



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**REDES SOCIALES COMO COMPLEMENTO DEL APRENDIZAJE
EN PROGRAMAS PREVENTIVOS - PROMOCIONALES DE SALUD
BUCAL EN ADOLESCENTES I.E 7101 AMÉRICA, SAN JUAN DE
MIRAFLORES 2017 – 2018**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: ROMERO CRUZ, THIANY MILUSCA

ASESOR: Mg. TRUCÍOS SALDARRIAGA, KARINA M.

LIMA – PERÚ

2018



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**“REDES SOCIALES COMO COMPLEMENTO DEL
APRENDIZAJE EN PROGRAMAS PREVENTIVOS -
PROMOCIONALES DE SALUD BUCAL EN
ADOLESCENTES I.E 7101 AMÉRICA, SAN JUAN DE
MIRAFLORES 2017- 2018”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: ROMERO CRUZ, THIANY MILUSCA

LIMA – PERÚ

2018

A mi familia (abuelos, tíos, primos, etc.), por apoyarme incondicionalmente; A mi madre Lilia Zavaleta; por haberme apoyado en todo momento, y sobre todo por su paciencia y amor incondicional.

A mi mamá Flor, Lucy Bautista, tía Magalin; mujeres que me brindaron una excelente educación y sobre todo ejemplo de vida. A Carlos Romero, por haberme brindado su amor y apoyo incondicional.

A mi padre Gilberto Zavaleta Alvares, gracias por el amor y paciencia durante muchos años, te prometí culminar, continuar con mis metas, gracias por ser el padre, abuelo y amigo que la vida me dio, sin tu apoyo y crianza no hubiera logrado ser la mujer que soy y poder culminar la primera meta profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor la Mg. Karina M. Trucíos Saldarriaga, por su gran apoyo, su tiempo y así poder lograr el desarrollo de dicha investigación.

A cada uno de los docentes que formaron parte del proceso de evaluación de esta tesis, desde que fue presentada como proyecto hasta la culminación de la misma, por sus importantes aportes para enriquecer la presente investigación.

RESUMEN

La presente investigación buscar determinar la influencia del uso de las redes sociales frente a los Programas Preventivo – Promocionales de salud bucal en adolescentes de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores, Lima 2017- 2018 la muestra estuvo constituida por 124 adolescentes divididos en dos grupos: uno control, y otro experimental. El diseño de la investigación es descriptivo y longitudinal.

Se realizaron dos tipos de evaluación una inicial y final tanto al grupo control como experimental utilizando una ficha clínica y encuesta (previamente validada); la primera para registrar los datos de IHOS, CPOD, clasificación de Angle; y la encuesta para evaluar cuanto conocen sobre salud bucal y el uso de las redes sociales. En el análisis de información se utilizó la estadística descriptiva y no paramétrica: frecuencias, pruebas de normalidad, prueba de U Mann Whitney, Wilcoxon, según correspondiera. Los resultados generales mostraron que el grupo con aplicación del programa a través de las redes sociales (Facebook y WhatsApp) obtuvo un puntaje más alto de evaluaciones con comparación al grupo control el cual no recibió ningún tipo de aprendizaje cuya mayoría disminuyó y empeoró sus índices iniciales. Concluyendo que existe una influencia de las redes sociales como complemento del aprendizaje en Programas Preventivos Promocionales.

Palabras clave: Redes sociales, promoción y prevención en salud bucal, complemento del aprendizaje, adolescentes.

ABSTRAC

The present research seeks to determine the influence of the use of social networks against the Preventive - Promotional Programs in adolescents of the Educational Institution 7101 America. San Juan de Miraflores, Lima 2017- 2018 the sample consisted of 124 students divided into two groups: one control, and another experimental. The research design is descriptive and longitudinal.

Two types of initial and final evaluation were carried out both in the control and experimental groups using a clinical record and a survey (previously validated); the first to record the data of IHOS, CDOD, Angle classification; and the survey to assess how much they know about oral health and the use of social networks. In the analysis of information, descriptive and non-parametric statistics were used: frequencies, normality tests, U Mann Whitney test, Wilcoxon, as appropriate. The general results showed that the group with application of the program through social networks (Facebook and WhatsApp) obtained a higher score of evaluations compared to the control group which did not receive any type of learning whose majority decreased and worsened its initial rates. Concluding that there is an influence of social networks as a complement to learning in Promotional Preventive Programs.

Key words: Social networks, promotion and prevention in oral health, complement of learning, adolescents.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

1.1	Descripción de la realidad problemática	25
1.2	Formulación del problema	28
1.2.1	Problema principal	28
1.2.2	Problemas secundarios	28
1.3	Objetivos de la investigación	29
1.3.1	Objetivo general	29
1.3.2	Objetivos específicos	29
1.4	Justificación de la investigación	30
1.4.1	Importancia de la investigación	31
1.4.2	Viabilidad de la investigación	33

1.5	Limitaciones del estudio	34
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO		35
2.1	Antecedentes de la investigación	35
2.1.1	Antecedentes internacionales	35
2.1.2	Antecedentes nacionales	37
2.2	Bases teóricas	38
2.2.1	Aprendizaje	38
2.2.2	Aprendizaje por percepción	39
2.2.3	Aprendizaje por descubrimiento	39
2.2.4	Aprendizaje repetitivo	39
2.2.5	Aprendizaje significativo	40
2.2.6	Conocimiento en salud bucal	40
2.2.2	Promoción de la salud	41
2.2.3	Prevención de la salud	41
2.2.3.1	Prevención primaria	42
2.2.3.2	Prevención secundaria	42
2.2.3.3	Prevención terciaria	42
2.2.4	Salud Bucal	42
2.2.4.1	Salud Bucal en el Perú	43
2.2.5	Higiene Bucal	44

2.2.5.1 Placa Bacteriana	45
2.2.5.1.1 Placa Bacteriana Blanda	45
2.2.5.1.2 Placa Bacteriana calcificada	45
2.2.5.1.3 Control de la Placa Bacteriana	46
2.2.5.1.4 Índice de IHOS	47
2.2.6 Caries Dental	48
2.2.6.1 Clasificación de la Caries Dental	49
2.2.6.2 Índice de CPOD	49
2.2.7 Enfermedad Periodontal	50
2.2.7.1 Gingivitis	50
2.2.7.2 Periodontitis	51
2.2.8 Oclusión	51
2.2.8.1 Clasificación de Angle	52
2.2.8.2 Maloclusión	54
2.2.8.3 Maloclusión en adolescentes	55
2.2.9 Redes sociales	55
2.2.9.1 Ventajas de las redes sociales	56
2.2.9.2 Facebook para adolescentes	57
2.2.9.3 WhatsApp en adolescentes	58
2.3 Definición de términos básicos	58

2.3.1 Aprendizaje	58
2.3.2 Promoción	59
2.3.3 Prevención	59
2.3.4 Educación en salud	59
2.3.5 Salud bucal	59
2.3.6 Higiene Bucal	60
2.3.7 Gingivitis	60
2.3.8 Enfermedad Periodontal	60
2.3.9 Caries Dental	60
2.3.10 Ortodoncia	61
2.3.11 Redes Sociales	61
2.3.12 Salud en Adolescentes	61
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION	63
3.1 Formulación de hipótesis principal y secundarias	63
3.1.1 Hipótesis principal	63
3.1.2 Hipótesis secundarias	63
3.2 Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional	64
3.2.1 Variable	64
3.2.2 Definición conceptual	64
3.2.3 Operacionalización de variables	65

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	66
4.1 Diseño metodológico	66
4.1.1 Tipo de investigación	67
4.2 Diseño muestral	68
4.2.1 Población	68
4.2.2 Muestra	68
4.2.3 Criterios de inclusión	68
4.2.4 Criterios de exclusión	68
4.3 Técnicas de recolección de datos	69
4.3.1 Técnica	69
4.3.2 Instrumento	69
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	69
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	72
4.6 Aspectos éticos	73
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	74
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.	74
5.2 Análisis inferencial, prueba estadística paramétrica, no paramétrica, de correlación, de regresión u otras.	95
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticamente empleadas	110

5.3.1 Hipótesis Principal	110
5.3.2 Hipótesis Secundarias	110
5.4 Discusión	119
CONCLUSIONES	132
RECOMENDACIONES	134
FUENTES DE INFORMACIÓN	136
ANEXOS	144
Anexo N° 02: Constancia del Desarrollo de la Investigación	146
Anexo N° 03: Consentimiento Informado	147
Anexo N° 04: Asentimiento Informado	149
Anexo N° 05: Instrumento de Recolección de Datos	150
Anexo N° 06: Instrumento de Recolección de Datos - Encuesta	152
Anexo N° 07: Programa de Salud Bucal	162
Anexo N° 08: Matriz de Consistencia	186
Anexo N° 09: Fotografías	188

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01:	74
Conocimiento antes y después de la aplicación del programa en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 02:	76
Higiene bucal grupo inicial en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 03:	78
IHO final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 04:	80
Tabla cruzada IHO final con redes sociales en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 05:	82
Condición de caries dental inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	

Tabla N° 06:	84
Tratamiento de caries (obturación) inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 07:	86
Piezas perdidas inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 08:	88
Tabla de uso de redes sociales según el CPO final en el grupo experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 09:	90
Relación molar derecha inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 10:	92
Relación molar izquierda inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	

