, 2024)

La salud bucal es parte del bienestar del ser humano, por ejemplo, en los niños y adolescentes interfiere en el crecimiento, en el desarrollo y en el éxito escolar (Gil Yacobazzo et al., 2018).

#### **2.2.5.2. Enfermedad periodontal**

La enfermedad periodontal es una afección inflamatoria e infecciosa que afecta los tejidos que rodean y sostienen los dientes, como las encías, el ligamento periodontal y el

hueso alveolar. González et al. (2025) mencionan que la enfermedad periodontal afecta a los tejidos de soporte del diente provocando la pérdida y destrucción del hueso alveolar, en los casos más severos se puede llegar hasta la pérdida de las piezas dentales.

Generalmente los adolescentes presentan acumulaciones de placa dental e inflamación de las encías, lo cual si no es tratado a tiempo puede llegar a complicarse. Sin duda, el diagnóstico temprano garantiza la mayor probabilidad de éxito de tratamiento, es importante que los adolescentes acudan de manera oportuna al odontólogo para prevenir y detectar de manera temprana ciertas patologías.

En Ecuador, las enfermedades periodontales conforman un grupo de patologías prevalentes, con una frecuencia del 20% al 50% de la población (W. Fernández & Lara, 2015).

#### 2.2.5.3. Edentulismo

Se refiere a la pérdida total o parcial de las piezas dentales, como resultado de diferentes patologías orales, siendo un problema que afecta a gran parte de la población, especialmente a los adultos mayores (Hernández-Sarmiento et al., 2020).

Las consecuencias del edentulismo se manifiestan principalmente en alteraciones funcionales, como dificultades en la masticación y digestión. La ausencia de dientes impide una adecuada trituración de los alimentos, lo que puede derivar en problemas digestivos y una absorción insuficiente de nutrientes esenciales. Además, el edentulismo conlleva cambios estéticos y estructurales: la falta de estimulación del hueso alveolar provoca su reabsorción progresiva, lo que altera la estructura facial y puede conferir un aspecto envejecido (G. S. Fernández et al., 2018)

Para Hidalgo (2024), la pérdida dentaria afecta diferentes aspectos, especialmente en la funcionalidad de cavidad bucal, el autoestima y con esta última las relaciones personales,

es por eso que la pérdida prematura de las piezas dentales durante la adolescencia representan un gran problema que afecta a la calidad de vida del individuo.

#### 2.2.5.4. Mala oclusión

La mala oclusión, o alineación incorrecta de los dientes y mandíbulas, es otro problema común en Ecuador. En un estudio realizado recientemente el 82,76% de los participantes presentaban mala oclusión, con mayor incidencia en mujeres menores de 18 años (Chávez et al., 2025).

#### 2.2.5.5. Fluorosis dental

La fluorosis dental es una alteración del esmalte dental causada por la exposición excesiva al flúor durante el desarrollo de las piezas dentales, en el mismo estudio se observó que el 44,82% de la población estudiada tuvo problemas de fluorosis dental, siendo los más afectados los pacientes menores de 18 años (Chávez et al., 2025).

### **2.2.6. *La importancia de mantener una buena salud oral durante la adolescencia***

La adolescencia es una etapa clave en el desarrollo físico, emocional y social del individuo, durante la cual se consolidan hábitos que pueden perdurar a lo largo de la vida. En este sentido, mantener una buena salud oral resulta fundamental, ya que no solo contribuye a la prevención de enfermedades bucales, sino que también influye en la autoestima, la imagen corporal y las relaciones interpersonales. La adopción de prácticas adecuadas de higiene bucal durante esta etapa no solo favorece el bienestar presente, sino que también sienta las bases para una salud integral en la adultez. Por ello, es fundamental que padres, educadores y profesionales de la salud participen activamente y de forma continua en la promoción, prevención y educación, fomentando la adopción de prácticas saludables desde temprana edad (Soares et al., 2008).

### **2.2.7. Educación para la salud en odontología**

La educación para la salud es un proceso de aprendizaje que promueve la adopción de comportamientos saludables de manera voluntaria. En el contexto de la salud bucal, su objetivo es promover el conocimiento, la actitud y los comportamientos necesarios para mantener una buena salud bucal a lo largo de la vida (Nakre & Harikiran, 2013).

La sensibilización orientada a la prevención y el tratamiento de las enfermedades bucales, mediante la implementación de programas educativos, tiene como objetivo fundamental disminuir la prevalencia de las patologías orales en la población, contribuyendo así a mejorar los indicadores de salud bucodental oral (Kuppuswamy et al., 2014). Para lograrlo, es esencial garantizar el acceso a servicios odontológicos, especialmente desde las instituciones públicas, donde los profesionales de la salud no solo brindan atención, sino que también orientan a la comunidad en prácticas fundamentales como el cepillado dental tres veces al día, el uso de pasta dental con flúor, el uso correcto del hilo dental, el enjuague bucal y la importancia de realizar visitas periódicas al odontólogo (Urrego Cueva et al., 2024).

Una intervención educativa sobre la salud oral eficaz abarca estrategias de enseñanza, materiales didácticos, talleres y herramientas digitales con el objetivo de desarrollar habilidades de autocuidado bucal en los adolescentes. Además se debe promover un trabajo conjunto entre el sector educativo y el sector de salud para fortalecer aún más la educación para la salud, a continuación se presentan algunas propuestas.

**Tabla 2.** Estrategias para el fomento de hábitos de higiene oral en el ámbito escolar.

<b>Propuestas</b>	<b>Descripción</b>
Incorporación de actividades lúdicas sobre promoción de la salud en las actividades escolares	Diseño de programas educativos para la promoción de hábitos saludables como: talleres interactivos, obras teatrales, exposiciones interactivas.
Fomentar la participación familiar	Creación de espacios interactivos con los adolescentes y sus familias.

Capacitación a los docentes	Impulsar la capacitación constante a los docentes sobre la elaboración de programas educativos con temas de interés.
Desarrollo de materiales tecnológicos interactivos	Diseño de recursos digitales como presentaciones o videos con el fin de transmitir información relevante sobre la adopción de buenos hábitos bucales.

Nota: Adaptado de Bautista (2018)

### ***2.2.8. Estrategias y plan de acción mundial sobre la salud bucodental***

Las enfermedades bucodentales se encuentran entre las más comunes a nivel mundial, afectando a aproximadamente 3.500 millones de personas (Organización Mundial de Salud, 2023). Las estrategias y planes de salud bucal se centran en la prevención, promoción y tratamiento de las enfermedades orales. Estas iniciativas incluyen la educación de la población sobre higiene y hábitos bucales adecuados, así como el acceso equitativo a los servicios odontológicos, especialmente en las comunidades más vulnerables. A continuación, se presentan algunas estrategias mundiales para la mejora de la salud bucodental:

1. Gobernanza de la salud bucodental.
2. Promoción de la salud bucodental y prevención de las enfermedades bucodentales.
3. Personal de salud.
4. Atención a la salud bucodental.
5. Sistema de información sobre la salud bucodental.
6. Agenda de investigación en la salud bucodental.

Las metas globales para la salud bucodental al año 2030 incluyen que el 80 % de la población mundial tenga acceso a servicios esenciales de atención odontológica, y lograr una reducción relativa del 10 % en la prevalencia combinada de enfermedades y afecciones bucodentales a lo largo de la vida. En el siguiente cuadro se resumen de manera más clara las estrategias mundiales propuestas para alcanzar estos objetivos (Organización Mundial de Salud, 2023).

**Tabla 3. Estrategias y planes para la salud bucal**

<b>Objetivo Estratégico 1 de gobernanza</b>	<b>Meta</b>	<b>Medidas</b>
Liderazgo nacional para salud bucodental	El 80% de la población mundial tendrá derecho a recibir servicios esenciales de atención de salud bucodental para el 2030. Los países tendrán en funcionamiento una política, estrategia o plan de acción nacional sobre la salud bucodental. Debe contar con personal especializado en el Ministerio de Salud Pública.	-Elaborar una guía nacional para el monitoreo de la salud bucodental. -Mejorar las capacidades de gestión, liderazgo y salud pública. -Planificar la asignación de recursos económicos para el desarrollo de programas y acciones de salud bucodental. -Integración de la salud bucodental con las políticas nacionales para la prevención y control de enfermedades bucales. -Colaboración con la sociedad civil y comunidades en la planificación, aplicación y seguimiento de los programas organizados.
Atención de salud bucodental respetuosa con el medio ambiente	El 90% de los países deben aplicar medidas para la eliminación de amalgamas dentales.	
<b>Objetivo Estratégico 2 de promoción y prevención</b>	<b>Meta</b>	<b>Medidas</b>
Políticas para la reducción de ingesta de azúcares libres	El 50% de los países aplicarán medidas para la reducción de ingesta de azúcares libre	-Promoción de la disponibilidad de alimentos y bebidas saludables.
Administración óptima de flúor para los tratamientos de la salud bucodental de la población	El 50% de los países dispondrán de orientaciones para la administración óptima de flúor.	-Desarrollo de una guía nacional sobre la administración óptima de flúor durante la atención odontológica. -Creación de entornos que favorecen la promoción de la salud bucodental en las escuelas, centros preescolares y otros entornos educativos.
<b>Objetivo Estratégico 3 personal de salud.</b>	<b>Meta</b>	<b>Medidas</b>
Modelo innovador de personal de salud odontológica	El 50% de los países tendrán una política, plan y estrategia sobre el personal sanitario que aborda la disponibilidad de trabajadores para la atención de las necesidades de la población	- Contratación de suficiente personal de salud. -Ampliación de la cobertura de los servicios de salud bucodental mediante la disponibilidad de profesionales cualificados.

<b>Objetivo Estratégico 4 atención de salud bucodental</b>	<b>Meta</b>	<b>Medidas</b>
Integración de la salud bucodental en la atención primaria	El 80% de los países debe ofrecer de forma generalizada los servicios de atención bucodental.	-Definición de los servicios esenciales de atención de la salud bucodental. -Integración de la atención de la salud bucodental en la atención primaria de salud.
Disponibilidad de los medicamentos odontológicos esenciales	El 50% de los países deben incluir en la lista nacional de medicamentos esenciales los biomateriales dentales.	
<b>Objetivo Estratégico 5 Monitoreo de la aplicación de la política nacional.</b>	<b>Meta</b>	<b>Medidas</b>
Monitoreo de la aplicación de la política nacional sobre salud bucodental	El 80% de los países disponibles de un marco de monitoreo de la política, estrategia y acciones de salud bucodental	-Fortalecimiento de los sistemas de información de la salud bucodental. -Integración de los registros electrónicos de los pacientes y la protección de los datos personales de salud. -Utilización de métodos innovadores para la recopilación de datos de los pacientes. -Mejora de la transparencia y la accesibilidad de la información sobre la salud bucodental.
<b>Objetivo Estratégico 6 Agenda de investigación</b>	<b>Meta</b>	<b>Medidas</b>
Investigación orientada al interés público	El 50% de los países deben disponer de la agenda nacional de investigación sobre salud bucodental.	-Definición de las prioridades nacionales en la investigación sobre salud bucodental. -Respaldo de las áreas de investigación que sea de interés para la salud pública. -Disponibilidad de la financiación de la investigación y aplicación de los resultados en la práctica.

Nota: Adaptado de Organización Mundial de Salud (2023)

### ***2.2.9. Adopción de hábitos en la higiene bucal***

La adopción de hábitos para una correcta higiene bucal va más allá de un buen cepillado de los dientes diariamente (Hernández-Sarmiento et al., 2020). El cuidado de la cavidad bucal también implica una rutina completa de higiene oral, una alimentación

saludable y visitas periódicas al odontólogo. Estos elementos son fundamentales para mantener una buena salud dental y prevenir enfermedades comunes. A continuación, se presentan algunas recomendaciones clave para el mantenimiento de la salud bucodental.

**Tabla 4. Hábitos para la higiene bucal**

Hábitos	Descripción
Buen cepillado después de cada comida	Pasar el cepillo por las piezas dentales con movimientos efectivos, sin olvidar la limpieza de la lengua y el paladar
Uso de la seda dental	La acumulación de los residuos entre las piezas dentales requiere el uso de la seda dental para retirarlos.
Aplicación de enjuagues bucales	Los enjuagues bucales son un excelente complemento de una rutina de higiene oral ya que reduce la presencia de bacterias en la cavidad bucal.
Buena alimentación	Una buena alimentación es fundamental para mantener dientes sanos porque proporciona los nutrientes que el cuerpo necesita para fortalecer los dientes, proteger el esmalte y prevenir enfermedades bucales como la caries o la gingivitis.
Cuidado y cambio de cepillo cada tres meses	El cuidado del cepillo dental va desde el secado y almacenamiento de forma vertical, con el objetivo de que no se contamine de bacterias.
Visitas periódicas al odontólogo	La revisión de la cavidad bucal con el odontólogo debe ser al menos dos veces al año de forma preventiva.
Evitar en lo posible bebidas azucaradas, alcohol, tabaco y café	El consumo de sustancias como el tabaco, café y otras bebidas limitan la presencia de manchas pigmentadas en la dentina.

Nota: Adaptado de Hernández-Sarmiento et al. (2020)

### **2.2.10. Conocimiento de la salud bucal**

El conocimiento sobre la salud bucal se refiere al nivel de comprensión e información que las personas adquieren desde la infancia hasta la adultez sobre la importancia del cuidado oral. Este conocimiento abarca no solo la prevención de enfermedades, sino también su relación con el bienestar general, la calidad de vida y una interacción social saludable (Zevallos et al., 2024).

### **2.2.11. Actitudes relacionadas con el cuidado de salud bucal**

Las actitudes hacia el cuidado de la salud oral se definen por la motivación que surge de las creencias y percepciones sobre la importancia de mantener una higiene bucal adecuada. Estas actitudes pueden ser positivas o negativas, influyendo directamente en los

hábitos de salud oral y el comportamiento relacionado con la prevención de enfermedades bucales. Además, estas actitudes están relacionadas con factores psicológicos, ya que las personas expresan su postura sobre el cuidado oral a través de sus acciones y opiniones, basadas en la información que reciben y observan sobre la salud bucodental (Santillán et al., 2023).

#### ***2.2.12. Prácticas relacionadas con salud bucal***

Las prácticas relacionadas con la salud oral son acciones realizadas de manera disciplinada que las personas adoptan para mantener una higiene bucal adecuada y prevenir enfermedades (Reinoso, 2022). Ejemplos incluyen el cepillado regular de los dientes, el uso del hilo dental, el enjuague con productos adecuados.

#### ***2.2.13. La comunicación como herramienta clave para la adopción de hábitos de higiene bucal en adolescentes***

Las habilidades de comunicación están estrechamente relacionadas con los comportamientos y hábitos que influyen en la salud bucal. Los adolescentes, como grupo etario, adoptan conductas que impactan directamente en su estilo de vida. En la actualidad, están inmersos en un entorno digital dominado por las redes sociales y diversas herramientas de comunicación, las cuales resultan altamente eficaces para el aprendizaje (Aveiga, 2022).

La comunicación es un proceso mediante el cual dos o más personas intercambian información, ideas y emociones, lo que contribuye a ampliar y consolidar los conocimientos adquiridos sobre diversos temas (Sastrón, 2016). En cuanto a la salud bucal, es fundamental que la información sea clara y adaptada al grupo poblacional, en este caso los jóvenes. Además, la motivación para el cuidado de los dientes y la adquisición de hábitos de higiene bucal debe mantenerse de manera constante en el tiempo, promoviendo cambios saludables duraderos. Por ello, la comunicación debe ser planificada, organizada y evaluada de forma

continua, ya que la adopción de hábitos saludables no se logra con una única intervención ni sus resultados son inmediatos.

## **CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de investigación**

El trabajo de titulación aplicó el diseño cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo mediante pre y post test.

El método cuasiexperimental, es una estrategia que determina la relación causa - efecto y está integrado por un solo grupo en el tiempo, antes y después de la intervención, no se requiere de un grupo control (Hernández -Sampieri et al., 2014)

El método longitudinal, es un estudio observacional que recolecta datos cualitativos como cuantitativos, sigue el mismo grupo de personas durante el cambio en un momento dado (Hernández -Sampieri et al., 2014). Además, el efecto que genera es unidireccional porque se realiza mediciones u observaciones en un periodo de tiempo, donde la variable se mide dos veces (comparación ante y después).

El método prospectivo, es una herramienta para la explicación de manera estructurada del problema (Hernández -Sampieri et al., 2014). Los datos recolectados fueron de un grupo intacto para la evidencia del impacto.

### **3.2. Diseño de investigación**

La investigación fue de tipo cuasiexperimental, una de las características es la observación el comportamiento, cambio o efecto de las variables de la investigación. Es decir, es un experimento con intervención y los grupos ya están conformados (Hernández -Sampieri et al., 2014).

### **3.3. Población y Muestra**

#### **3.3.1. Población**

La población para el trabajo de investigación fue de 112 adolescentes con edades entre 12 a 17 años que asisten al Centro de Salud Totoras.

#### **3.3.2. Tamaño de la Muestra**

Siguiendo un muestreo no probabilístico del tipo por conveniencia, se seleccionaron aquellos adolescentes del contexto y período investigado que cumplieron con los criterios de selección, en este caso la muestra estuvo compuesta por 37 participantes.

### **3.4. Criterios de selección**

#### **3.4.1. Criterio de inclusión**

- Adolescentes entre 12 a 17 años que pertenecen a la comunidad de Totoras en la parroquia Achupallas.
- Adolescentes entre 12 a 17 años que asisten al Centro de Salud Totoras y están en sus facultades físicas y mentales.
- Adolescentes entre 12 a 17 años que asisten al Centro de Salud Totoras y aceptan ser parte del trabajo de investigación considerando el consentimiento informado.
- Adolescentes entre 12 a 17 años que asisten al Centro de Salud Totoras y que dispone de tiempo para llenar el cuestionario de la encuesta.

#### **3.4.2. Criterios de exclusión**

- Adolescentes entre 12 a 17 años que asisten al Centro de Salud Totoras y no aceptan ser parte del trabajo de investigación.
- Adolescentes entre 12 a 17 años que asisten al Centro de Salud Totoras y no asistan por motivos de enfermedad, vulnerabilidad y discapacidad.

- Adolescentes que no entre en el rango de 12 a 17 años que asisten al Centro de Salud Totoras.

### 3.5. Entorno

La investigación se realizó en las instalaciones del centro de salud de Totoras, ubicado en la parroquia Achupallas en el cantón Alausí de la provincia de Chimborazo, entre abril y junio de 2025.

### 3.6. Recursos

En la investigación se utilizaron los siguientes recursos:

N°	Descripción	Costo unitario	Costo total
		(USD)	(USD)
1	Copias e impresiones	0,05	16,00
2	Equipos de bioseguridad (guantes y mascarillas)	2,00	2,00
3	Útiles de oficina	5,00	5,00
4	Transporte	50	50,00
5	Luz, agua e internet	25	25,00
<b>Total:</b>		<b>100,00</b>	

### 3.7 Técnicas e instrumentos

Después de obtener los permisos correspondientes para realizar la investigación, el consentimiento y el asentimiento informado, se procedió a la aplicación del cuestionario de preguntas para medir el nivel de conocimiento, actitud y prácticas de la salud oral de los adolescentes que asisten al puesto de salud Totoras.

El instrumento que se utilizó para la investigación fue el cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la salud bucal en adolescentes, este formulario fue propuesto, diseñado y validado en el año 2014, en Chile por Barrientos et al., la misma cuenta con 28 ítems que se agruparon en tres dimensiones: conocimiento con 11 preguntas, actitudes con 5 preguntas y prácticas con 7 preguntas.

### 3.8 Operacionalización de las variables

**Tabla 5.** Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Conocimiento (Dependiente)	Se refiere a la información y comprensión que una persona tiene sobre la salud bucal.	Salud dental, higiene dental, uso de hilo dental y pasta con flúor, enfermedades orales	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11	Bueno (22-17 puntos) Regular (16-12 puntos) Malo (0-11 puntos)	Cualitativo ordinal
Actitudes (Dependiente)	Se refiere a las creencias, percepciones y sentimientos que una persona tiene hacia el cuidado de su salud bucal.	Cuidado bucal e importancia de salud bucal	12,13,14,15,16	Muy buena (20-17) Buena (16-13 puntos) Regular (12-8 puntos) Mala (7-5 puntos)	Cualitativo ordinal
Prácticas (Dependiente)	Se refiere a las acciones concretas y repetidas que una persona realiza para mantener la salud bucal.	Elementos que se utilizan durante el cepillado dental, duración y técnicas de cepillado	17,18,19,20,21,22,23	Muy buena (26-22) Buena (21-17 puntos) Regular (16-12 puntos) Mala (11-7 puntos)	Cualitativo ordinal
Sexo (Independiente)	Es una característica sociodemográfica que define el género de una persona	Género del encuestado	Masculino Femenino	1 2	Cualitativo nominal
Edad (Independiente)	Es una característica sociodemográfico del tiempo en edad de una persona al momento de la investigación	Rangos de edad	12 Años 13 Años 14 Años 15 Años 16 Años 17 Años	1 2 3 4 5 6	Cuantitativo o discreto
Residencia (Independiente)	Es una característica demográfica sobre el sitio donde vive el encuestado	Lugar donde vive	Rural Urbana	1 2	Cualitativo nominal

Fuente: Trabajo de investigación.

### 3.9. Procedimiento de la investigación

Antes de la ejecución, el protocolo fue sometido a evaluación y obtuvo la aprobación del Comité de ética de la Investigación en Seres Humanos de La Universidad Nacional de Chimborazo, bajo el oficio número 07-23-02-2025 con fecha de 23 de febrero de 2025.

El trabajo de investigación tuvo que ser desarrollado en cinco fases:

- **Fase I:** Búsqueda, selección y adopción del instrumento de recolección de datos

Basándose en los objetivos de la investigación se seleccionó el instrumento para la recolección de datos que fue el cuestionario aplicado en el proyecto titulado: "Conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en adolescentes de 12 y 15 años de la localidad de Fresia, año 2013" (Anexo 1), posteriormente se adaptó el formulario a la presente investigación y se realizó la validación del instrumento por expertos.

- **Fase II:** Aplicación del instrumento para la recolección de datos

La aplicación de la encuesta se realizó en el Centro de Salud Totoras durante el mes de abril, con una duración aproximada de 20 minutos por participante. Los participantes fueron seleccionados según criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, y durante todo el proceso se garantizó la confidencialidad y el respeto por la privacidad de cada uno.

- **Fase III:** Intervención educativa

Para esta fase se diseñó una presentación interactiva utilizando la herramienta digital Canva (Anexo 5), la cual permitió estructurar el contenido de manera visual, clara y atractiva para el público adolescente y estuvo conformada por las siguientes partes:

- Parte 1: Introducción a la salud bucal
- Parte 2: Técnicas de higiene bucal.

- Parte 3: Mitos y verdades sobre higiene oral
- Parte 4: Dinámica participativa

La intervención educativa se llevó a cabo en dos grupos conformados por 20 y 17 adolescentes, respectivamente. Cada sesión tuvo una duración de 60 minutos y se desarrolló en la sala de espera del centro de salud, utilizando el televisor como apoyo visual. Para reforzar el aprendizaje, se emplearon materiales didácticos, un phantoma y un cepillo de demostración, lo que permitió una explicación práctica y participativa sobre las técnicas adecuadas de higiene bucal. (Anexo 6)

- **Fase IV:** Aplicación del instrumento para la recolección de datos luego de la intervención educativa

Tras 15 días de realizar la intervención educativa, se procedió a la aplicación del instrumento de recolección de datos por segunda vez con el fin de evaluar los cambios en el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud bucodental en los adolescentes participantes. La aplicación del instrumento se realizó en condiciones similares a las de la fase inicial, asegurando la confidencialidad, el consentimiento informado y el respeto por la participación voluntaria de los adolescentes.

- **Fase V:** Análisis de los resultados

Los datos recopilados fueron digitalizados y tabulados en una hoja de cálculo de Excel y en el programa estadístico SPSS.

**Tabla 6.** Escala del nivel conocimiento

Nivel de conocimiento	Puntaje
Bueno	22-17
Regular	16-12
Malo	11-0

En la dimensión de conocimiento que estuvo compuesta por 11 preguntas tuvieron las opciones de respuesta de verdadero, falso y no sé; la calificación se asignó 1 punto para cada respuesta correcta (verdadero/falso) y 0 para las respuestas incorrectas (No sé). La puntuación máxima fue de 22 y la mínima de 0; los niveles de conocimiento se clasificaron en bueno, regular y malo.

**Tabla 7.** *Escala del nivel de actitudes*

Nivel de Actitudes	Puntaje
Muy buena	20-17
Buena	16-13
Regular	12-8
Mala	7-5

El dominio de actitudes consta de 5 preguntas con alternativas de respuestas desde positivas, neutrales y negativas. Entre las cuales están: muy bien, bien, regular, mal, muy importante, importante, poco o nada importante. La clasificación se del nivel de actitudes estaba dado por mala, regular, buena y muy buena.