Tabla N° 11	94
Distribución de género y edad de los adolescentes examinados de la I.E 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima. 2017 – 2018.	
Tabla N° 12:	95
Relación entre el conocimiento antes y después de la aplicación del programa en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 13:	98
Diferencia del IHO inicial, grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 14:	99
Diferencia del IHO final, grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 15:	101
Diferencia de piezas cariadas, grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	

Tabla N° 16:	103
Comparación de piezas obturadas inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 17:	105
Comparación de piezas perdidas inicial y final, en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 18:	107
Comparación de la relación molar derecha del grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 19:	109
Comparación de la relación molar izquierda del grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 20:	111
Relación de complemento de aprendizaje con respecto al índice de higiene oral IHO final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	

Tabla N° 21:	112
Relación del complemento de aprendizaje con respecto al índice de higiene oral IHO final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 22:	113
Desarrollo de caries dental en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 23:	114
Desarrollo de caries dental en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 24:	115
Tratamiento de caries dental en el experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Tabla N° 25:	116
Tratamiento de caries en el grupo experimental en los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	

Tabla N° 26: **117**

Relación molar derecha en el grupo experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

Tabla N° 27: **118**

Relación molar izquierda en el grupo experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01:	75
Conocimiento antes y después de la aplicación del programa en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 02:	77
Higiene bucal grupo inicial en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 03:	79
IHO final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 04:	81
Tabla cruzada IHO final con redes sociales en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 05:	83
Condición de caries dental inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	

Gráfico N° 06:	85
Tratamiento de caries (obturación) inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 07:	87
Piezas perdidas inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 08:	89
Tabla de uso de redes sociales según el CPO final en el grupo experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 09:	91
Relación molar derecha inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 10:	93
Relación molar izquierda inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	

Gráfico N° 11	94
Distribución de género y edad de los adolescentes examinados de la I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 12:	96
Relación entre el conocimiento inicial, grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 13:	97
Relación entre el conocimiento final, grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 14:	98
Diferencia del IHO inicial, grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 15:	100
Diferencia del IHO final, grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	
Gráfico N° 16:	102
Diferencia de piezas cariadas, grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.	

Gráfico N° 17: 104

Comparación de piezas obturadas inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

Gráfico N° 18: 106

Comparación de piezas perdidas inicial y final, en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

Gráfico N° 19: 108

Comparación de la relación molar derecha del grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

Gráfico N° 20: 109

Comparación de la relación molar izquierda del grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

INTRODUCCIÓN

Al hablar de complemento de aprendizaje en un estudiante de manera general este tiene un carácter individual y endógeno. Más aún si abordamos el tema de salud bucal sabemos que es mucho más que solo dientes pues está conformado por múltiples tejidos; y en ellos pueden aparecer una infinidad de patologías bucales. Del mismo modo es evidente que las personas que contribuyen con este aprendizaje son los padres, docentes y el personal de salud. Nosotros los odontólogos somos los más idóneos y responsables de diagnosticar, pero a la vez somos los que debemos difundir la prevención y promoción de salud bucal ya que transmitiendo el conocimiento necesario generaremos hábitos adecuados y así prevenir el desarrollo de dichas patologías.

Teniendo esta problemática nos surge la pregunta de cómo implementar nuevos métodos de aprendizaje para así una mejora en el nivel de adquisición de conocimiento ya sea de salud bucal o de otras áreas, el uso del ambiente virtual en pleno siglo veintiuno es una constante real, ya que estas nuevas tendencias se vienen implementando en otras áreas académicas, como son la educación en general y la psicología si usamos estas herramientas modernas a nuestro beneficio podemos generar nuevo conocimiento y causar un efecto cognitivo aceptable ya que esto implica, aplicar lo aprendido en la teoría al día a día y si es posible instaurar nuevos hábitos.

En la actualidad tenemos una gran demanda de la plataforma Web 2.0, la cual podemos usar como estrategia de enseñanza agenciándonos de las redes

sociales más usadas como son Facebook y WhatsApp, cumpliendo un rol muy importante como organizadores y mediadores en el aumento del conocimiento de la salud bucal.

Del mismo modo somos conscientes que la salud bucal en el Perú es deficiente, nos basamos en los en el estudio realizado por la Dirección General de Salud (DIGESA) nos indicó que en el año 2002 el sector rural presento una incidencia de caries en un 90,4% siendo así el más elevado de la Latino América.

Tomando conciencia que una mala salud bucal conlleva a consecuencias poco favorables tanto en el bienestar físico y psicosocial espacialmente para el adolescente el cual es muy importante; sin embargo, existe una clara evidencia que podemos combatir con simple métodos, tales como una correcta técnica de cepillado dental, utilizando los utensilios de Higiene Bucal

Sin embargo, para lograr la correcta salud bucal es indispensable el conocimiento de la misma, así que la utilización de estrategias adecuadas de aprendizaje es muy importante por tal motivo se implementa el Programa Preventivo - Promocional de Salud Bucal con complemento de aprendizaje a través de las redes sociales para así poder difundir un correcto conocimiento de salud bucal en los adolescentes así generar nuevos hábitos y una adecuada conducta ante la prevención de futuras patologías bucales.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos indica que, en el año 2013, toma como definición que salud bucal es “un estado libre de dolor crónico bucal y facial”, también debe encontrarse libre de enfermedad periodontal, caries dental, además de diversos trastornos que afectan a la cavidad oral.¹ La OMS nos menciona: que las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías (gingivitis, periodontitis).^{1, 2, 3}

La teoría nos indica que ambas enfermedades llegan a establecerse a una temprana edad, siendo la adolescencia el inicio de estas; nuestra obligación como odontólogo general es intervenir en esta etapa, donde podemos evitar que se instaure la enfermedad o en su defecto detener su nocividad.²

La enfermedad periodontal es catalogada como crónica, afectando así al tejido dentario (encía, hueso y ligamento periodontal). Dicho proceso inflamatorio es de etiología infecciosa y pueden localizarse no solo en el tejido de revestimiento del diente (encía libre y encía adherida), como en el caso de la gingivitis, o extenderse en profundidad a los tejidos de soporte dentario (hueso alveolar, ligamento periodontal) causando una pérdida de tejido conectivo y del hueso alveolar, lo que puede eventualmente dar lugar a la pérdida del diente.³

De esta forma la Dirección General de Epidemiología MINSA la cual indica que, en el año 2002, el sector rural presento un 90.4% de incidencia de caries dental siendo un valor muy elevado para los países de América Latina.^{4, 5} De esta forma nos lleva

a la conclusión que es la enfermedad que más afecta la cavidad bucal la cual ocupa el segundo lugar en la consulta privada en nuestro país. ⁵

Existen estudios a nivel nacional e internacional asociados a escolares de bajo nivel socioeconómico y prevalencia de caries dental, así como mala higiene bucal; también se encuentra una frecuencia más alta de hábitos inadecuados tanto en higiene bucal, dieta y cuidados preventivos en edad escolar. Del mismo modo se establecen programas preventivos; el cual brinda el conocimiento de salud bucal y así mejora el aprendizaje y posterior el desarrollo de hábitos adecuados de higiene, disminución de niveles de caries dental y una salud gingival estable. ^{6,7}

El fenómeno de las redes sociales ha ocasionado un profundo impacto en la sociedad principalmente en la nueva generación (adolescentes), la comunicación hoy en día se genera de forma virtual a través de chat, video llamadas, mensajes, etc. El adolescente tiene un proceso de socialización enfocado a la era digital, dicho proceso va acompañado de su desarrollo emocional y sus cambios estético por su mismo proceso de desarrollo. ^{8,9}

Estudios recientes señalan que el 53% de los jóvenes utilizan Facebook tanto para subir fotos, cambiar su foto de perfil, comentar o sencillamente revisar el perfil de un amigo. ⁹. Del mismo modo la era tecnológica se ha convertido en una potencial fuente de información en el área de salud, pues son muchos los formatos de internet que comparten conocimiento (páginas web, blog y redes sociales) es una nueva forma de usar la red llamada web 2.0 (web social) la cual es una plataforma usada de forma cotidiana por los adolescentes. ⁸

También cada vez son más los profesionales sanitarios que empiezan a ver esta nueva modalidad como una herramienta marketing, de la misma forma para la mejora de nuestra formación, investigación o la asistencia que ofrecemos al paciente ya que resolvemos sus dudas en tiempo real.⁹ Por este modo las redes sociales nacen con la finalidad de reunir personas, conocidas y desconocidas, que interactúan entre sí, esto se retroalimenta constantemente; esto es posible gracias a la implementación de la plataforma Web 2.0.¹⁰

Llegando a la conclusión que la influencia de la tecnología y las redes sociales en los adolescentes es palpable, de ese modo podemos valorar el nivel de impacto que puede llegar a tener el mismo tanto en su vida personal, educación y comportamiento, ya que la adolescencia es un periodo de preparación la cual influye al desarrollo de la independencia social, sin embargo, no existe antecedente alguno claro en nuestro medio que especifique la influencia del uso de redes sociales en los programas preventivos promocionales específicamente en los adolescentes.^{11,35}

Estos resultados podrán ser comparados con estudios similares tanto a nivel internacional como nacional. Gracias al diagnóstico de salud bucal que se realizara, los resultados también podrán ser utilizados para determinar la influencia sobre el nivel de conocimiento. Además, transmitir esta información y así se pueda mejorar los hábitos y esto permita control de la enfermedad, mejorando así la calidad de vida de la población estudiada.^{1, 9} Por este motivo la problemática que presenta la población a estudiar, se plantea la necesidad de desarrollar esta investigación.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es la influencia del uso de redes sociales como complemento de aprendizaje en programas preventivos promocionales, de salud bucal en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018?