**Tabla 8.** *Escala del nivel de prácticas*

Nivel de Prácticas	Puntaje
Muy buena	26-22
Buena	21-17
Regular	16-12
Mala	7-11

La dimensión de prácticas incluye 7 preguntas. La calificación fue de 3 puntos hacia las prácticas adecuadas, las prácticas inadecuadas como cepillarse los dientes solo con agua, usar agua no fluorada, cepillarse los dientes menos de 3 minutos, solo la mañana, acudir al odontólogo cada 4 -6 meses, cepillarse los dientes con movimientos horizontales recibieron 2 puntos, las respuestas de prácticas claramente inadecuadas o de desconocimiento tuvieron una calificación de 1 punto. La escala del puntaje tiene una puntuación máxima de 26 y minina 7.

### **3.9 Validación y confiabilidad del instrumento**

Se realizó la validación del instrumento por expertos en el área, además la confiabilidad se comprobó mediante el indicador estadístico alfa de Cronbach obteniendo un resultado positivo.

### **3.10 Análisis estadístico**

Los datos recopilados se introdujeron en una hoja de cálculo de Excel y mediante el programa estadístico SPSS 24 se analizaron las variables de estudio. Para comparar los resultados antes y después de la intervención educativa se empleó el Test de McNemar.

## **CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS**

### **4.1. Resultados**

Después de 10 días de la aplicación de la encuesta por primera vez se realizó la intervención educativa para la adopción de hábitos de higiene en salud oral en la sala de espera del Centro de Salud Totoras. Tras 15 días de concluir el programa educativo, se llevó a cabo la aplicación del instrumento de recolección de datos por segunda vez con el propósito de medir las modificaciones en el conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud bucodental entre los adolescentes participantes.

El análisis de los resultados descriptivos e inferenciales se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 24, mientras que las tablas y figuras fueron elaboradas en Microsoft Excel. Para evaluar la asociación entre el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas con las variables sexo y edad, se aplicó la prueba de Chi cuadrado, la cual permite comparar los datos observados con los esperados. Asimismo, para verificar el impacto de la intervención educativa, se empleó la prueba de McNemar.

Para el análisis estadístico se estableció un nivel de significancia del 95% y un margen de error del 5%. El p-valor fue utilizado como criterio para evaluar la asociación

entre las variables dependientes e independientes. A continuación, se presentan los resultados del análisis descriptivo e inferencial realizados sobre la población estudiada:

**Tabla 9.** Datos sociodemográficos de los adolescentes de 12 a 17 años.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Masculino	21	56,8
Femenino	16	43,2
Edad		
12 años	13	35,1
13 años	5	13,5
14 años	3	8,1
15 años	2	5,4
16 años	7	18,9
17 años	7	18,9
Residencia		
Rural	37	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

En la tabla 9, se evidencia que el sexo femenino alcanzó el 43.2% y el masculino 56.8%. La edad promedio de los adolescentes fue de 14 años. Los adolescentes de 12 años alcanzaron el 35.1%, los de 16 y 17 años con el 18.9% cada uno, los de 13 años con el 13.5%, 14 años el 8,1% y 15 años con el 5.4%. La residencia de los adolescentes encuestados fue el sector rural con el 100%.

En las siguientes tablas se detallan los resultados de las preguntas antes y después de la intervención educativa:

**Tabla 10.** Respuestas en el dominio de conocimiento antes y después de la intervención educativa

	Antes de la intervención educativa		Después de la intervención educativa	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>1.- Las bacterias (gérmenes) en los dientes causan caries</b>				
Falso	14	37,8	1	2,7
No sé	7	18,9	1	2,7
Verdadero	16	43,2	35	94,6
<b>2.- Los dientes naturales son mejores que las prótesis dentales</b>				
Falso	17	45,9	32	86,5
No sé	14	37,8	2	5,4
Verdadero	6	16,2	3	8,1
<b>3.- Cepillarse los dientes puede prevenir las caries</b>				
Falso	6	16,2	1	2,7
No sé	8	21,6	0,0	0,0

Verdadero	23	62,2	36	97,3
<b>4.- Comer y beber alimentos dulces no previene las caries</b>				
Falso	23	62,2	32	86,5
No sé	6	16,2	1	2,7
Verdadero	8	21,6	4	10,8
<b>5.- Debes visitar al dentista al menos una vez al año, incluso si no tienes problemas o dolor de dientes</b>				
Falso	3	8,1	0,0	0,0
No sé	4	10,8	0,0	0,0
Verdadero	30	81,1	37	100,0
<b>6.- Usar hilo dental puede prevenir las caries</b>				
Falso	6	16,2	1	2,7
No sé	19	51,4	0,0	0,0
Verdadero	12	32,4	36	97,3
<b>7.- El uso de flúor previene las caries</b>				
Falso	15	40,5	9	24,3
No sé	18	48,6	3	8,1
Verdadero	4	10,8	25	67,6
<b>8.- El sangrado en el cepillado puede ser un signo de enfermedad de las encías</b>				
Falso	8	21,6	6	16,2
No sé	12	32,4	1	2,7
Verdadero	17	45,9	30	81,1
<b>9.- La enfermedad de las encías se puede producir por falta de higiene dental</b>				
Falso	6	16,2	3	8,1
No sé	11	29,7	2	5,4
Verdadero	20	54,1	32	86,5
<b>10.- Cepillarse los dientes previene problemas de las encías y los dientes</b>				
Falso	10	27,0	23	62,2
No sé	5	13,5	9	24,3
Verdadero	22	59,5	5	13,5
<b>11.- Mantener los dientes naturales no es tan importante</b>				
Falso	20	54,1	33	89,2
No sé	9	24,3	0,0	0,0
Verdadero	8	21,6	4	10,8
Total	37	100,0	37	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Tras la intervención educativa, se observó una mejora significativa en el conocimiento de los adolescentes sobre diversos aspectos relacionados con la salud oral. Antes de la intervención, solo el 43,2% de los adolescentes reconocían que las bacterias causan caries, mientras que después, el 94,6% afirmaron que esto es cierto. Este cambio refleja una mejor comprensión de la importancia de la higiene dental y la prevención de enfermedades bucales.

En relación con la percepción de los dientes naturales frente a las prótesis dentales, los resultados no fueron favorables. Antes de la intervención, solo el 16,2% de los adolescentes reconocía que los dientes naturales son superiores a las prótesis. Sin embargo, después de la intervención, solo el 8,1% mantuvo esta opinión, lo que podría indicar una posible confusión o malentendido, ya sea respecto al contenido de la intervención o a la interpretación de la pregunta.

La relación entre el cepillado de dientes y la prevención de caries también experimentó un cambio positivo. Antes de la intervención, el 62,2% sabía que el cepillado puede prevenir las caries, pero tras la intervención, este porcentaje aumentó al 97,3%, lo que demuestra una mayor internalización de la importancia del cepillado regular.

La importancia de visitar al dentista al menos una vez al año, incluso sin dolor o problemas evidentes, fue otro tema en el que se notó un aumento significativo en el conocimiento, pasando del 81,1% al 100% de respuestas correctas después de la intervención.

Respecto al uso del hilo dental como medida preventiva, el porcentaje de adolescentes que reconocieron su importancia pasó del 32,4% al 97,3%. Este cambio resalta un avance considerable en la comprensión de hábitos que van más allá del cepillado.

El conocimiento sobre el flúor también mejoró notablemente. Antes, solo el 10,8% de los adolescentes sabía que el flúor ayuda a prevenir las caries, mientras que después de la intervención, el 67,6% lo reconoció.

El sangrado durante el cepillado, que puede ser un signo de enfermedad de las encías, también fue mejor comprendido. Este signo de alerta pasó del 45,9% al 81,1% de respuestas correctas, lo que indica una mayor conciencia sobre los síntomas de enfermedades gingivales.

El vínculo entre la falta de higiene dental y las enfermedades de las encías también fue mejor comprendido, con un incremento del 54,1% al 86,5% en las respuestas correctas.

La percepción sobre la prevención de problemas de encías y dientes mediante el cepillado también experimentó un positivo cambio. El porcentaje de adolescentes que comprendieron correctamente que el cepillado previene estos problemas pasó del 27% al 62,2%.

Finalmente, en cuanto a la importancia de mantener los dientes naturales, hubo un notable aumento en la conciencia sobre este tema, pasando del 54,1% al 89,2% después de la intervención educativa.

En resumen, los resultados demuestran un aumento significativo en el conocimiento de los adolescentes sobre la salud oral tras la intervención educativa. Este avance se reflejó principalmente en la comprensión de la prevención de caries, la importancia del cuidado dental y la necesidad de realizar visitas periódicas al dentista, lo cual subraya el impacto positivo de la intervención.

**Tabla 11.** Nivel de conocimiento de los adolescentes antes y después de la intervención educativa

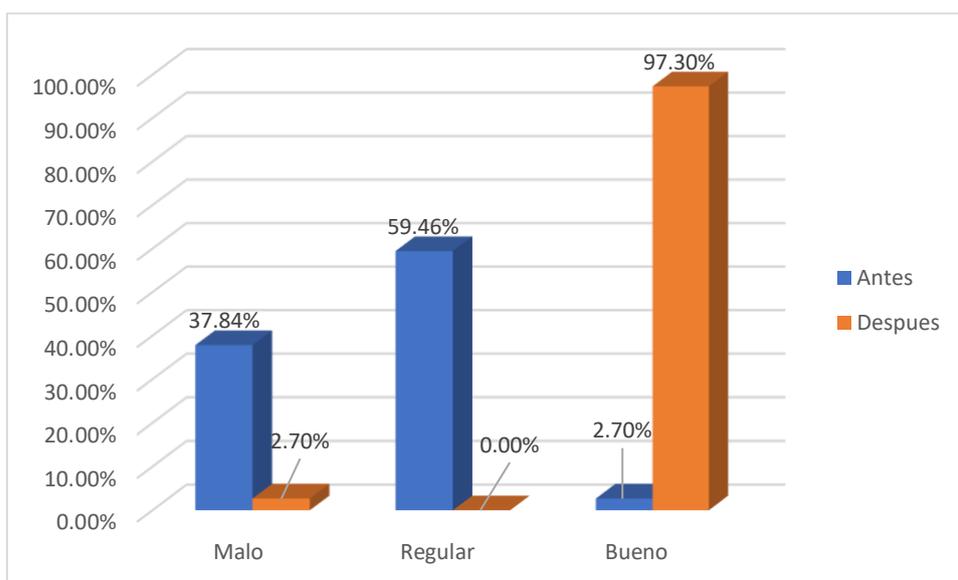
Respuestas	Antes de la intervención educativa		Después de la intervención educativa	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Malo	14	37,84%	1	2,70%
Regular	22	59,46%	0	0,00%
Bueno	1	2,70%	36	97,30%
Total	37	100,00%	37	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

La tabla comparativa refleja una mejora significativa en el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en la población adolescente rural tras la implementación del programa educativo. Antes de la intervención, la mayoría de los participantes se ubicaban en las categorías de “malo” (37,84%) y “regular” (59,46%), mientras que solo un 2,70% alcanzaba

un nivel “bueno”. Sin embargo, posterior a la intervención, se evidencia una transformación notable: el 97,30% de los adolescentes lograron un nivel “bueno”, y las categorías “malo” y “regular” disminuyeron drásticamente a 2,70% y 0,00%, respectivamente.

**Figura 1.** Porcentaje del nivel conocimiento de los adolescentes antes y después de la intervención educativa



Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

**Interpretación de la figura 1:** Estos datos ponen en evidencia la efectividad de la estrategia educativa implementada, no solo en la transmisión de conocimientos teóricos, sino también en la capacidad de generar un cambio positivo en la comprensión y valoración de los hábitos de higiene bucal.

**Tabla 12.** Nivel de conocimiento según el sexo de los adolescentes antes y después de la intervención educativa

	Antes de la intervención educativa								Después de la intervención educativa					
	Mala		Regular		Buena		Total		Mala		Buena		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Masculino	8	21,6 %	12	32,4 %	1	2,7 %	21	56,8%	1	2,7 %	20	54,1 %	21	56,8%
Femenino	6	16,2 %	10	27,0 %	0	0,0 %	16	43,2%	0	0,0 %	16	43,2 %	16	43,2%
Total	14	37,8 %	22	59,5 %	1	2,7 %	37	100,0 %	1	2,7 %	36	97,3 %	37	100,0 %

	p-valor =0,668	p-valor =0,376
--	----------------	----------------

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Los resultados muestran una mejora significativa en el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en ambos sexos tras la intervención educativa. Tanto hombres como mujeres pasaron de niveles “malo” y “regular” a un predominio del nivel “bueno”. Sin embargo, el análisis estadístico indicó que no hubo diferencias significativas por sexo antes ( $p = 0,668$ ) ni después ( $p = 0,376$ ) de la intervención, lo que sugiere que esta fue igualmente efectiva en ambos grupos.

**Tabla 13.** Nivel conocimiento según la edad de los adolescentes antes y después de la intervención educativa

	Antes de la intervención educativa								Después de la intervención educativa					
	Mala		Regular		Buena		Total		Mala		Buena		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
12 años	5	13,5%	7	18,9%	1	2,7%	13	35,1%	0	0,0%	13	35,1%	13	35,1%
13 años	2	5,4%	3	8,1%	0	0,0%	5	13,5%	0	0,0%	5	13,5%	5	13,5%
14 años	2	5,4%	1	2,7%	0	0,0%	3	8,1%	0	0,0%	3	8,1%	3	8,1%
15 años	0	0,0%	2	5,4%	0	0,0%	2	5,4%	0	0,0%	2	5,4%	2	5,4%
16 años	2	5,4%	5	13,5%	0	0,0%	7	18,9%	0	0,0%	7	18,9%	7	18,9%
17 años	3	8,1%	4	10,8%	0	0,0%	7	18,9%	1	2,7%	6	16,2%	7	18,9%
Total	14	37,8%	22	59,5%	1	2,7%	37	100,0%	1	2,7%	36	97,3%	37	100,0%
	p-valor =0,915								p-valor =0,493					

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

La distribución de los niveles de conocimiento sobre higiene bucal según la edad muestra una mejora general tras la intervención educativa en todos los grupos etarios. Antes de la intervención, los adolescentes de 12 años concentraban el mayor número de respuestas en los niveles “malo” (13,5%) y “regular” (18,9%), con solo un 2,7% en el nivel “bueno”. En los demás grupos etarios predominaban también los niveles bajos de conocimiento. Después de la intervención, todos los grupos mejoraron notablemente, siendo el grupo de 12 años el que más destacó, con un 100% alcanzando el nivel “bueno”. Solo un adolescente de 17 años permaneció en el nivel “malo”. El análisis estadístico no mostró diferencias

significativas en los niveles de conocimiento antes ( $p = 0,915$ ) ni después ( $p = 0,493$ ) de la intervención en función de la edad. Esto indica que la efectividad del programa educativo fue homogénea en los distintos grupos etarios.

**Tabla 14.** *Respuestas en el dominio de actitudes antes y después de la intervención educativa*

	Antes de la intervención educativa		Después de la intervención educativa	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>1.- ¿Qué tan bien crees que tomas el cuidado de tus dientes?</b>				
Bien	3	8,1	0,0	0,0
Muy Bien =	34	91,9	37	100,0
<b>2.- Mi conocimiento sobre enfermedad de las encías es:</b>				
No tengo conocimiento	1	2,7	0,0	0,0
Regular	13	35,1	1	2,7
Bueno	9	24,3	10	27,0
Muy Bueno	14	37,8	26	70,3
<b>3.- ¿Cuán importante es para ti limpiar tus dientes?</b>				
Regular	1	2,7	0,0	0,0
Bueno	3	8,1	2	5,4
Muy Bueno	33	89,2	35	94,6
<b>4.- ¿Cuán importante es para ti tener condiciones bucales saludables?</b>				
Regular	2	5,4	0,0	0,0
Bueno	9	24,3	2	5,4
Muy Bueno	26	70,3	35	94,6
<b>5.- ¿Cuál es el factor más importante para el futuro de mi salud oral?</b>				
El dentista	19	51,4	11	29,7
Mis propios esfuerzos	18	48,6	26	70,3
Total	37	100,0	37	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Los resultados reflejan un cambio positivo en las actitudes de los adolescentes rurales hacia la salud bucal luego de la intervención educativa. En la primera pregunta, relacionada con el autocuidado dental, se observa que antes de la intervención el 91,9% consideraba que cuidaba "muy bien" sus dientes, y ese porcentaje aumentó al 100% después de la intervención, reflejando mayor seguridad en sus prácticas de higiene.

Respecto al conocimiento sobre enfermedades de las encías (pregunta 2), el porcentaje de quienes se consideraban con conocimiento "muy bueno" aumentó de 37,8% a

70,3%, mientras que quienes manifestaron tener "poco" o "regular" conocimiento disminuyeron considerablemente, evidenciando una mejora en la comprensión del tema.

En cuanto a la importancia atribuida a la limpieza dental (pregunta 3) y al mantenimiento de condiciones bucales saludables (pregunta 4), se observa una consolidación de percepciones positivas. En ambas preguntas, más del 94% de los encuestados consideraron "muy importante" estas prácticas después de la intervención, frente a porcentajes más bajos en la medición inicial.

Finalmente, en la percepción sobre la responsabilidad en el cuidado de la salud oral (pregunta 5), hubo un cambio significativo: inicialmente, el 51,4% atribuía el cuidado al dentista, mientras que después de la intervención el 70,3% reconoció que los "propios esfuerzos" son el principal factor para mantener la salud bucal. Esto sugiere un fortalecimiento de la autonomía y el sentido de responsabilidad en los adolescentes frente a su salud oral.

Estos hallazgos respaldan la efectividad de la intervención educativa para generar cambios positivos no solo en el conocimiento, sino también en la actitud y el compromiso hacia el cuidado bucodental.

**Tabla 15.** *Actitudes de los adolescentes antes y después de la intervención educativa*

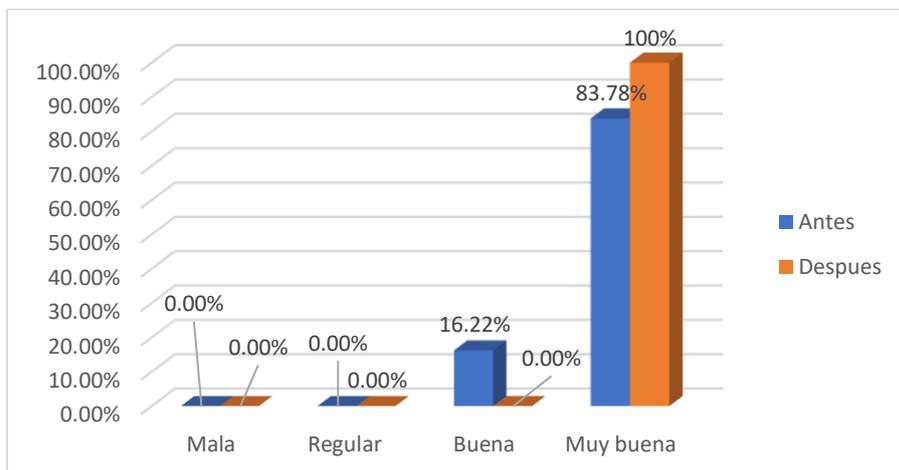
Respuestas	Antes de la intervención educativa		Después de la intervención educativa	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Mala	0	0,00%	0	0,00%
Regular	0	0,00%	0	0,00%
Buena	6	16,22%	0	0,00%
Muy buena	31	83,78%	37	100%
Total	37	100,00%	37	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Los datos muestran una percepción altamente positiva sobre la salud bucal incluso antes de la intervención educativa, con un 83,78% de los adolescentes calificando su nivel

como “muy bueno” y el 16,22% como “bueno”. Tras la intervención, todos los participantes (100%) se ubicaron en la categoría de “muy buena”, lo que evidencia una mejora en la autovaloración de sus conocimientos, hábitos y actitudes hacia la higiene bucodental.

**Figura 2.** Porcentaje de actitudes desarrolladas por los adolescentes antes y después de la intervención educativa.



Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

**Interpretación de figura 2:** El nivel de actitudes de los adolescentes respecto a la adopción de buenos hábitos de salud oral fue calificado como bueno en la evaluación inicial, y tras la intervención educativa, se elevó a un nivel muy bueno, lo que evidencia una mejora significativa en la disposición y compromiso hacia el cuidado de la salud bucodental.

**Tabla 16.** Actitudes según el sexo de los adolescentes antes y después de la intervención educativa

	Antes de la intervención educativa						Después de la intervención educativa			
	Buena		Muy buena		Total		Muy buena		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Masculino	2	5,4%	19	51,4%	21	56,8%	21	56,8%	21	56,8%
Femenino	4	10,8%	12	32,4%	16	43,2%	16	43,2%	16	43,2%
Total	6	16,2%	31	83,8%	37	100,0%	37	100,0%	37	100,0%
	P-valor=206						p-valor =n/a			

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

El nivel actitudes de los adolescentes de 12 a 17 años fue muy buena en el sexo masculino con el 51.4% y pasó a 56.8% después de la intervención; en el sexo femenino

tuvo el 32.4% y pasó a 43.2%. No hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres sobre el nivel actitudes.

**Tabla 17.** Actitudes según la edad de los adolescentes antes y después de la intervención educativa.

	Antes de la intervención educativa						Después de la intervención educativa			
	Buena		Muy buena		Total		Muy buena		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
12 años	2	5,4%	11	29,7%	13	35,1%	13	35,1%	13	35,1%
13 años	1	2,7%	4	10,8%	5	13,5%	5	13,5%	5	13,5%
14 años	1	2,7%	2	5,4%	3	8,1%	3	8,1%	3	8,1%
15 años	0	0,0%	2	5,4%	2	5,4%	2	5,4%	2	5,4%
16 años	2	5,4%	5	13,5%	7	18,9%	7	18,9%	7	18,9%
17 años	0	0,0%	7	18,9%	7	18,9%	7	18,9%	7	18,9%
Total	6	16,2%	31	83,8%	37	100,0%	37	100,0%	37	100,0%
	P-valor=0,664						p-valor = n/a			

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Antes de la intervención, se observa que los adolescentes de 12 años concentraban la mayor proporción de actitudes positivas (35,1%), seguidos por los grupos de 16 y 17 años, ambos con el 18,9%. Los adolescentes de 13, 14 y 15 años presentaron proporciones menores, con un rango entre 5,4% y 13,5%. Después de la intervención, todos los participantes, independientemente de su edad, fueron evaluados con actitudes "muy buenas", alcanzando un 100% de respuestas en dicha categoría. Este cambio sugiere una mejora cualitativa general en las actitudes, aunque el análisis estadístico ( $p = 0,664$ ) indica que no existe una diferencia significativa entre los resultados previos y posteriores a la intervención, lo que impide atribuir con certeza dicho cambio al efecto de la misma.

**Tabla 18.** Respuestas en el dominio de prácticas antes y después de la intervención educativa.

	Antes de la intervención educativa	Después de la intervención educativa
--	------------------------------------	--------------------------------------

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<b>1.- Uso del cepillo de dientes</b>				
Si	37	100,0	37	100,0
<b>2.- Elementos utilizados para cepillarse</b>				
Agua y pasta de dientes	22	59,5	30	81,1
Agua	15	40,5	7	18,9
<b>3.- Tipo de pasta de diente</b>				
No fluorada	10	27,0	17	45,9
No lo sé	18	48,6	2	5,4
fluorada	9	24,3	18	48,6
<b>4.- Tiempo de duración del cepillado de dientes</b>				
Más de 3 minutos	29	78,4	24	64,9
Menos de 3 minutos	8	21,6	13	35,1
<b>"5.- En qué momento del día cepillas tus dientes</b>				
Después de la comida	6	16,2	14	37,8
Solo noche	2	5,4	3	8,1
Solo mañana	17	45,9	0,0	0,0
Mañana y noche	12	32,4	20	54,1
<b>"6.- Cada cuanto tiempo cambias el cepillo de dientes</b>				
No sé =	12	32,4	0,0	0,0
Después de 1 año	8	21,6	0,0	0,0
4-6 meses	5	13,5	8	21,6
1-3 meses=	12	32,4	29	78,4
<b>7.- Técnica de cepillado</b>				
No sigo ninguna	6	16,2	1	2,7
De arriba abajo	14	37,8	27	73,0
De lado a lado =	17	45,9	9	24,3
Total	37	100,0	37	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Los resultados muestran mejoras notables en las prácticas de higiene bucal tras la intervención educativa. Si bien el 100% de los adolescentes ya utilizaban el cepillo dental antes de la intervención (pregunta 1), se observan cambios importantes en otros aspectos del cuidado oral.

En cuanto a los elementos utilizados para el cepillado (pregunta 2), el uso exclusivo de agua disminuyó del 40,5% al 18,9%, mientras que el uso de agua con pasta dental aumentó de 59,5% a 81,1%, indicando una mayor conciencia sobre la eficacia de los productos adecuados.

Respecto al tipo de pasta dental utilizada (pregunta 3), se redujo drásticamente el desconocimiento sobre el tipo de pasta (de 48,6% a 5,4%) y aumentó el uso de pasta fluorada (de 24,3% a 48,6%), lo que demuestra un mejor conocimiento y selección de productos beneficiosos para la salud bucal.