1.2.2 Problemas secundarios

- ¿Cuál es la influencia del uso de redes sociales frente a la disminución del índice de IHOS, en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018?
- ¿Cuál es la influencia del uso de redes sociales frente al nivel de aprendizaje del desarrollo de la caries dental, en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018?
- ¿Cuál es la influencia del uso de redes sociales frente al nivel de aprendizaje en el tratamiento de caries, en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018?
- ¿Cuál es la influencia del uso de redes sociales frente al nivel de aprendizaje de pérdida de piezas dentales, en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018?
- ¿Cuál es la influencia del uso de redes sociales frente al nivel de aprendizaje del tratamiento de ortodoncia (relación molar según Angle), en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la influencia del uso de redes sociales como complemento de aprendizaje en programas preventivos promocionales, de salud bucal en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la influencia del uso de redes sociales frente al nivel de aprendizaje en el índice de IHOS en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018.
- Determinar el desarrollar un nivel de aprendizaje en el desarrollo de caries dental en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018.
- Determinar si influye el uso de redes sociales en el nivel de aprendizaje en el tratamiento de caries dental en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018.
- Determinar si influye el uso de las redes sociales en el nivel de aprendizaje con la pérdida de piezas dentarias, en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018.
- Determinar si influye el uso de redes sociales en el nivel de aprendizaje del tratamiento de ortodoncia (relación molar según Angle) en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 - 2018.

1.4 Justificación de la investigación

Existen estudios epidemiológicos realizados en Perú, la gran mayoría nos presenta desarrollo de programas preventivos en el área de prevención y control de enfermedades, pero de forma abundante en la etapa infantil, pero son pocos los que son enfocados a adolescentes y más aún a la educación en salud bucal de los mismo. La Dirección General de Salud (DIGESA), formulo un plan preventivo enfocado a la fluorización del agua, pero realizaron las pruebas o primero controles, pero hasta el día de hoy no obtenemos ningún resultado, y pues en un estudio realizado en Latino América el Perú presento un 90% de incidencia de caries dental, siendo una enfermedad muy prevalente y la más consultada en consultoría privada.

También sabemos que los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela y servicios de salud pública y/o privada para adquirir toda una serie de habilidades importantes que le puedan ayudar hacer frente a la transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta, de tal modo que la adquisición del proceso de enseñanza del aprendizaje no solo puede limitarse al conocimiento, debe actuar más sobre los sentimientos y las reacciones emocionales del adolescente. Esté necesita un modelo educativo alejado del modelo escolar formal y que responda A sus necesidades de socialización e identificación personal, los métodos colectivos de aprendizaje se desarrollan de acuerdo a objetivos particulares así se aprovecha las ventajas de diferentes métodos o técnicas educativas lo cual nos lleva que ellos sean percibidos como productores de la información, información que ha de ser compartida y perfeccionada para alcanzar la acción y el cambio.

Por todo lo expuesto con anterioridad, las nuevas perspectivas de aprendizaje han llevado a incluir los avances tecnológicos, sabemos que en los últimos años la forma de socialización entre personas a sufrido cambios importantes, ya que la inclusión de las redes sociales como proceso de socialización y aprendizaje es de forma cotidiana, pues los adolescentes de hoy se comunican de forma virtual, esta se realiza a través del chat, video llamadas y su comunicación fluida es a tiempo real, y es una constante a la cual nos debemos acoplar para así poder seguir con el avance tanto en el desarrollo personal y profesional. Está investigación llamada Redes sociales como complemento de aprendizaje frente a programas preventivos promocionales de salud bucal en adolescente de la institución educativa 7101 San Juan de Miraflores 2017 - 2018. Dicho estudio de tipo longitudinal. Fue enfocado al área preventiva promocional, brindando información en forma cotidiana referente a la promoción de salud bucal y así lograr un buen aprendizaje y una generación de hábitos orales adecuados y una conciencia de la prevención en salud bucal. Para así motivar a la utilización de las redes sociales como estrategia de aprendizaje para educarse a través de ellas.

1.4.1 Importancia de la investigación

Se sabe que para obtener un adecuado habito primero se tiene que aprender y practicar de esta forma resulta de gran importancia el conocimiento sobre Salud Bucal, pues así podremos lograr una mejor educación y un control posterior, para una prevención adecuada de la enfermedades bucodentales las cuales son perjudiciales en cualquier etapa de la vida, de manera que conocer una técnica de

cepillado, un uso de hilo dental, una frecuencia de cepillado son indispensables cuando de programas preventivos-promocionales hablamos.

De este modo la educación en Salud Bucal es un proceso que promueve cambios de conceptos y comportamiento frente a la salud bucal además refuerza conductas positivas del adolescente lo cual implica un trabajo compartido entre padres, educadores y profesionales de la salud bucal. Por tal motivo la adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta en lo cual lo social cobra un gran protagonismo; y en la actualidad contamos con las redes sociales, las cuales son usadas por los adolescentes de forma muy frecuente ya que viven en esta era evolutiva de esta manera tratamos de darles un uso adecuado a las plataformas como herramientas de difusión masiva en salud bucal, el uso de las redes sociales como Facebook y WhatsApp nos pueden ayudar en los pasos de educación en salud bucal y así poder realizar un auto monitoreo del adolescente. Por lo tanto, la presente investigación busca determinar la influencia de las redes sociales sobre el conocimiento en salud bucal posterior a la aplicación de su programa. Pues no cabe duda que al realizar este tipo de investigación contribuye a concientizar no solo a la población estudiada sino también al profesional, más adelante motivar a la Universidad Alas Peruanas para que no solo realice programas preventivos en ciclos académicos, queremos pues; que esto se agregue como proyecto en el área de prevención basados en combatir la falta de conocimiento sobre salud bucal, y así se extienda y poder crear la plataforma y mantener al adolescente y el padre en constante información y educación, para así lograr la motivación y prevención en el área de salud bucal a fin de prevenir problemas futuros.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

La realización de la investigación es viable ya que cuenta con la autorización y apoyo de la Escuela Profesional de Estomatología. La investigación se llevó a cabo con adolescentes de la institución educativa 7101 América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018, para ello se obtuvo el permiso respectivo a las autoridades competentes de la institución educativa, y luego el consentimiento informado (ver anexo 03) de los padres de familia u tutores legales, de los menores asentimientos informados (ver anexo 04). Se realizó una sesión de llenado de fichas clínica (ver anexo 05), registrando: IHOS, caries dental, CPOD, alteraciones oclusales y llenado de encuesta (ver anexo 06).

Posterior a ello se le pedirá al adolescente número de teléfono y Facebook (identidad como encontrarlo en Facebook), en ese momento se le brindará un kit de limpieza conteniendo (cepillo dental, pasta dental, hilo dental, enjuague bucal). Teniendo la información recabada se le podrá brindar la información de forma cotidiana a él y sus padres; al retorno de las actividades académicas se volverá a llenar una nueva ficha clínica (ver anexo 05) y un cuestionario validado (ver anexo 06). Por lo todo expuesto este estudio se consideró viable ya que se contó con los recursos necesarios para su desarrollo y apporto de manera positiva con el desarrollo de la investigación científica y el cual espera contribuir a manera de material didáctico, demostrativo y aportando de forma preventivo - promocional e interoceptivo con los tratamientos que se realizaron a través de la detección de caries e índices de higiene.

1.5 Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se encontraron en la ejecución de la investigación fueron:

Las limitaciones presentadas fueron de tiempo debido a que es un estudio longitudinal, alumnos que se retiraron en el periodo que se realizó el estudio y así disminuyó la población.

La programación de la segunda toma de muestra se tuvo que extender porque solo se usó los horarios de recreo para así no interrumpir sus actividades programadas.