En relación al tiempo dedicado al cepillado (pregunta 4), aunque se observó una leve disminución en quienes cepillaban por más de tres minutos (de 78,4% a 64,9%), también aumentó el porcentaje de quienes al menos alcanzan los tres minutos recomendados, lo que sugiere mayor atención a la técnica de cepillado.

En cuanto a la frecuencia del cepillado diario (pregunta 5), se registró un cambio relevante: el cepillado exclusivo por la mañana, que antes era practicado por el 45,9% de los adolescentes, desapareció por completo, mientras que la combinación de mañana y noche aumentó del 32,4% al 54,1%.

Sobre el recambio del cepillo dental (pregunta 6), el desconocimiento disminuyó de 32,4% a 0%, y el número de adolescentes que lo cambia cada 1 a 3 meses siendo está la frecuencia recomendada, aumentó de 32,4% a 78,4%, lo cual representa una mejora en esta práctica.

Por último, respecto a la técnica de cepillado (pregunta 7), se redujo el número de adolescentes que no seguían ninguna técnica (de 16,2% a 2,7%), y aumentó considerablemente el uso de la técnica “de arriba abajo” (de 37,8% a 73,0%), la más apropiada según las recomendaciones odontológicas.

En conjunto, estos resultados evidencian que la intervención educativa fue efectiva no solo para mejorar el conocimiento, sino también para generar cambios concretos en las prácticas de higiene bucodental de la mayoría de adolescentes.

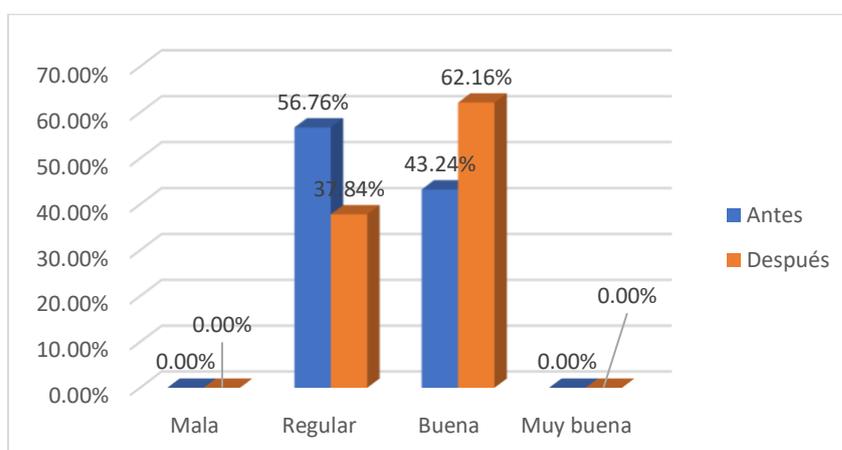
**Tabla 19.** *Prácticas de los adolescentes antes y después de la intervención.*

Respuestas	Antes de la intervención educativa		Después de la intervención educativa	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Malo	0	0,00%	0	0,00%
Regular	21	56,76%	14	37,84%
Buena	16	43,24%	23	62,16%
Muy buena =	0	0,00%	0	0,00%
Total	37	100,00%	37	100,00%

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Los resultados muestran una mejora en el nivel de prácticas de higiene bucodental tras la intervención educativa. Antes de la intervención, el 56,76% de los adolescentes presentaban un nivel "regular" y el 43,24% un nivel "bueno". Luego de la intervención, el porcentaje en nivel "bueno" aumentó a 62,16%, mientras que quienes se ubicaban en el nivel "regular" disminuyeron a 37,84%. Si bien no se alcanzó el nivel "muy bueno" en esta medición, el cambio sugiere un avance positivo en la adopción de mejores prácticas de higiene bucal.

**Figura 3.** Porcentaje de prácticas desarrolladas por los adolescentes antes y después de la intervención educativa.



Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

**Interpretación figura 3:** Aunque no se registraron niveles "malo" en ninguna evaluación, más de la mitad de los adolescentes (56,76%) inicialmente tenían prácticas consideradas solo "regulares". Tras la intervención, este porcentaje se redujo en casi 19 puntos porcentuales, lo que indica una mejora significativa en las conductas relacionadas con la

higiene oral. Asimismo, el aumento en el nivel “bueno” del 43,24% al 62,16% refleja un cambio positivo, aunque aún queda margen para fortalecer la adopción de hábitos óptimos en este grupo.

**Tabla 20.** Prácticas según el sexo de los adolescentes antes y después de la intervención educativa.

	Antes de la intervención educativa						Después de la intervención educativa					
	Regular		Buena		Total		Regular		Buena		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Masculino	13	35,1%	8	21,6%	21	56,8%	8	21,6%	13	35,1%	21	56,8%
Femenino	8	21,6%	8	21,6%	16	43,2%	6	16,2%	10	27,0%	16	43,2%
Total	21	56,8%	16	43,2%	37	100,0%	14	37,8%	23	62,2%	37	100,0%
	p-valor=0,469						p-valor=0,970					

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Tras la intervención, el porcentaje de adolescentes con prácticas “buenas” aumentó tanto en hombres (de 21,6% a 35,1%) como en mujeres (de 21,6% a 27,0%), elevando el total de “buenas” prácticas del 43,2% al 62,2%. Los valores p indican que estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ), lo que sugiere que la mejora fue similar en ambos sexos.

**Tabla 21.** Prácticas según la edad de los adolescentes antes y después de la intervención educativa.

	Antes Nivel Prácticas						Después Nivel Prácticas					
	Regular		Buena		Total		Regular		Buena		Total	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
12 años	6	16,2%	7	18,9%	13	35,1%	7	18,9%	6	16,2%	13	35,1%
13 años	4	10,8%	1	2,7%	5	13,5%	2	5,4%	3	8,1%	5	13,5%
14 años	2	5,4%	1	2,7%	3	8,1%	1	2,7%	2	5,4%	3	8,1%
15 años	1	2,7%	1	2,7%	2	5,4%	0	0,0%	2	5,4%	2	5,4%
16 años	5	13,5%	2	5,4%	7	18,9%	3	8,1%	4	10,8%	7	18,9%
17 años	3	8,1%	4	10,8%	7	18,9%	1	2,7%	6	16,2%	7	18,9%
Total	21	56,8%	16	43,2%	37	100,0%	14	37,8%	23	62,2%	37	100,0%
	p-valor =0,697						p-valor=0,494					

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Los resultados reflejan una mejora general en las prácticas de higiene bucal en todos los grupos de edad tras la intervención educativa. El porcentaje total de adolescentes con

prácticas “buenas” aumentó de 43,2% a 62,2%, mientras que aquellos con prácticas “regulares” disminuyeron del 56,8% al 37,8%.

Sin embargo, el análisis estadístico indica que estas diferencias no son significativas según la edad ( $p > 0,05$ ), lo que sugiere que la intervención fue igualmente efectiva en todos los rangos etarios evaluados.

**Tabla 22.** Prueba de McNemar

	Antes & Después Nivel de Conocimiento	Antes & Después Nivel Actitudes	Antes & Después Nivel Prácticas
N	37	37	37
p-valor	,000 <sup>b</sup>	,031 <sup>b</sup>	,210 <sup>b</sup>
a. Prueba de McNemar			
b. Distribución binomial utilizada.			

Fuente: Encuesta aplicada a los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en los niveles de conocimiento ( $p = 0,000$ ) y actitudes ( $p = 0,031$ ) respecto a la salud oral tras la intervención educativa, lo que indica una mejora real en estos aspectos. En contraste, no se encontró una diferencia significativa en el nivel de prácticas ( $p = 0,210$ ), lo que sugiere que aunque hubo un avance en conocimiento y actitudes, los cambios en las conductas aún no fueron del todo evidentes en el corto plazo.

#### 4.2. Discusión

Los resultados obtenidos en los diferentes dominios antes y después de la intervención educativa reflejan un impacto positivo en el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de los adolescentes respecto a la salud oral, aunque no sin algunas observaciones que ameritan un análisis más detallado.

Los hallazgos de la investigación mostraron que, tras el programa educativo, el 97,3% de los adolescentes de 12 a 17 años alcanzaron un nivel "bueno" de conocimiento sobre salud oral, lo que representa una mejora significativa en comparación con los niveles

registrados antes de la intervención, cuando el 59,46% presentaba un nivel "regular" y el 37,8% un nivel "malo". En cuanto al contenido específico del conocimiento adquirido, se observó un progreso notable. Antes del programa educativo, la mayoría de los adolescentes tenía un conocimiento limitado sobre temas fundamentales, como la relación entre las bacterias y las caries, o la importancia del uso de hilo dental. Sin embargo, después de la intervención, la mayoría respondió correctamente, especialmente en aspectos como la importancia del cepillado dental para prevenir caries (97,3%) y el uso del hilo dental (97,3%). Este cambio sugiere que la intervención educativa cumplió su objetivo de aumentar el conocimiento de los adolescentes sobre la prevención de enfermedades bucales. No obstante, algunas preguntas específicas, como la relacionada con la superioridad de los dientes naturales frente a las prótesis dentales, mostraron una disminución en las respuestas correctas después de la intervención, lo que podría indicar un posible malentendido del contenido transmitido o una interpretación incorrecta de la pregunta por parte de los participantes.

El nivel de conocimiento sobre higiene bucal mejoró de manera general en todos los grupos de edad tras la intervención educativa. Antes de esta, los adolescentes de 12 años mostraban la mayor proporción de respuestas en niveles "malo" (13,5%) y "regular" (18,9%), con apenas un 2,7% en el nivel "bueno". En los otros grupos etarios también predominaban niveles bajos de conocimiento. Tras la intervención, se evidenció un avance significativo en todos los grupos, destacando especialmente el grupo de 12 años, donde el 100% alcanzó el nivel "bueno". Solo un participante de 17 años continuó en el nivel "malo". A pesar de estas mejoras, el análisis estadístico no reveló diferencias significativas en el conocimiento antes ( $p = 0,915$ ) ni después ( $p = 0,493$ ) en relación con la edad, lo que sugiere que la intervención fue igualmente eficaz en todos los grupos etarios.

Asimismo, se observó una mejora considerable en el conocimiento sobre higiene bucal en ambos sexos luego de la intervención educativa. Tanto los adolescentes masculinos como femeninos mostraron un incremento en los niveles “buenos” desde niveles “malos” y “regulares”. Además, el análisis estadístico mostró que no existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres antes ( $p = 0,668$ ) ni después ( $p = 0,376$ ) del programa, indicando que la intervención tuvo un efecto similar en ambos géneros.

En cuanto al dominio de actitudes, se observó una mejora en la mayoría de los adolescentes después de la intervención. El porcentaje de adolescentes que calificó sus actitudes como "muy buenas" aumentó significativamente, pasando de un 83,78% a un 100%. Esto sugiere que los adolescentes, en general, adoptaron una actitud más positiva y comprometida hacia el cuidado de su salud bucal.

Este resultado indica no solo una consolidación del conocimiento adquirido, sino también una mayor seguridad y confianza en las prácticas de cuidado oral. La intervención educativa logró reforzar una percepción positiva preexistente, elevando a todos los participantes al nivel más alto de autoevaluación en esta dimensión.

Al analizar los resultados según el sexo, se evidenció que el nivel de actitudes "muy buenas" fue mayor en el grupo masculino tanto antes como después del programa educativo, pasó de un 51,4% a un 56,8%. En el caso del grupo femenino, el porcentaje también mostró un incremento, de 32,4% a 43,2%. Aunque ambos grupos experimentaron una mejora en sus actitudes hacia la salud bucodental, el análisis estadístico no arrojó diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que sugiere que la intervención fue igualmente efectiva para ambos sexos.

En relación con la edad, se observó que antes de la intervención los adolescentes de 12 años concentraban la mayor proporción de actitudes positivas con un 35,1%, seguidos

por los grupos de 16 y 17 años, con un 18,9% cada uno. Los adolescentes de 13, 14 y 15 años presentaron porcentajes menores, entre 5,4% y 13,5%. Tras la intervención, todos los participantes, sin importar su grupo etario, fueron evaluados con actitudes "muy buenas", alcanzando un 100% de respuestas en dicha categoría. Este cambio sugiere una mejora cualitativa generalizada en la actitud de los adolescentes hacia la salud bucal.

Finalmente, en el dominio de prácticas relacionadas con la higiene y salud oral, también se observó una mejora notable luego de la intervención educativa. Antes de esta, apenas un porcentaje reducido de adolescentes aplicaba técnicas de cepillado adecuadas o mantenía una frecuencia regular en el cambio de su cepillo dental. Posteriormente, se registró un incremento notable en la correcta utilización de productos recomendados, como la pasta dental con flúor, y en la adopción de técnicas de cepillado adecuadas, especialmente el movimiento de arriba hacia abajo, que es el recomendado para su edad. Asimismo, un mayor número de adolescentes comenzó a cambiar su cepillo de dientes con mayor periodicidad, aproximadamente cada tres meses.