El llenado de las fichas clínicas de los adolescentes se tuvo que realizar desde la primera hora 7:30 am - 10:30 am y en diferentes días de la semana, pues tenían actividades programadas y eventos.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Fernández L, Barrueco L, Díaz L. (2014) Este estudio de tipo descriptivo transversal, tuvo que identificar los principales factores de riesgo que favoreces la aparición de riesgo de caries, en la comunidad Bolivariana de Venezuela. Con una población de 240 adolescentes de 12-14 años se inició en enero y tubo como final en setiembre el cual dio como la prevalecía más significativa de un 83,3 por cada cien adolescentes examinados, se realizó la medida a través del índice de CPOD, se obtuvo un total de 128 se generó masculino con un 53,3% y 112 en el género femilnino46, 6%, llegando a la conclusión fue que los adolescentes de 13 años del género masculino tienen una tasa de prevalecía de 15,4 utilizando el índice de CPOD.¹²

Morató A. (2014) Se realizó un estudio observacional usando al Whatsapp como complementó de aprendizaje en la comunidad de valencia, se formaron grupos entre 10- 15 personas, la cual se motivó teniendo herramientas de trabajo en el Smartphone. Se utilizó el tema de mensajería multiplataforma para Smartphone la cual utilizaba la mensajería de texto, imágenes, audios los cuales reforzaban lo aprendido de forma didáctica y de forma instantánea, este estudio tuvo como objetivo reforzar lo prendido en clase, y practicas dando uso una plataforma virtual para que el aprendizaje sea adaptable al entorno.¹³

Velásquez M, et al (2015) Este estudio se buscó analizar el número de visitas, número de usuario en la web familia y salud el tipo de estudio fue de análisis transversal descriptivo de flujo; tuvo una duración de 3 años, los resultados obtenidos fue 3,6 millones de visitas, relación de usuario nuevo fue de 86,7%. Esto supone que más de medio millón de personas repite visitas el número de visitas más bajo fue entre semanas, y el mayor flujo se mantuvo entre las 6 pm a 11 pm.¹⁴

Celaya M, Chacón A, Chacón A, Urrutia E. (2015) Se realizó el trabajo que es enfocarlo a la comunicación y las nuevas tecnologías como el WhatsApp en la sociedad, se realizó una encuesta llegando a la conclusión que la influencia de esta plataforma virtual es constante y las habilidades comunicativas se ven afectadas por su constante uso.¹⁵

Torres L, Pérez Y, Pascual D, Noa Y. (2015) Esta investigación se realizó en Santiago de Cuba el cual tuvo como objetivos, modificación del conocimiento sobre salud oral en adolescentes de 12-14 años se aplicó un programa preventivo el cual tuvo una duración desde enero a julio la selección de muestra fue de forma aleatoria simple, 40 adolescentes se le realizó un cuestionario antes, los cuales nos dieron como resultado de 94,7% conocimiento inadecuado en dentición, 97,5% conocimiento inadecuado en índice de higiene oral, conocimiento de dieta inadecuado 97,5%, un 97,5% conocimiento inadecuado de enfermedades bucales 97,5% posterior a la aplicación del programa se le tomó el mismo cuestionario y los resultados variaron dando como resultado un 100% de conocimiento adecuado tanto de salud oral, dentición, índice conocimiento de enfermedades bucales,

llegando a la conclusión que la técnica educativa transformo de forma significativa el nivel de conocimiento de los adolescentes. ¹⁶

Lavastida M, Gispert E. (2015) Dicho estudio analizo el nivel de conocimiento básico de salud bucal en adolescentes y madres, y de prevención de riesgo de enfermedad bucal el estudio fue descriptivo analizo de corte transversal. Fueron 167 adolescentes entre 12 – 14 años se realizó un cuestionario dando como resultado de un 85,6% en adolescentes y un 91,6% en madres ambos grupos poseían un nivel de conocimiento alto, esto da como conclusión que el nivel de conocimiento de la madre influye en el adolescente.¹⁷

Serrano C, Avendaño K, Moreno P. (2017) En el presente estudio se evaluó la eficacia de un programa preventivo de higiene oral con refuerzo a través de redes sociales fueron entre 15 -24 su rango de edad un total de 38 estudiantes los cuales recibieron información personalizada acerca de higiene bucal, enfermedad periodontal entre otros a través de las redes sociales (Facebook, WhatsApp) dando como resultado un reducción significativa el programa fue eficaz en el tratamiento de gingivitis y el uso de las redes sociales fue de gran aceptación. ¹⁸

2.1.2 Antecedentes nacionales

Encinas J. (2017) el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la eficacia de un programa de salud bucal en el cual intervinieron escolares, padres y profesores. Se aplicó una encuesta para diagnosticar el nivel de conocimiento en salud estomatológica. Realizando un pre test y pre test, como resultado fue un incremento de los niveles de conocimiento de un nivel media a un

nivel alto tanto en padres con docentes. No hubo una correlación significativa entre los niveles de pre y post test.¹⁹

Gavancho O. (2017) el siguiente proyecto de investigación analiza el conocimiento de actitudes y prácticas de los padres sobre salud bucal y su influencia en la higiene oral es una investigación de tipo explicativo y de corte transversal la cual obtuvo como resultado en un 47.3 % el nivel de conocimiento fue malo los cuales los hijos un 20.2% indicio mal en higiene oral en cuanto a actitudes un 72.9% los padres presenta actitudes adecuadas , los cuales el 36.4% presentan hijos con regular índice de higiene oral y un 58.9% presenta malas prácticas de parte de los padres, y sus hijos presentan un 28.7% un regular conocimiento de higiene oral.²⁰

Sánchez D, Lázaro P. (2017) El presente estudio analizo el desarrollo de habilidades sociales en adolescentes mediante el uso de tecnologías y la adicción a la mensajería WhatsApp y cómo pueden mejorar sus habilidades sociales fueron los adolescentes entre 13 – 16 años los cuales cursen el grado de 1° - 4° grado y como resultado un 57,3% en varones y un 42,3% en mujeres realizando un pre test a través de 20 preguntas.²¹

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Aprendizaje

El aprendizaje es un proceso de construcción no es un evento aislado de acumulación. Es un proceso constructivo que implica “buscar significados”, así que los estudiantes recurren a una manera rutinaria al conocimiento previo para dar sentido a lo que están aprendiendo.³⁷

Los estudiantes es el protagonista de su propio aprendizaje, de su propia capacidad de imaginar, descubren verdades conocidas para el maestro, pero nuevas para ellos. La imaginación no tendrá que buscar la forma de comunicarla a los compañeros, discutirla compartirla y disfrutarla. El estudiante es más creativo y participativo y el objetivo del conocimiento se construye activamente en la mente de los alumnos.³⁷

2.2.2 Aprendizaje por percepción

Es aquel donde el estudiante recibe contenidos que debe aprender en su forma final, acabada y no necesita realizar ningún descubriendo más allá de la comprensión y asimilación del mismo, de manera que lo pueda reproducir cuando así le sea requerido.³⁷

2.2.3 Aprendizaje por descubrimiento

Su nombre lo indica, pues este tipo de aprendizaje implica un tipo de tarea distinta, en este caso no se brinda el contenido en forma finalizada, sino que se planifica cada una de las acciones para que así los diferentes elementos cognitivos sean descubiertos, esto le permite reorganizar y reagrupar el contenido asimilándolos de acuerdo a su propio modo y ritmo de aprendizaje individual.^{35,37}

2.2.4 Aprendizaje repetitivo

Es el tipo de aprendizaje que se produce cuando los contenidos de las tareas asignadas son arbitrarios y el estudiante carece de los conocimientos previos necesarios para que nuevos contenidos resulten significativos. otra cosa que resulta

de este tipo de aprendizaje es que el alumno asimila nuevo conocimiento sin cuestionar.³⁷

El aprendizaje repetitivo propiamente dicho consiste en sumar o yuxtaponer unos conocimientos a otros sin tener en cuenta lo que el alumno ya sabía sobre la cuestión no fomentando una integración entre las ideas que se van aprendiendo.

Este tipo de aprendizaje favorece al olvido, puesto que no deja huella en la estructura conceptual del sujeto, en donde se disminuyen los conocimientos de manera arbitraria.³⁷

2.2.5 Aprendizaje significativo

Es aquel que se produce cuando se relacionan los nuevos conocimientos con los ya existentes en la estructura de los estudiantes, los cuales pueden ser resultado de experiencias significativas anteriores, escolares y extraescolares o también de aprendizaje espontáneo.³⁷

2.2.6 Conocimiento en salud bucal

El conocimiento es la forma en la que el ser humano aprende a desarrollarse y desenvolverse desde el momento que viene a la vida y en transcurso de su desarrollo va adquiriendo habilidades.^{35, 37}

Los conocimientos acerca de salud bucal no siempre estarán asociados con los componentes de los individuos. Sin embargo, se cree que un mayor conocimiento puede conducir a mejores acciones y modificaciones del comportamiento lo cual puede llevar a aumentar el uso de los servicios de salud bucal antes del desarrollo de las patologías bucales. Dicho conocimiento puede ser adquirido de diversas

formas en los cotidiano, que eso implicaría al reconocimiento del entorno que lo rodea, adquirido a lo largo de su formación como resultado de sus vivencias y experiencias; y, por otro lado, el conocimiento científico, que es considerado como verdadero, ya que utiliza métodos e instrumentos para lograr una descripción o explicación de la realidad existente.^{35, 37}

2.2.2 Promoción de la salud

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) constituye un proceso político y social global que comprende no sólo las acciones encaminadas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.²⁴

2.2.3 Prevención de la salud

La prevención en salud bucal son todas aquellas actividades que tiene como fin controlar el riesgo causante de las diferentes patologías bucales, una de ellas sería el control de placa bacteriana mediante una adecuada higiene oral.²²

La promoción y prevención de salud bucal está dirigida a toda la población, específicamente a la población más vulnerable como los niños, adolescentes y ancianos, discapacitados, mujeres gestantes. Como en muchos programas la palabra SALUD es el éxito de diversas actividades preventivas logrando así una correcta concientización en el grupo etario y activando un autocuidado y una correcta educación y así lograr que continúe la terapia de mantenimiento.²³

2.2.3.1 Prevención primaria

Estas son un conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de padecer alguna enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo asociados con la enfermedad.²³

2.2.3.2 Prevención secundaria

La prevención secundaria se da cuando se ha producido y actuado el estímulo causante de la enfermedad, la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento oportuno, con el objeto de lograr su curación y evitar la aparición de secuelas. El objetivo de la prevención secundaria es que el diagnóstico y el tratamiento precoz favorezcan al pronóstico de la enfermedad y permite mantenerla bajo control con más facilidad.²³

2.2.3.3 Prevención terciaria

Es cuando la enfermedad está establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores, o estas han fracasado, se debe procurar limitar la lesión y evitar complicaciones mayores.²

2.2.4 Salud Bucal

La salud bucodental es fundamental, sobre todo en edades tempranas. Los padres son los primeros encargados de enseñar los hábitos adecuados a los pequeños, cepillarse los dientes y con la frecuencia recomendada, porque está demostrado estadísticamente que a, mayor frecuencia de cepillado, menor incidencia de enfermedad periodontal y menor índice de caries.³⁷

Diversas investigaciones de programas de salud bucal con preescolares, han demostrado la eficacia de trabajar a través de actividades motivadoras y lúdicas. Dichas actividades se han basado en la práctica saludable del cepillado dental en una forma correcta y frecuente. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud, en articulación con el Ministerio de Educación, ha impulsado políticas y generar alianzas en favor a la educación para la salud, con el propósito de contribuir al desarrollo integral de los estudiantes. Ambos sectores buscan el fortalecimiento de las condiciones que permitan a los estudiantes adoptar mejores decisiones en torno a su salud.²³

2.2.4.1 Salud Bucal en el Perú

En el 2013 se realizó un perfil epidemiológico donde el objetivo fue determinar la prevalencia de las enfermedades de la cavidad bucal (caries dental, fluorosis del esmalte, enfermedad periodontal, maloclusión y disfunción), factores de riesgo y necesidad de tratamiento en la población escolar de 3-15 años a nivel nacional. Con decreto supremo N° 010-2013/SA, se aprueba el plan de Salud Escolar 2013-2016, dirigido a los escolares de ámbito del programa Qali Warma, el presente plan establece que las actividades odontológicas (promoción y prevención) se implementara a partir del segundo año.⁵

Por consiguiente se planteó un nuevo plan Estratégico Institucional 2012-2016 de la dependencia del Ministerio de Salud, con una población estimada al 2012 y según las Redes e Gobierno y Redes de Salud- DISA II Lima Sur existe una población estimada de 393,493 en San Juan de Miraflores y presta una mayor tasa

de atención en odontología en la población joven, la cual se tiene que someter a tratamientos convencionales según cada etapa de vida y tiene un porcentaje en los niños 29,4%, adultos 29.1%, jóvenes 21.1% y seguido de los adolescentes con un 11%.²⁴

2.2.5 Higiene Bucal

Una correcta higiene bucal es indispensable para mantener un buen estado de salud bucal, se debe brindar la información a todas las personas sobre la importancia de tener unos adecuados hábitos de higiene. Cuando más temprano se inicie el desarrollo de la higiene bucal será una manera inmediata de prevención, y así los niños tendrán menor probabilidad de tener caries. La higiene oral es responsabilidad de cada persona, que se supone que se adquirió esta habilidad en su formación previa con ayuda de sus padres formando así sus habilidades motoras.³⁵

La higiene bucal se define como las medidas de control de placa bacteriana, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de las medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana, que constituye el factor de riesgo más importante en el desarrollo y evolución de la caries y la enfermedad periodontal.²⁶

Al igual que la caries dental, las enfermedades periodontales no son solo de interesen una consulta de odontológica privada, sino también de interés público. Ya que a lo largo de la historia se han desarrollado índices epidemiológicos que

clasifican los depósitos de placa bacteriana, inflamación e inserción gingival. Greene y Vermillon; Silness y Løe son dos de los índices que determino que el nivel de higiene oral y el nivel de enfermedad periodontal constituían una relación causa–efecto. Se han creado versiones simplificadas de estos índices para evaluar la presencia/ ausencia de inflamación y placa bacteriana, bajo los estándares de la OMS. ¹

2.2.5.1 Placa Bacteriana

Se define como una biopelícula gelatinosa con un sistema microbiano que se adhiere firmemente a la superficie del diente y superficie blandas de la cavidad oral, formada principalmente por colonias de bacterias (60 – 70 %), agua, células epiteliales descamadas, leucocitos y restos alimenticios.^{2,26}

2.2.5.1.1 Placa Bacteriana Blanda

Son depósitos blandos que forman la biopelícula adherida a la superficie dentaria y otras superficies de la boca. ²⁶ Es una capa orgánica delgada (su espesor varío de 0.1 a 2.0 um.) que se forma en el diente en un lapso de treinta minutos después de estar en contacto con la saliva tras una profilaxis.²

2.2.5.1.2 Placa Bacteriana calcificada

Cálculo dental no es más que la biopelícula calcificada que se deposita sobre la superficie del diente, bien sean coronales o radiculares y podría llegar a considerarse como la etapa final de la formación de la biopelícula, se encuentra localizada por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido de surco gingival.²⁶

2.2.5.1.3 Control de la Placa Bacteriana

- Cepillado dental
- Técnica de cepillado horizontal: se realizan movimientos de derecha a izquierda y anteroposteriores.³⁵
- Técnica horizontal o frotado: Usada por personas que no recibieron instrucción sobre higiene bucal. se realizan movimientos de vaivén de atrás hacia adelante y de derecha a izquierda. las superficies oclusales, linguales y palatinas se cepillan con la boca abierta y las superficies vestibulares con la boca entre abierta.³⁵
- Técnica de Bass: Se coloca el cepillo dental en forma paralela al plano oclusal ocupando tres dientes, se debe presionar suavemente introduciendo los filamentos del cepillo ligeramente dentro del suco gingival produciendo isquemia leve y realizar movimientos vibratorios sin retirar los filamentos del surco gingival, deben realizarse 20 movimientos de la forma explicada cada tres dientes. Luego presiona las cerdas del cepillo hacia las fosas y fisuras de, los molares y premolares, realizando movimientos de vaivén.³⁵
- Técnica de barrido: Indicada para jóvenes con periodonto sano. Abriendo ligeramente la boca colocar el cepillo paralelo al plano oclusal con las cerdas del cepillo hacia apical y presionando ligeramente las encías, se deben realizar movimientos de giro de muñeca para las superficies vestibulares, palatinas y linguales; para la superficie oclusales realizar movimientos horizontales de vaivén.^{35,37}
- Uso del hilo dental: Es de mucha importancia para una adecuada higiene bucal, debe usarse a penas exista contacto entre los dientes ya que las cerdas del

cepillo dental muchas veces no son capaces de ingresar en las zonas interproximales, la importancia de su uso es indispensable ya que se ha observado presencia de caries interproximal en pacientes que realizan un cepillado frecuente.³⁵

2.2.5.1.4 Índice de IHOS

A lo largo de la historia se han desarrollado índices epidemiológicos que clasifique los depósitos de placa bacteriana, inflamación e inserción gingival. Greene y Vermillon, en efecto se han creado versiones simplificadas de este índice para evaluar la presencia o ausencia de inflamación bajo los estándares de la OMS.¹

Para evaluar IHOS se examinan 6 piezas dentarias:

1° molar superior derecha (superficie vestibular), incisivo central superior derecho (superficie vestibular), 1° molar superior izquierdo (superficie vestibular), 1° molar inferior izquierdo (superficie lingual), incisivo inferior derecho (superficie vestibular), 1° molar inferior derecho (superficie lingual).¹

Para poder obtener el índice individual de IHOS por individuo se requiere sumar la puntuación de las piezas examinadas entre el número de piezas analizadas. Se realiza esta operación, obteniendo un resultado por cada componente que seguidamente se sumaran entre ellos. Una vez obtenido el resultado de esta suma, se produce a determinar el grado clínico de higiene bucal.¹

Buena: 0,0 – 1,2

Regular: 1,3 – 3,0

Malo: 3,1 – 6,0

Puntuación del IHOS ¹

- 0 = no hay presencia de detritos o tinciones

- 1 = detritos blandos cubriendo no más de un tercio de la superficie dental

2.2.6 Caries Dental

Es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes. Es de origen multifactorial, donde interactúan: la dieta, la microflora (streptococos Mutans y Lactobacillus) y el huésped (diente y saliva). Su principal característica es la desintegración, los microorganismos deben metabolizar los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta ingerida y como resultado de esta metabolización se obtendrán ácidos que actúan sobre la superficie dental generando la mencionada desintegración de tejidos.^{1, 7, 9,21}

Según la OMS la caries dental es un problema de salud pública debido a que el 60% al 90% de los niños es edad escolar y casi el 100% de los adultos presentan caries dental.⁶

La caries dental afecta al 95% de los peruanos, es una enfermedad multifactorial que en cuya progresión influye los cuatro factores siguientes: la placa dental, sustrato, factores de huésped y cronología; y otros dependientes de la edad, conducta, disponibilidad de cuidados de salud. La interacción entre estos factores determinara la presencia o no de enfermedad y su severidad. Es un proceso patológico que puede aparecer sobre cualquier superficie del diente donde se presenta estancamiento de alimentos y formación de placa.²

2.2.6.1 Clasificación de la Caries Dental

- Caries de esmalte

Inicia con una mancha blanca y opaca, luego la superficie se vuelve áspera y porosa, en las fosas y fisuras se logra ver pigmentaciones oscuras incluso sus paredes, llega a aparecer cavidades en los surcos, fosas y fisuras.³⁷