Los datos cuantitativos respaldan esta mejora: antes de la intervención, el 56,76% de los adolescentes se encontraba en un nivel "regular" de prácticas de higiene bucal, mientras que el 43,24% alcanzaba un nivel "bueno". Tras la intervención, el porcentaje de adolescentes con un nivel "bueno" aumentó a 62,16%, y disminuyó a 37,84% el grupo con nivel "regular". Si bien no se logró alcanzar un nivel "muy bueno" en esta medición, el progreso evidencia una tendencia favorable hacia la adopción de mejores hábitos de higiene bucal.

Después del programa educativo, se observó un incremento en el porcentaje de adolescentes que adoptaron prácticas de higiene bucal consideradas "buenas", tanto en hombres que pasaron del 21,6% al 35,1% como en mujeres, quienes aumentaron de 21,6% a 27,0%. En conjunto, esto elevó el total de adolescentes con prácticas adecuadas del 43,2%

al 62,2%. Aunque estas mejoras fueron notables, los análisis estadísticos revelaron que las diferencias no alcanzaron significancia ( $p > 0,05$ ), indicando que la intervención tuvo un efecto similar en ambos sexos sin favorecer a uno en particular.

De manera paralela, al evaluar los resultados según la edad, se evidenció una mejora generalizada en las prácticas de higiene oral en todos los grupos etarios tras la intervención. El porcentaje de adolescentes con prácticas consideradas “buenas” aumentó considerablemente, mientras que aquellos con hábitos “regulares” disminuyeron notablemente, pasando de un 56,8% a un 37,8%. Sin embargo, al igual que en el caso del sexo, las diferencias observadas no resultaron estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ), lo que sugiere que la efectividad del programa educativo fue homogénea en los distintos rangos de edad analizados.

Sin embargo, algunas respuestas del dominio de prácticas luego de la intervención educativa reflejan que, persistieron ciertos hábitos poco saludables en algunos participantes, tales como un cepillado insuficiente o la utilización de pasta dental sin flúor, lo cual podría reflejar dificultades para consolidar hábitos adecuados o una falta de seguimiento continuo de las recomendaciones impartidas. A demás estos factores indican que, aunque la intervención educativa generó un impacto positivo, aún existen barreras que limitan la adopción total de prácticas óptimas en cuanto a salud oral, tales como la adquisición de una pasta dental y un cepillo adecuados. Este aspecto resalta la necesidad de complementar las intervenciones educativas con estrategias en conjunto con otras entidades, para facilitar el acceso de la población rural a los productos esenciales para una adecuada salud bucal.

En conjunto, estos resultados reflejan el impacto positivo de la intervención educativa en el mejoramiento progresivo de las conductas relacionadas con el cuidado dental en población rural adolescente. Sin embargo, también evidencian la importancia de fortalecer y diversificar las estrategias educativas y de apoyo para alcanzar niveles óptimos

de práctica en toda la población estudiada, garantizando así un cuidado oral efectivo y sostenible a largo plazo.

## **CAPÍTULO V. MARCO PROPOSITIVO**

### **5.1. Conclusiones**

- El presente estudio permitió desarrollar, aplicar y evaluar una intervención educativa sobre cuidado dental dirigida a población rural adolescente, obteniendo resultados que permiten concluir que dicho programa tuvo un efecto positivo en el conocimiento y adopción de buenos hábitos de higiene oral de los adolescentes que asisten al Centro de Salud Totoras en la parroquia Achupallas del cantón Alausí.
- Esta investigación demostró que el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de higiene oral previo a la intervención fue limitado. Tras la aplicación del programa educativo, se evidenció una mejora significativa en los dominios evaluados, lo cual valida la eficacia del material educativo utilizado.
- Los resultados estadísticos no evidenciaron diferencias significativas en la mejora del conocimiento, actitudes y prácticas de higiene bucal en función del sexo o la edad de los adolescentes. Esto indica que la intervención educativa fue igualmente efectiva en todos los subgrupos de la población estudiada, demostrando su aplicabilidad general en contextos similares.

### **5.2. Recomendaciones**

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación recomiendo lo siguiente:

- Es fundamental fortalecer y ampliar los programas educativos de salud oral en comunidades rurales, asegurando que sean continuos y se adapten a las características culturales y socioeconómicas de la población, garantizando así una mayor adherencia y sostenibilidad de los hábitos saludables.

- Además, se debe implementar un seguimiento periódico posterior a los programas educativos por parte del personal de salud, con sesiones de refuerzo y evaluación continua para consolidar y mantener las buenas prácticas y actitudes relacionadas con la salud oral.
- Se requiere impulsar la capacitación continua del personal de salud en estrategias de promoción con el fin de fortalecer sus habilidades para diseñar, implementar y evaluar programas educativos sobre temas de interés como la salud oral.
- Es necesario promover el fácil acceso de la población rural a productos básicos de higiene oral como pasta dental, cepillo, hilo dental y enjuague mediante alianzas con organizaciones comunitarias, instituciones de salud públicas y privadas, departamentos municipales entre otras.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Aveiga, J. E. (2022). Uso de tecnologías de la información y comunicaciones para el aprendizaje significativo de estudiantes. *Sapienza: International Journal of Interdisciplinary Studies*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i1.274>

- Batista, M., Procopio, H., & Rosario, M. (2018). Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC*, *18*(3), 1-9.
- Bautista, C. (2018). *Estrategias Lúdicas para mejorar la salud bucal de los adolescentes de la casa de acogida Don Bosco* [Tesis, Universidad Nacional del Altiplano]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/7102/Bautista\_Layme\_Carmen\_Rocio.pdf;jsessionid=34E283CBF5851621836B6AA92686195F?sequence=1
- Bustamente, E. (2013). *La comunicación interna y la promoción de la salud*. [Tesis, Universidad Autónoma de Barcelona]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/117320/ebo1de1.pdf?sequence=
- Calderón Larrañaga, S., Expósito Ruiz, M., Cruz Vela, P., Cuadrado Conde, A., Alquézar Villarroya, L., Garach Gómez, A., Ruiz Hernández, A., & Toral López, I. (2019). Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: Evaluación de una intervención educativa en población infantil. *Atención Primaria*, *51*(7), 416-423. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.003>
- Calderón, S., Expósito, M., Cruz, P., Cuadrado, A., Alquézar, L., Garach, A., Ruíz, A., & Toral, I. (2019). Atención Primaria y promoción de la salud bucodental: Evaluación de una intervención educativa en población infantil. *Atención Primaria*, *51*(7), 416-423. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.05.003>
- Cerón, D., & Guillén, R. (2024). Prevalencia de caries dental en pacientes atendidos en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. *Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador.*, *1*(2), 81-90. <https://doi.org/90.https://doi.org/10.36097/rgcs.v1i2.3136>

- Cerón-Bastidas, X. A. (2018). Relación de calidad de vida y salud oral en la población adolescente. *CES Odontología*, 31(1), 38-46. <https://doi.org/10.21615/cesodon.31.1.4>
- Chávez, K., Sánchez, F., & Santaella, L. (2025). Prevalencia de enfermedad periodontal, maloclusión y necrosis pulpar en la comunidad Nueva Vida, Guayaquil, Ecuador | Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea*, 3(1). <https://revmic.com/index.php/IC/article/view/79>
- Contreras Rengifo, A. (2016). La promoción de la salud general y la salud oral: Una estrategia conjunta. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 9(2), 193-202. <https://doi.org/10.1016/j.piro.2016.07.003>
- Fernández, G. S., Molleda, C. L., Chibás, L. G., & Valdés, Y. V. (2018). Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. *Geroinfo*, 13(3), 1-13.
- Fernández, W., & Lara, D. (2015). *Comparación entre los criterios para el diag-nóstico periodontal de EKE y COLS. y los protocolos del Ministerio de Salud Pública 2014 en pacientes de la Clínica de Periodoncia 2012-2014* [Trabajo de Titulación, Universidad de Cuenca.]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://rest-dspace.ucuenca.edu.ec/server/api/core/bitstreams/7b1fba21-d244-4274-84ab-0239a6d5784c/content
- Gil Yacobazzo, J. E., Viega Rodríguez, M. J., Gil Yacobazzo, J. E., & Viega Rodríguez, M. J. (2018). Historia clínica electrónica: Confidencialidad y privacidad de los datos clínicos. *Revista Médica del Uruguay*, 34(4), 102-119. <https://doi.org/10.29193/rmu.34.4.6>

- González, K. L. C., Almaraz, F. S., & Palma, L. E. S. (2025). Prevalencia de enfermedad periodontal, maloclusión y necrosis pulpar en la comunidad Nueva Vida, Guayaquil, Ecuador. *Revista Multidisciplinaria Investigación Contemporánea*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.58995/redlic.rmic.v3.n1.a79>
- Hernández -Sampieri, R., Collado - Fernández, C., & Baptista - Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación—Sexta Edición* (6.<sup>a</sup> ed.). IN. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58257558/Definiciones\\_de\\_los\\_enfoques\\_cuantitativo\\_y\\_cualitativo\\_sus\\_similitudes\\_y\\_diferencias.pdf?1548409632=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDefiniciones\\_de\\_los\\_enfoques\\_cuantitativ.pdf&Expires=1717776085&Signature=MdFKJ3gOsd9C8NVJ7lzmFD7gf9gHCM3u-HwsFKIBIBT9fUufhf~dCQPf7meD4M0zFJmWQ1Ka1kF8wvf3p4vwcaoT-p8DvXnmSQXS8IHWSWLFpjtTUObbNO9ne3HoF4Y3bPg~vC4gJr~wwafSHFIIKXZA158V1xdm5veq2n9IKgjF1v9M4UyBQXjMO8Q9yMFEPoxsRbxgCwo3-fDYiSxcKrf8arsMOptmAzlH7jgYE9N20M3p1MxgEysrtAfrjjJXzb2vE-eA5YO1YoNLgbVihQwA3mgysYLLTdJAmj5wIvdxjyMaeIbxvxxOVjMtzu3DcWf~m7iAy-Y0rBZOQ1Wg\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/58257558/Definiciones_de_los_enfoques_cuantitativo_y_cualitativo_sus_similitudes_y_diferencias.pdf?1548409632=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDefiniciones_de_los_enfoques_cuantitativ.pdf&Expires=1717776085&Signature=MdFKJ3gOsd9C8NVJ7lzmFD7gf9gHCM3u-HwsFKIBIBT9fUufhf~dCQPf7meD4M0zFJmWQ1Ka1kF8wvf3p4vwcaoT-p8DvXnmSQXS8IHWSWLFpjtTUObbNO9ne3HoF4Y3bPg~vC4gJr~wwafSHFIIKXZA158V1xdm5veq2n9IKgjF1v9M4UyBQXjMO8Q9yMFEPoxsRbxgCwo3-fDYiSxcKrf8arsMOptmAzlH7jgYE9N20M3p1MxgEysrtAfrjjJXzb2vE-eA5YO1YoNLgbVihQwA3mgysYLLTdJAmj5wIvdxjyMaeIbxvxxOVjMtzu3DcWf~m7iAy-Y0rBZOQ1Wg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
- Hernández-Sarmiento, J. M., Jaramillo-Jaramillo, L. I., Villegas-Alzate, J. D., Álvarez-Hernández, L. F., Roldan-Tabares, M. D., Ruiz-Mejía, C., Calle-Estrada, M. C., Ospina-Jiménez, M. C., & Martínez-Sánchez, L. M. (2020). La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(2), 490-504.
- Hidalgo, I. (2024). *Edentulismo total o parcial y la calidad de vida en los pobladores adultos entre 30 a 60 años en Lamud Amazonas* [Tesis, Universidad Nacional Federico Villarreal].

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/20.500.13084/8395/1/UNFV\_FO\_Hidalgo\_Valdivia\_Ines\_Katerin\_Titulo\_profesional\_2024.pdf

Huarcaya, F., & Idone, B. (2024). *Efectividad del programa educativo Boca Sana sobre conocimientos de salud bucal en la I. E. N. ° 30239* [Tesis, Universidad Continental]. chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/15094/2/IV\_FCS\_503\_TE\_Huarcaya\_Idone\_2024.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2024). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU)* [Indicadores de Pobreza y Desigualdad]. INEC. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-

inec/POBREZA/2024/Diciembre/202412\_PobrezayDesigualdad.pdf

Kuppuswamy, V., Murthy, S., Sharma, S., Surapaneni, K., Grover, A., & Josh, A. (2014). Oral Hygiene Status, Knowledge, Perceptions and Practices among School Settings in rural South India. *Oral Health Dental Manage.*, 13(2), 146-154.

Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). Sistema de salud de Ecuador. *Salud Pública de México*, 53, s177-s187.