- Caries de dentina

Pueden ser agudas cuando avanzan rápidamente su color es amarillento y se encuentran reblandeciendo el tejido. Es crónica cuando se encuentra detenida su progreso es lento, e observa un color oscuro y de consistencia más dura.³⁷

- Caries de cemento

Aparece producto de la recesión gingival, al quedar el cemento descubierto este se encuentra expuesto a la placa bacteriana y por ende a la formación de caries dental.³⁷

2.2.6.2 Índice de CPOD

La organización mundial de la salud OMS define el índice de CPOD (Klein y Palmer) en dentición permanente a los 12 años como indicador de salud bucal de una población y de acuerdo con su valor establece una escala de gravedad de las afecciones con cinco niveles.^{25,1}

- Muy bajo: 0.0 – 1.1
- Bajo: 1.2 – 2.6
- moderado: 2.7 – 4.4

- Alto: 4.5 – 6.5
- Muy alto: +6.6

2.2.7 Enfermedad Periodontal

Las enfermedades periodontales son las enfermedades crónicas inflamatorias que afectan a los tejidos que rodean al diente. Estos procesos inflamatorios son de etiología infecciosa y pueden localizarse solo en los tejidos de revestimiento del diente, como en el caso de la gingivitis, o extenderse en profundidad a los tejidos de soporte dentario causando la pérdida de tejido conectivo y de hueso de alveolar de alveolar, lo que puede eventualmente dar lugar a la pérdida del diente.³

En la actualidad es considerada como unas enfermedades crónicas de causa poli microbiana y poli génica. Su expresión clínica puede variar debido al medio ambiente local, así mismo a las defensas del huésped y a otros factores de riesgo que influye en su aparición y desarrollo, por lo que son consideradas como enfermedades multifactoriales. Las enfermedades periodontales es un término amplio que engloba tanto a la periodontitis como a la gingivitis sus distintos fenotipos y grados que afectan.³

2.2.7.1 Gingivitis

La gingivitis es la inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de adherencia o hueso, es la respuesta inflamatoria a las bacterias que se acumulan en el margen gingival y el surco gingival. Sus signos clínicos incluyen eritema, hemorragia al sondeo y edema.²

La acumulación de placa tiene predilección por la edad adulta por ello la composición bacteriana de la placa y los cambios relacionados con el desarrollo dan la respuesta inflamatoria. Su incidencia se aproxima a casi 100% en la pubertad, después de la cual disminuye ligeramente y permanece constante con la edad adulta; la incidencia máxima de gingivitis puberal es a los 10 en niñas y a los 13 en niños.²

En el caso de la gingivitis, aunque los resultados de los estudios epidemiológicos muestran discrepancias, se puede afirmar que afectan a la mayoría de la población en algún momento de la vida, y su prevalencia oscila entre el 10 % y 50%. Según algunos estudios, llega a afectar hasta el 92% de los escolares entre 5 y 17 años.³

2.2.7.2 Periodontitis

La periodontitis es la enfermedad inflamatoria de procesos crónicos e irreversibles la cual afecta a los tejidos de sostén de las piezas dentarias que son encía, hueso alveolar, cemento radicular y el ligamento periodontal. Esta enfermedad puede aparecer en edades tempranas, además está asociada a placa bacteriana, existen otros factores locales y sistémicos que modifican la respuesta del huésped. Al principio se puede presentar con una pequeña inflamación gingival, la placa dental y el sarro se acumula a nivel del borde gingival y se solidifican, las encías se vuelven rojas, hinchada, y sangra.³

2.2.8 Oclusión

Se define como oclusión a las relaciones que se establecen cuando ambos arcos dentarios (superior e inferior), están en con intimo contacto. Angle define oclusión

normal como la relación normal a los planos inclinados de los dientes donde las arcadas dentarias se encuentran en íntimo contacto.²⁷

2.2.8.1 Clasificación de Angle

Las relaciones oclusales de los dientes posteriores, debemos prestar mucha atención al primer molar. El primer molar mandibular normalmente tiene una posición en sentido mesial respecto del primer molar maxilar ²⁹

Clase I

La relación molar más típica que se observa en la dentición natural y fue descrita por Angle como relación de clase I: ²⁹

- 1.- La cúspide mesiobucal el primer molar mandibular forma una oclusión en el espacio intermaxilar entre el segundo premolar y el primer molar maxilar.
- 2.- La cúspide mesiobucal el primer molar maxilar está alineado directamente sobre el surco bucal del primer molar mandibular
- 3.- Las cúspides mesiolingual el primer maxilar está situada en el área de FC del primer molar mandibular.

Las características de esta relación, cada diente mandibular ocluye con el diente antagonista correspondiente y con el diente mesial adyacente. Así, por ejemplo, el segundo premolar mandibular contacta con el segundo premolar maxilar y con el primer premolar maxilar.

Clase II

En algunas personas la arcada maxilar es grande o presenta un desplazamiento anterior bien la arcada mandibular es pequeña o tiene una situación posterior. Ello hará que el primer molar mandibular tome una posición en sentido distal a la de la relación molar Clase I, y que se describe como relación molar clase II. Esta relación a menudo se identifica por las siguientes características: ²⁹

1.- La cúspide mesiobucal del primer molar mandibular contacta con el área FC del primer molar maxilar.

2.- La cúspide mesiobucal del primer molar mandibular está alineada sobre el surco bucal del primer molar maxilar.

3.- La cúspide disto lingual del primer molar maxilar ocluye en el área de la FC del primer molar mandibular

Cuando se comparará con la relación de clase I, cada par de contacto oclusal tiene una posición distal aproximadamente igual a la anchura mesiodistal de un premolar.²⁹

Clase III

El tercer tipo de relación molar corresponde a un crecimiento predominante de la mandibular; es la nominada clase III. En esta relación. El crecimiento sitúa los molares mandibulares en una posición mesial respecto de los molares maxilares, como se observa en la clase I. las características de la clase III son las siguientes:

1.- la cúspide distobucal del primer molar mandibular está situada en el espacio intermaxilar que hay entre el segundo premolar y el primer molar maxilar.

2.- la cúspide mesiobucal del primer molar maxilar está situada sobre el espacio intermaxilar que hay entre el primer y segundo molar maxilar.

3.- la cúspide mesiolingual del primer molar maxilar situada en la depresión mesial del segundo molar mandibular.

Cada par de contactos oclusales está en una posición inmediatamente mesial al par del contacto de la relación de clase I (aproximada con la anchura de un premolar).²⁹

2.2.8.2 Maloclusión

Las maloclusiones son definidas por Simóes como un problema de crecimiento muscular esquelético durante la infancia y la adolescencia, se puede producir problemas estéticos en los dientes y cara, así como alteraciones de funciones como la masticación, fonación y oclusión. ¹⁹ La maloclusión no es una enfermedad sino una variación morfológica, la cual puede o no estar asociada a una condición patológica. La prevalencia de maloclusión en jóvenes oscila entre 39 y 93%, y difiere según el grupo etario y étnico. ¹⁷

Existen diversas características las más frecuentes en la maloclusión son la presencia de clase II en relación molar y apiñamiento. De igual forma, los principales factores etiológicos para desarrollar maloclusiones se asocian a

aspectos genéticos, ambientales, una combinación de los dos, o a veces otros de tipo local como hábitos orales.¹⁷

2.2.8.3 Maloclusión en adolescentes

Una apariencia dental que se desvía de las normas y se puede estigmatizar, impedir la aceptación del grupo de pares fomentar un estereotipo negativo y tener un efecto adverso sobre la autoestima del adolescente¹¹, ya que tiene implicaciones sobre la estética dental, siendo esta la mayor motivación de búsqueda de tratamiento ortodóntico.¹⁷

La evolución de maloclusiones en la adolescencia es importante para definir prioridades y pautas de tratamiento ortodóntico temprano, esto nos llevara a cumplir con el objetivo de la ortodoncia que es corregir todas las alteraciones que impliquen una desviación de los parámetros de estética dentofacial y funcional normal. Este es el principio que va más allá de la búsqueda de una estética dental ideal por presiones sociales, normas y cultos de belleza, cultura, ambiente social, y de urbanización, que puede presentarse en esta etapa de vida.¹⁷

2.2.9 Redes sociales

Los seres humanos tienden a ser un ser social, el cual interactúa con el entorno mediante la comunicación, este proceso innato en el hombre, se manifiesta en el lenguaje oral, escrito; en el cual participan dos o más sujetos; la comunicación se caracteriza por ser interactiva y social.¹⁰

Dentro de estos procesos comunicativos se intercambian y comparten significados que a su vez son decodificados por el sujeto; el adolescente interviene en este

proceso comunicativo de formación social virtual, como el tiempo, haciéndose participe de las comunicaciones en línea.^{10, 29}

Hoy en día el boom de la navegación por internet, y el uso de redes sociales online (RSO), los videojuegos y el teléfono móvil han supuesto un cambio radical en las formas de relacionarse con la mayoría de las personas. Para los jóvenes, de hoy en día los cuales acceden a estos insumos desde niños, probablemente estén marcados un nuevo estilo de vida.²⁸