Matutte - Calle, B., & Murillo - Párraga, d. (2021). La gestión por procesos: Resultados para la mejora de atención en instituciones de salud. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 6(12). <http://dx.doi.org/10.35381/r.k.v6i12.1287>

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Protocolos Odontológicos* [Protocolos Odontológicos]. Ministerio de Salud Pública.

- Nakre, P. D., & Harikiran, A. G. (2013). Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 3(2), 103-115. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.127810>
- Opoku, P., Salu, S., Azornu, C. K., & Komesuor, J. (2024). Oral health knowledge, practice and associated factors among Junior High School students of Koforidua, Ghana: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 24(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04148-2>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud en las Américas y perfil del país de Ecuador* [Salud]. OMS. <https://www.paho.org/es/ecuador>
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. ONU. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>
- Organización Mundial de Salud. (2023). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023–2030* [Salud]. OMS. <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376878/9789240092242-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *La OPS lanza la red de Trabajo Intersectorial y Participación Social para la Equidad en Salud de las Américas* [Social]. OPS. <https://www.paho.org/es/noticias/27-11-2023-ops-lanza-red-trabajo-intersectorial-participación-social-para-equidad-salud>
- Peralta, Y. (2024). *Caries de primera infancia asociada a las características sociodemográficas en niños que acuden al CNH Rayitos de Luz de la parroquia San Andres, Cantón Pillaro* [Tesis, UDLA]. <chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376878/9789240092242-spa.pdf>

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/16196/1/UDLA-EC-TMSP-2024-79.pdf

Perez, M., Weyanr, R., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M., & Listl, S. (2019). *Oral diseases: A global public health challenge* (pp. 249-260). The Lancet.

Reinoso, D. (2022). *Conocimiento sobre salud bucal de profesores, padres de familia y escolares, sector Riobamba* [Tesis, UNACH]. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8709/1/7.-

Reinoso%20Cobos.%20D%20%282022%29%20Conocimiento%20sobre%20salud%20oral%20de%20profesores%2C%20padres%20de%20familia%20y%20escolares.%20Sector%201.%20Riobamba%2C%202021%28Tesis%20de%20pregrado%29%20Universidad%20Nacional%20de%20Chimborazo%2C%20Riobamba%2C%20Ecuador.pdf

Santillán, A., Ferrando, C., Ore, L., & Carpio, Y. (2023). *Conocimiento, actitudes y prácticas de salud oral en estudiantes de postgrado de odontología* [Tesis]. Universidad San Martín de Porres.

Sastrón, G. (2016). La comunicación como estrategia para la Promoción de la Salud Bucal. *Universidad Nacional de Cuyo Mendoza - Argentina*, 10(1). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\_digitales/10731/sastronrfo-1012016.pdf

Soares, S. M., Amaral, M. A., Silva, L. B., & Silva, P. A. B. (2008). Oficinas sobre sexualidad de adolescencia: Revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. *Escola Anna Nery*, 12, 485-491. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300014>

- Torres, J., Contreras, S., Lippi, L., Huaiquimilla, M., & Leal, R. (2019). Hábitos de vida saludable como indicador de desarrollo personal y social: Discursos y prácticas en escuelas. *Calidad en la educación*, 50, 357-392. <https://doi.org/10.31619/caledu.n50.728>
- Urrego Cueva, G. V., Jácome Mediavilla, A. F., Mármol Miranda, E. G., & Espinoza, G. D. (2024). Educación y promoción de la salud bucal en niñas y adolescentes en Ibarra. *Conrado*, 20(100), 216-221.
- Vaccaro, G., Jurado, M., Gonzabay, E., & Wiit, P. (2023). Desafíos y problemas de la Salud Pública para el Ecuador. *RECIAMUC*, 7(2), 10-21. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.\(2\).abril.2023.10-21](https://doi.org/10.26820/reciamuc/7.(2).abril.2023.10-21)
- Vásquez, M. I. R. (2024). Análisis de la relación entre salud bucal y las enfermedades sistémicas (como la diabetes y la hipertensión) en la población afroecuatoriana. Una revisión sistemática. *RECIAMUC*, 8(4), Article 4. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(4\).dic.2024.11-28](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(4).dic.2024.11-28)
- Zevallos, E. Ú. S., Porras, P. C. V., Ancajima, P. M., Molina, J. P. L., & Durand, R. F. G. (2024). Conocimiento sobre salud oral y prácticas de higiene bucal de padres con niños preescolares en una institución educativa: Oral health knowledge and oral hygiene practices of parents with preschool children in an educational institution. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.33326/27905543.2024.2.1958>

## ANEXOS

### Anexo N.º1. Instrumento de recolección de datos adaptado al presente estudio

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO:  
“EDUCACIÓN EN SALUD ORAL PARA LA ADOPCIÓN DE HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL EN POBLACIÓN  
RURAL ADOLESCENTE”**

**Indicaciones:** Encierre en un círculo o subraye la respuesta correcta, recuerde que solo debe escoger una opción.

DOMINIO	PREGUNTA	RESPUESTA		
<b>CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL</b>	1.- Las bacterias (gérmenes) en los dientes causan caries	Verdadero	Falso	No sé
	2.- Los dientes naturales son mejores que las prótesis dentales	Verdadero	Falso	No sé
	3.- Cepillarse los dientes puede prevenir las caries	Verdadero	Falso	No sé
	4.- Comer y beber alimentos dulces no provoca caries	Verdadero	Falso	No sé
	5.- Debes visitar al dentista al menos una vez al año, incluso si no tienes problemas o dolor de dientes	Verdadero	Falso	No sé
	6.- Usar hilo dental puede prevenir las caries	Verdadero	Falso	No sé

---

7.- El uso de flúor previene las caries	Verdadero	Falso	No sé
8.- El sangrado en el cepillado puede ser un signo de enfermedad de las encías	Verdadero	Falso	No sé
9.- La enfermedad de las encías se puede producir por falta de higiene dental	Verdadero	Falso	No sé
10.- Cepillarse los dientes previene problemas de las encías y los dientes	Verdadero	Falso	No sé
11.- Mantener los dientes naturales no es tan importante	Verdadero	Falso	No sé

<b>ACTITUDES RELACIONADAS CON SALUD ORAL</b>	1.- ¿Qué tan bien crees que tomas el cuidado de tus dientes?	Muy bien	Bien	Regular	Mal
	2.- Mi conocimiento sobre enfermedad de las encías es:	Muy bueno	Bueno	Regular	No tengo conocimiento
	3.- ¿Cuán importante es para ti limpiar tus dientes?	Muy importante	Importante	Poco o nada importante	
	4.- ¿Cuán importante es para ti tener condiciones bucales saludables?	Muy importante	Importante	Poco o nada importante	
	5.- ¿Cuál es el factor más importante para el futuro de mi salud oral?	Mis propios esfuerzos	El dentista		

	<b>1.- Uso del cepillo de dientes</b>	Si	No			
	<b>2.- Elementos utilizados para cepillarse</b>	Agua	Agua y pasta de dientes	Nada		
	<b>3.- Tipo de pasta de diente</b>	Fluorada	No fluorada	No lo sé		
<b>PRÁCTICAS RELACIONADAS CON SALUD ORAL</b>	<b>4.- Tiempo de duración del cepillado de dientes</b>	Menos de 3 minutos	Más de 3 minutos			
	<b>5.- En qué momento del día cepillas tus dientes</b>	Mañana y noche	Solo mañana	Solo noche	Después de cada comida	
	<b>6.- Cada cuanto tiempo cambias el cepillo de dientes</b>	1- 3 meses	4-6 meses	Después de un año	No sé	
	<b>7.- Técnica de cepillado</b>	De lado a lado	De arriba abajo	No sigo ninguna	No sé	
	<b>1. Sexo</b>	Masculino		Femenino		
	<b>2. Edad</b>	Escribir en años				
	<b>3. Residencia</b>	Urbana		Rural		

**Anexo N.º2.** Autorización para la aplicación del instrumento de recolección de datos en el Centro de Salud Totoras perteneciente al Seguro Social Campesino

F

FRANCISCO JAVIER GUERRERO MERA

Para: MARÍA PAZ MORENO IDROVO

Jue 10/04/2025 11:35

En atención a su requerimiento, se autoriza proceder con la actividad solicitada



Abg. Francisco Guerrero Mera  
**RESPONSABLE DE LA UPSSC-CHIMBORAZO**  
**SEGURO SOCIAL CAMPESINO CHIMBORAZO**  
IESS - Piobamba

✉ francisco.guerrero@iess.gob.ec  
☎ 03 296 3883 ext 2062 📠 098 845 1524

...

### Anexo N.º3. Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### INFORMACIÓN PARA EL REPRESENTANTE DEL PARTICIPANTE

**Título de la investigación:** Educación en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente

**Nombre del investigador:** María Paz Moreno Idrovo

**Nombre del Patrocinador:** Universidad Nacional de Chimborazo

**Nombre de la institución que realiza la investigación:** Universidad Nacional de Chimborazo

**Evaluado y aprobado por:** Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Nacional de Chimborazo CEISH-UNACH

**Datos de localización del investigado:** Teléfono: 0979388674 / correo: paz.moreno@unach.edu.ec

<p><b>Introducción</b></p> <p>La salud oral es un componente integral del bienestar general, sin embargo, la desinformación, las barreras socioeconómicas y la falta de acceso a la atención médica y odontológica que se presentan en las áreas rurales, a menudo contribuyen a la aparición de patologías orales, haciendo pertinente las actividades de promoción de la salud en los habitantes. La educación en salud bucal ha sido identificada como una estrategia efectiva para mejorar los hábitos de higiene oral y reducir la prevalencia de enfermedades dentales. No obstante, su influencia en el desarrollo de actitudes positivas hacia la higiene bucal entre la población rural adolescente de la provincia de Chimborazo no ha sido ampliamente estudiada; por tanto, el objetivo de este estudio es desarrollar una intervención educativa en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente asistente Puesto de Salud Totoras, perteneciente a la parroquia Achupallas en el cantón Alausí de la provincia de Chimborazo.</p>
<p><b>Propósito del estudio</b></p> <p>Desarrollar una intervención educativa en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente del Puesto de Salud Totoras, perteneciente a la parroquia Achupallas en el cantón Alausí de la provincia de Chimborazo, entre abril y junio del 2025.</p>
<p><b>Procedimientos</b></p> <p>La encuesta que se aplicará es titulada <i>“Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud Oral en Adolescentes de 12 y 15 años”</i>, la cual ha sido validada por expertos. Este instrumento tiene como objetivo recopilar información relevante para la investigación y está estructurado en cuatro secciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sección 1:</b> Consta de 11 preguntas diseñadas para evaluar el conocimiento general sobre salud oral.</li> </ol>

2. **Sección 2:** Comprende 5 preguntas que abordan las actitudes del participante relacionadas con la higiene oral.
3. **Sección 3:** Contiene 7 preguntas que indagan sobre las prácticas actuales de salud oral que realiza el participante.
4. **Sección 4:** Se incluyen preguntas sobre datos personales, con el fin de obtener información demográfica básica de los participantes.

Esta encuesta será aplicada antes y después de una intervención educativa sobre salud oral, la cual tiene como propósito mejorar el conocimiento y las prácticas de higiene oral entre los adolescentes participantes.

#### **Riesgos y beneficios**

El estudio de Educación en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente no involucra procedimientos invasivos, tratamientos médicos o riesgos psicológicos. Los riesgos identificados son mínimos, tales como incomodidad leve o estrés emocional relacionado con la participación, los cuales pueden ser mitigados mediante un diseño cuidadoso y la implementación de medidas de protección adecuadas.

##### **Beneficios:**

1. Mejora de la salud bucal y de la salud en general
2. Acceso a recursos educativos
3. Aumento de la conciencia sobre la salud oral
4. Adquirir rutinas saludables para mantener una buena salud oral
5. Mejor calidad de vida
6. Participación en un programa preventivo

#### **Costos y compensaciones**

Al autorizar la participación del menor de edad en el estudio no habrá ninguna compensación económica y no será necesario cubrir algún costo.

#### **Confidencialidad de los datos**

La encuesta será completamente anónima, lo que significa que no se recopilará ninguna información personal identificable de los participantes. No se solicitarán datos como nombres, direcciones ni ninguna otra información que permita identificar a los participantes

#### **Resultados esperados**

Adopción de hábitos de higiene bucal

#### **Derechos y opciones del participante**

**Derecho a la Confidencialidad:** Todos los datos proporcionados serán tratados con estricta confidencialidad. Ningún dato personal identificable será divulgado sin su consentimiento explícito.

**Derecho a la Información:** Usted tiene derecho a recibir toda la información necesaria sobre la investigación y el procedimiento en cualquier momento. Si tiene preguntas o inquietudes antes, durante o después de la participación, puede ponerse en contacto con el investigador.