Las redes sociales, como MySpace, Facebook, Twither, Linkiden y Whatsapp, son comunidades virtuales más conocidas en las que las personas pueden crear su propio perfil con todo tipo de información personal e interactúan como conocer a nuevas personas con las que compartan algún interés. Una de las redes sociales que ha causado mayor impacto social ha sido Facebook.²⁸

2.2.9.1 Ventajas de las redes sociales

Las redes sociales se constituyen con el corazón de articulaciones de uso distinto formatos múltiples, la necesidad de ser parte de algunas de las redes sociales, permiten que por primera vez se tenga la oportunidad de compartir culturas, idiomas e ideas. Las personas hoy en día están informadas de acontecimientos, tanto políticos, artísticos, culturales, económicos, etc. Estos se deben al gran impacto informativo de las redes sociales en internet. 10 las redes sociales constituyen verdaderas plataformas que hacen que sea más difícil crear y mantener contacto con quienes comunicarse, publicar y compartir recursos, crear comunidades o grupos de interés y mostrar nuestra identidad en la medida en que deseemos.²⁷

2.2.9.2 Facebook para adolescentes

Dado que el Facebook es una de las redes sociales más populares y esta forma parte de la nueva generación de social, existe un cuerpo creciente de estudios que avalúan las repercusiones que tiene este tipo de comunicación en la vida de una adolescente. En general las redes sociales facilitaban las relaciones sociales entre iguales, puesto que permite procesos de aprendizaje social, maduración y desarrollo; el Facebook precipita la iniciación en lo social haciendo que se mantengan relaciones accesibles las veinticuatro horas. A ello le podemos añadir que cada persona puede hacer el uso de Facebook según sus inquietudes y necesidades, respecto a la intensidad de uso estudios nos indican que los jóvenes dedican 38 minutos diarios como mínimo a publicar en el Facebook.²⁸

Los adolescentes aprenden todo el tiempo, y más aún en una red social como “Facebook”, en donde las noticias, eventos, comentarios, se actualizan constantemente; en modo de texto, gráficos y videos, etc. Un mundo digital en el cual participan muy poco los padres y maestros.¹⁰

Dentro de la ciudadanía digital, los adolescentes vinculan la tecnología como aspectos culturales y sociales. Algunas de estas son:¹⁰

Se hacen responsables de la información y la tecnología

Siempre presenta actividades positivas del uso de la tecnología, que apoyan la colaboración, el aprendizaje, y la productividad, demuestran interés y responsabilidad de aprender, Ejercitar un liderazgo activo en la ciudadanía digital

Sin duda, las pantallas para el adolescente son los medios de comunicación supremacía, como la red social Facebook y su influencia en el desarrollo de habilidades virtuales, y aprendizaje mediante el uso de herramientas sociales tecnológicas, con las que lidiaría es su futuro.¹⁰

2.2.9.3 WhatsApp en adolescentes

La forma en lo que los adolescentes se comunican ha cambiado en los últimos años. Según el informe de “la sociedad de la información española 2009”, entre los jóvenes españoles, internet ha desplazado a la televisión como medio que ocupa un mayor número de horas en su tiempo libre. Además, los jóvenes (adolescentes y jóvenes mayores de edad) sacan partido de las cualidades del teléfono móvil y siguiendo con más interés las producciones multimedia, a través del ordenador. La evolución de esta nueva tecnología ha traído consigo la aparición de diversas aplicaciones que permitan la comunicación entre personas tales como WhatsApp, Telegram, Facebook Messenger, etc. Para los adolescentes que han crecido en la era digital, el uso de estas herramientas de comunicación es para ellos tan natural que las han tomado como parte esencial a la hora de comunicarse unos con otros.⁸

2.3 Definición de términos básicos

2.3.1 Aprendizaje

Es un proceso personal e individual el cual se va adquiriéndose con el pasar del crecimiento, este puede estar sujeto a un proceso de búsqueda de diversos significados, aduciendo así un conocimiento previo para dar sentido a lo que está aprendiendo.³⁷

2.3.2 Promoción

La Promoción constituye un proceso político y social global que comprende no sólo las acciones encaminadas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas.²⁴

2.3.3 Prevención

Comprende todo el conjunto de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de enfermedades, esto es, aquella actuación aplicable en el periodo pre patogénico, cuando la enfermedad aún no se desarrollado. ²⁰

2.3.4 Educación en salud

Conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, quien incide diversos ámbitos de la educación dirigida a la consecución de objetivos diseñados institucionalmente y orientados a la introducción de novedades y mejoras del sistema, es una serie de actividades de aprendizaje y recursos dirigidos a la gente para que mejore su vida. ²⁰

2.3.5 Salud bucal

Se define la salud bucal como “un estado libre de dolor crónico bucal y facial, cáncer oral y cáncer de garganta, llagas bucales, defectos congénitos (como el labio leporino y el paladar hendido), la enfermedad periodontal (de las encías), caries dental, la pérdida de dientes, además de otras enfermedades y trastornos que afectan a la cavidad oral”.²²

2.3.6 Higiene Bucal

Es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluye la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias.²⁶

2.3.7 Gingivitis

Se caracteriza por inflamación de los tejidos gingivales sin pérdida de adherencia de hueso, en respuesta a las bacterias que se acumulan en el margen gingival y el surco. Los signos clínicos de la gingivitis incluyen eritema, hemorragia al sondeo y edema.²⁰

2.3.8 Enfermedad Periodontal

Son las enfermedades crónicas inflamatorias que afectan los tejidos que rodean al diente. Estos procesos inflamatorios son de etiología infecciosa y pueden localizarse solo en los tejidos de revestimiento del diente, como en el caso de la gingivitis, o entenderse en profundidad a los tejidos de soporte dentario causando pérdida de tejido conectivo y hueso alveolar, lo que puede eventualmente dar lugar a la pérdida del diente.³

2.3.9 Caries Dental

Es una enfermedad infecciosa y transmisible de los dientes. Es de origen multifactorial, donde interactúan: la dieta, la microflora, (streptococos Mutans y Lactobacillus) y el huésped (diente y saliva). Su principal característica es la desmineralización, los microorganismos deben metabolizar los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta ingerida y como resultado de esta

metabolización se obtendrá ácidos que actúan sobre la superficie dental generando la desintegración de tejido.¹⁴

2.3.10 Ortodoncia

Es la ciencia de la estomatológica que estudia y atiende el desarrollo de la oclusión y correlación por medio de aparatos mecánicos que ejercen fuerzas físicas sobre la dentición y su medio ambiente. Los límites de la ortodoncia, que la separan de las otras especialidades y define su quehacer, son las acciones correctivas y los medios terapéuticos, las fuerzas mecánicas de que sirve para llegar a la corrección del defecto o maloclusión dentaria.^{1, 29}

2.3.11 Redes Sociales

Se basa en las interacciones sociales, como un medio virtual, permitiendo que el sujeto vaya creando perfiles individuales, grupos sociales de trabajo y temas de interés específico. Las redes sociales más usadas son: Twitter, Google +, Facebook.^{10, 30}

2.3.12 Salud en Adolescentes

La OMS define la adolescencia como el periodo de desarrollo de crecimiento y desarrollo, entre los 10 y 19 años, se trata de una de las etapas de transición mas importantes en la vida de un ser humano ya que es un periodo de preparación, más allá de la maduración física influye en la transición hacia la independencia social y desarrollo de la identidad, y la adquisición de aptitudes necesarias para establecer relaciones de adultos y asumir funciones adultas y capacidad de razonamiento, el

adolescente depende de su familia, su escuela, su servicios de salud para así tener una transición satisfactoria.¹

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION

3.1 Formulación de hipótesis principal y secundaria

3.1.1 Hipótesis principal

Existe influencia del uso de redes sociales como complemento del aprendizaje en programas preventivos-promocionales de salud bucal en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

3.1.2 Hipótesis secundarias

- H₁: El uso de redes sociales como complemento del aprendizaje refuerzan el proceso de la educación de salud bucal y así disminuye el índice de IHOS en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.
- H₂: El uso de redes sociales como complemento del aprendizaje de salud bucal influyeron con respecto al desarrollo de caries dental en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.
- H₃: El uso de redes sociales como complemento del aprendizaje de salud bucal ayuda de manera positiva con respecto al tratamiento de caries dental en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.
- H₄: El uso de redes sociales refuerza el nivel de aprendizaje de salud bucal en forma positiva frente a piezas perdidas, en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.
- H₅: El uso de redes sociales refuerza el nivel de aprendizaje de salud bucal en forma positiva frente al tratamiento de ortodoncia (relación molar clasificación

de Angle) en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

3.2 Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional

3.2.1 Variable

Variable del estudio

- Redes sociales
- Programa preventivo- promocional

Variable de control

- Edad
- Género

3.2.2 Definición conceptual

Redes sociales: son medios de comunicación masivo los cuales usan la web 2.0 la cual se retroalimenta de forma constante a tiempo real, las redes sociales fueron creadas para compartir información a tiempo real.²⁰

Prevención: proceso por el cual pasa un medio masivo para evitar futuras dolencias educando, y dando a conocer los tratamientos previos a una dolencia. ¹⁰

Promoción: proceso por el cual da a conocer un elemento y así poder lograr su cometido que es promover el consumo de lo que se le venda. ¹³

Edad: edad determinada por un periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento has la actualidad.³⁶