**Derecho a la Participación Voluntaria:** Su participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Puede elegir no responder a algunas preguntas o retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte su relación con los investigadores o la institución.

**Opción de No Participar:** Usted tiene la opción de no participar en la encuesta. Si decide no participar, esto no tendrá consecuencias negativas ni afectará su atención médica, educativa o cualquier otro servicio que reciba.

**Opción de Modificar Respuestas:** Usted puede modificar o actualizar sus respuestas antes de finalizar la encuesta. Si lo desea, puede solicitar la eliminación de su participación en cualquier momento.

**Asistencia en Caso de Inquietudes:** Si en cualquier momento considera que sus derechos como participante no están siendo respetados, o si tiene alguna pregunta acerca del estudio, puede comunicarse con el investigador principal o con la autoridad ética responsable de supervisar el estudio.

<b>DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprendo la participación de mi hijo o representado legal en el este estudio titulado: Educación en salud oral para la adopción de hábitos de higiene bucal en población rural adolescente</li> <li>▪ He leído el documento de consentimiento y he comprendido los riesgos y beneficios de la participación de mi hijo o representado. Los investigadores del Proyecto, me han explicado cómo y dónde se procesarán los datos obtenidos en la encuesta, me han respondido a todas las preguntas.</li> <li>▪ Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de autorizar la participación de mi hijo o representado. Acepto voluntariamente su participación en esta investigación, autorizo que los datos obtenidos con el análisis de la muestra fecal sean publicados como parte de artículos científicos, trabajos presentados en congresos o en cualquier evento científico a nivel nacional o internacional.</li> <li>▪ Además, conozco que tengo derecho a retirar a mi hijo o representado de la investigación en cualquier momento, sin que esto afecte la atención de salud a la que tiene derecho y no renuncio a ninguno de los derechos que por ley le corresponde.</li> <li>▪ Como resguardo de la participación de mi hijo o representado, recibiré una copia de este documento una vez suscrito por las partes.</li> </ul>			
Nombres y apellidos del participante	Firma	Huella digital	Fecha
Nombres y apellidos del representante	Firma	Huella digital	Fecha
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>			
Investigador			
Firma			
Observaciones:			
<b>Información de contacto</b>			
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0979388674 que pertenece al principal del Proyecto: <i>María Paz Moreno Idrovo</i> ; o envíe un correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: <a href="mailto:paz.moreno@unach.edu.ec">paz.moreno@unach.edu.ec</a>			
Para cualquier información puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la UNACH, que aprobó el estudio: al correo electrónico: <a href="mailto:ceish-unach@unach.edu.ec">ceish-unach@unach.edu.ec</a>			

<b>DECLARATORIA DE REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comprendo la participación de mi hijo o representado en el este estudio titulado:</li> <li>▪ Es espontánea y aunque haya aceptado previamente su participación en la investigación, revoco mi autorización, lo cual implica que los datos obtenidos de los análisis realizados, sean eliminados y no se utilicen para ningún fin.</li> <li>▪ Sin que el retiro de la investigación, cause ninguna penalidad y ni tenga impacto alguno en la atención en salud por la ley le corresponde a mi hijo o representado</li> </ul>			
Nombres y apellidos del participante	Firma	Huella digital	Fecha
Nombres y apellidos del representante	Firma	Huella digital	Fecha
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>			
Investigador			
Firma			
Observaciones:			

## Anexo N.º4. Asentimiento Informado

## ANEXO EO/EI-5. FORMULARIO DECLARACIÓN DE ASENTIMIENTO INFORMADO

**Información para el menor:****Título de la Investigación:****Patrocinador del investigador:****Nombre del investigador principal:****Datos de localización del investigador principal:****Objetivo del estudio y procedimientos****Acepto que:**

He leído el documento de consentimiento informado y he comprendido los riesgos y beneficios de participar. Los investigadores del Proyecto, me han explicado cómo y dónde se procesará mi muestra biológica, me han respondido a todas las preguntas.

Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de formar parte del proyecto. Acepto voluntariamente participar en esta investigación, autorizo que los datos obtenidos con el análisis de mi muestra biológica sean publicados como parte de documentos científicos, trabajos presentados en congresos o en cualquier evento académico a nivel nacional o internacional.

Además, conozco que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que esto afecte la atención de salud a la que tengo derecho y no renuncio a ninguno de los derechos que por ley me corresponde. Como resguardo de mi participación, recibiré una copia de este documento una vez suscrito por las partes.

Si aceptas participar, por favor pon una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna **(x)**, ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Huella digital

**Investigador que obtiene el asentimiento informado**

Datos del Investigador 1  Datos del Investigador 2  Datos del Investigador 3

Datos del Investigador 4  Datos del Investigador 5  Datos del Investigador 6

Firma del investigador:

Fecha:

Observaciones:

### DECLARACIÓN DE REVOCATORIA DEL ASENTIMIENTO INFORMADO

**Comprendo que mi participación en el este estudio titulado:** \_\_\_\_\_ Escribir título \_\_\_\_\_ es espontánea y aunque haya aceptado previamente mi participación en la investigación, revoco mi autorización, lo cual implica que la muestra biológica y los datos obtenidos de los análisis realizados, serán eliminados y no se utilizarán para ningún fin.

Sin que el retiro de la investigación cause ninguna penalidad, ni tenga impacto alguno en la atención en salud por la ley me corresponde.

Si te quieres retirar del estudio, pon un **(x)**, y escribe tu nombre.

Me quiero retirar de la investigación



Nombre: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Huella digital

Investigador que obtiene la revocatoria del asentimiento informado

Datos del Investigador 1  Datos del Investigador 2  Datos del Investigador 3

Datos del Investigador 4  Datos del Investigador 5  Datos del Investigador 6

Firma del investigador:

Fecha:

Observaciones:

## Anexo N.º5. Diapositivas diseñadas y utilizadas en la intervención educativa.



### IMPORTANCIA DEL CUIDADO DENTAL

La higiene oral no solo afecta la salud de nuestros dientes y encías, sino que también tiene un impacto directo en nuestra salud general, autoestima y bienestar. Los buenos hábitos de higiene oral desde una edad temprana ayudan a prevenir problemas como caries, enfermedades en las encías y mal aliento.



### ENFERMEDADES ORALES COMUNES

#### Caries dental:

- Causada por bacterias que destruyen el esmalte dental.
- Síntomas: Dolor y sensibilidad dental.

#### Enfermedad de las encías (gingivitis):

- Inflamación por acumulación de placa.
- Síntomas: Encías rojas, hinchadas y sangrantes

#### Mal aliento (halitosis):

- Puede ser causado por bacterias o infecciones bucales.
- Síntomas: Olor persistente en la boca.

#### Sensibilidad dental:

- Dolor al comer alimentos fríos o calientes.
- Causada por el desgaste del esmalte.

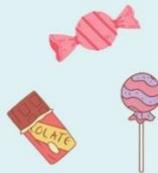


## ¿QUÉ CAUSA LAS CARIES Y ENFERMEDADES ORALES?



### Principales causas:

- Exceso de azúcar: Alimenta las bacterias que causan caries.
- Mala higiene oral: No cepillarse o usar hilo dental permite la acumulación de placa.
- Alimentos ácidos y pegajosos: Aumentan el riesgo de caries.
- No acudir al dentista: Los problemas no se detectan a tiempo.
- Fumar o usar tabaco: Causa enfermedades de las encías y manchas.



## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CUIDAR TUS DIENTES TODOS LOS DÍAS?



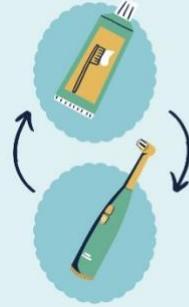
1. Previene caries y enfermedades.
2. Mantiene una sonrisa saludable y atractiva.
3. Evita problemas dentales graves a largo plazo como perder los dientes.
4. Mejora el aliento.
5. Ahorra dinero en tratamientos dentales costosos.
6. Es mejor tener todos tus dientes naturales que reemplazarlos con prótesis dentales.

## TÉCNICAS DE HIGIENE ORAL



## MANERA CORRECTA DE CEPILLARSE LOS DIENTES

- Colocar una pequeña cantidad de pasta dental.
- Cepillar de arriba hacia abajo para los dientes superiores, y de abajo hacia arriba para los dientes inferiores.
- Cepillar con movimientos suaves, evitando el desgaste del esmalte dental.
- Cepillar las encías y la lengua.



### Tiempo de cepillado y frecuencia

Es importante que te cepilles los dientes 3 veces al día, después del desayuno, después del almuerzo y antes de irte a dormir. Recuerda que el cepillado dental debe durar aproximadamente 3 minutos.



## ¿QUÉ DEBO USAR PARA CEPILLARME LOS DIENTES?

### Cepillo de dientes:

- Cerdas suaves y tamaño adecuado para tu boca.

### Pasta dental con flúor:

- Protege contra caries y fortalece el esmalte.
- Aplica una pequeña cantidad, aproximadamente del tamaño de un guisante.



## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE USAR HILO DENTAL?

1. Elimina la placa entre los dientes: El hilo dental llega a áreas donde el cepillo no puede, ayudando a eliminar restos de comida y placa.
2. Previene caries y enfermedades en las encías
3. Mejora el aliento: El uso regular de hilo dental elimina partículas de comida atrapadas entre los dientes que causan mal aliento.
4. Es fácil de usar: Solo necesitas un poco de hilo dental, 15-20 cm son suficientes para limpiar entre los dientes de manera eficaz.



### Consejo clave:

Usa hilo dental al menos una vez al día, preferiblemente antes de dormir, para mantener tus dientes y encías saludables.



## ¿POR QUÉ USAR ENJUAGUE BUCAL?

1. **Elimina bacterias:** Ayuda a eliminar bacterias que pueden causar mal aliento y problemas en las encías.
2. **Refresca el aliento:**
3. **Ayuda a prevenir caries:** Algunos enjuagues contienen flúor, lo que refuerza el esmalte dental y reduce el riesgo de caries.
4. **Reduce la placa y la gingivitis:** Con el uso regular, el enjuague bucal ayuda a reducir la placa bacteriana y previene enfermedades de las encías.



**Consejo clave:**  
Usa enjuague bucal como complemento al cepillado y el hilo dental, pero no lo sustituyas. Realiza el enjuague por 30 segundos después de cepillarte.

## ALIMENTACIÓN SALUDABLE PARA UNA BUENA SALUD ORAL



## ¿CÓMO AFECTA LA ALIMENTACIÓN A TUS DIENTES?

1. **Alimentos ricos en calcio y vitaminas:** La leche, el queso y los vegetales de hojas verdes ayudan a fortalecer los dientes y las encías.
2. **Comer alimentos crujientes:** Frutas y verduras crujientes como manzanas, zanahorias y apio ayudan a limpiar los dientes de manera natural y estimulan la producción de saliva, que protege contra las caries.



**Consejo clave:**  
Mantén una dieta equilibrada rica en nutrientes y evita el consumo excesivo de azúcar para cuidar tu salud dental.

## ¿QUÉ DEBO EVITAR PARA CUIDAR MIS DIENTES?



**Evitar alimentos azucarados:** El consumo excesivo de dulces, refrescos y golosinas aumenta el riesgo de caries, ya que las bacterias en la boca se alimentan de azúcar.

**Beber agua en lugar de refrescos:** El agua ayuda a mantener la boca hidratada, elimina los restos de comida y promueve una sonrisa saludable.

## ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE VISITAR AL ODONTÓLOGO REGULARMENTE?

1

- Detección temprana de problemas antes de que empeoren.
- Prevención: Limpiezas profesionales y aplicación de flúor que evitan caries y gingivitis.



2

- Asesoramiento personalizado: Consejos sobre hábitos de higiene y productos adecuados.
- Tratamientos a tiempo: Evita dolores, infecciones y pérdida de dientes.



Es importante acudir al odontólogo cada 6 meses aun que no tengas dolor de ninguna pieza dental

## MITOS SOBRE HIGIENE ORAL



- "Solo es importante cepillarse los dientes cuando tengo dolor."  
→ ¡El dolor puede ser una señal de que algo ya está mal! Es mejor prevenir.
- "El azúcar solo afecta a los niños pequeños."  
→ El azúcar afecta a todos, sin importar la edad, y puede causar caries.
- "El hilo dental no es necesario si me cepillo bien los dientes."  
→ El hilo dental llega a lugares donde el cepillo no puede llegar.
- "No importa si pierdo mis piezas dentales"  
→ Mantener nuestras piezas dentales en boca es muy importante por estética y función.

**Anexo N.º6.** Intervención educativa realizada en la sala de espera del Centro de Salud Totoras.