Género: condición orgánica del nacimiento, masculino o femenino o femenina del sujeto, son características fenotípicas propias en cada una de los casos.³⁶

3.2.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Redes sociales	Independiente	Facebook WhatsApp	Cuestionario	Nominal	Consulta No consulta
Programas preventivos educativos	Cualitativa politomica	Índice de Higiene Oral IHOS	Examen Clínico: índice de Higiene oral simplificado de Greene y Vermillon	Nominal	Bueno: 0,0 – 1,2 Regular: 1,3 – 3,0 Malo: 3,1 – 6,0
	Cualitativa Dicotómica	Caries dental	Examen clínico: índice CPOD	Nominal	Ausencia Presencia
		Tratamiento de caries dental	Examen clínico intraoral	Nominal	Si No
		Maloclusión	Examen clínico. Clasificación de Angle	Ordinal	Clase I Angle Clase II Angle Clase II Angle
	Cualitativa Politomica	CPOD	Índice epidemiológico de CPOD	Ordinal	Muy bajo 0.0 -1.1 Bajo 1.2 – 2.6 Moderado 2.7 – 4.4 Alto 4.5 – 6.5 Muy alto + 6.6
	Cualitativa Dicotómica	Genero	Ficha clínica	Nominal	Masculino Femenino
	Cuantitativa Politomica	Edad	Ficha clínica	Ordinal	12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

La presente investigación es de tipo cuasi – experimental la cual se desarrolló en fases:

Fase 1: Se realizó un llenado de fichas clínicas (ver anexo 05) recabando información de IHOS, CPOD, relación molar según Angle, se utilizó detecto de placa dental y una ficha de observación donde se recolectaron los datos. Se registró el nivel de conocimiento inicial en cuanto a salud bucal mediante una encuesta (ver anexo 06), se brindó una pequeña charla de 20 minutos informando de temas como (salud bucal, caries dental, gingivitis, técnica de cepillado, tratamientos preventivos) la primera fase culmino brindando un kit de limpieza que contenía (cepillo, pasta dental, seda dental, colutorio)

Fase 2: Se realizó una promoción de la salud bucal y educación de la misma a través de redes sociales “Facebook” (se creó una cuenta de Facebook y brindando información de salud bucal y respondiendo sus dudas en tiempo real. Está educación se mantuvo complementado con los contenidos subidos (frases, imágenes, videos), usó el “WhatsApp” se enviaron mensajes recordatorios de higiene bucal y técnica de cepillado de forma constante, creando grupos de acuerdo a salones enviando micro videos informativos de salud bucal reforzando de esta forma el aprendizaje y resolviendo sus interrogantes.

Fase 3: Se regresó y tomo una muestra para el grupo control el cual no recibió ningún tipo de educación, a través de las plataformas como Facebook y WhatsApp,

se llenó la ficha de observación (ver anexo 05) y el cuestionario inicial (ver anexo 06). De la misma forma se tomó una nueva ficha final (ver anexo 05) de información (IHOS, CPOD, relación molar según Angle) y también una encuesta final (ver anexo 06) posterior a la aplicación del programa en el grupo experimental.

4.1.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de acuerdo al problema y objetivos trazados reúne las condiciones metodológicas de una investigación de tipo cuasiexperimental, según Pedhazur y Schmelkin. Los diseños cuasiexperimentales tienen el mismo propósito que los estudios experimentales: probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables. Cuando la asignación aleatoria es imposible, los cuasiexperimentos (semejantes a los experimentos) permiten estimar los impactos del tratamiento o programa, dependiendo de si llega a establecer una base de comparación apropiada.³⁴

- Según la interacción del investigador: Observacional.
- Según la época de obtención de datos: Prospectivo.
- Según la evaluación del fenómeno de estudio: Longitudinal. Se recogerá la información actual, en dos periodos distintos dando un determinado tiempo para la aplicación, además se determina la relación entre variables.
- Según la comparación de poblaciones: Analítico

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

La población está conformada por 150 adolescentes del 1° al 5° de secundaria los cuales están matriculados en la I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. Lima en el periodo académico 2017 – 2018.

4.2.2 Muestra

Se realizó un muestreo por conveniencia, tomando como muestra a 124 adolescentes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.3 Criterios de inclusión

Adolescentes que se encuentren legalmente matriculados en la I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

Adolescentes cuyos padres o tutor legal, firmaron el consentimiento informado.

Adolescentes que tengo por lo menos un a red social solicitadas (Facebook y WhatsApp) para la realización del programa de salud bucal para adolescentes.

Adolescentes que sean colaboradores y dispuestos a formar parte del estudio y se encuentren en ambos periodos académicos, 2017 – 2018.

4.2.4 Criterios de exclusión

Adolescentes que no sean alumnos regulares de I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

Adolescentes que no presentes la autorización legal de su padre o tutor.

Adolescentes que no estén presentes en la toma de la segunda muestra, en la tercera fase del estudio para obtener la muestra final.

Adolescentes que no tengan ninguna red social Facebook o WhatsApp.

Adolescentes que no estén presentes en las charlas y que no sean colaboradores.

4.3 Técnicas de recolección de datos

4.3.1 Técnica

Se utilizó la técnica observacional a través del examen clínico a los adolescentes de 1° a 5° año de la institución educativa 7101 América, San Juan de Miraflores.

Se utilizó una encuesta mediante una técnica cuantitativa a una muestra representativa.

4.3.2 Instrumento

Se utilizó un cuestionario bien estructurado y validado el cual fue sometido previamente a juicio de expertos teniendo una aprobación de 95% por cuatro jueces, lo cual indica una validez aceptable (ver anexo 06) este cuestionario contiene aspectos de interés para la evaluación; también se utilizó una ficha clínica resumida de SPO (ver anexo 05) de observación la cual contiene el índice de higiene simplificado de Green y Vermillon IHOS, CPOD, Clasificación de Angle

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se asistió a la institución educativa 7101 América, San Juan de Miraflores. Lima; con la finalidad de presentar un oficio a la autoridad competente de dicha institución educativa solicitando el permiso para realizar la investigación, la cual

solicita realizar un examen clínico a los alumnos de 1° - 4° año de educación secundaria que se encuentren matriculados en el presente año académico y de la misma forma, exponer también los beneficios que podría obtener el alumno con el programa de preventivo-educativo (Programa de Salud Bucal en Adolescentes) PSBA, a través de las redes sociales (Facebook y WhatsApp). Posteriormente se le explico a los alumnos de que trata la investigación para lo cual se realizara una pequeña charla sobre higiene bucal que tuvo una duración de 30 minutos (placa dental, caries dental, gingivitis, periodontitis, maloclusión, técnica de cepillado, dieta cariogénica) de la misma se explicaron los beneficios del uso de redes sociales (Facebook y WhatsApp); de forma inmediata se les brindo el consentimiento informado para sus padres, su ficha de datos personales y asentimiento informado para que el menor pueda participar en la investigación.

De forma siguiente se regresó a recoger consentimientos informados y fichas personales donde nos brindaron su nombre, edad, identidad de Facebook, previamente se le explico al adolescente utilizando un lenguaje fluido y entendible sobre de lo que se realizara, todo el procedimiento de llenado de fichas clínicas, dicho procedimiento se realizó en la misma institución educativa por el alumno tesista, todos los datos fueron recopilados en un ficha clínica (ver anexo 05), este instrumento está dividido por dos partes: la primera corresponderá datos del adolescente (edad, genero, grado, número de teléfono, identidad de Facebook), y Una segunda parte se encuentra la ficha clínica intraoral la cual contiene los índices de IHOS, caries dental, CPOD, relación molar según Angle.

En una tercera visita se realizó la entrega de un Kit de Higiene Bucal básico el cual contuvo cepillo dental, pasta dental, seda dental y colutorio. Se le indicara que formara parte de la plataforma virtual PSBA creada en Facebook y de la misma forma en WhatsApp.

Luego todos los datos obtenidos se trasladaron a una computadora en el programa Microsoft Office Excel, en cual se procedió a llevar un listado y una tabulación por género, edad y grado; de forma para obtener una muestra de control (muestra inicial).

De manera posterior, los adolescentes de 2° - 5° año formaron parte del programa PSBA el cual tiene tres etapas: la primera consistió en toma de datos generales del menor, educación básica de higiene bucal y promoción de salud; a través de charla de 30 minutos, brindando trípticos informativos y también se les brindo un kit de higiene básico (cepillo dental, pasta dental, seda dental y colutorio).

Esta educación la completamos con un contenido subido en la plataforma Facebook con el nombre del programa PSBA (Programa de Salud Bucal en Adolescentes), estas contuvieron frases, imágenes, información y videos acerca de salud bucal; contenidos como gingivitis, periodontitis, maloclusión, control de placa bacteriana, técnica de cepillado, caries dental, tratamientos restauradores; todo lo concerniente a salud bucodental lo que es prevención y promoción, dicho contenido se subió en la página y tuvo una actualización cada 5 días. También se creó un grupo de WhatsApp que envió mensajes recordatorios de forma cotidiana la higiene bucal. Se regresó a la institución educativa y se tomó la muestra control que está dada por los

alumnos recién ingresados en el periodo académico 2018 alumnos del primer año de secundario.

En la etapa final se regresó a la institución educativa 7101 América, San Juan de Miraflores volviendo a tomar el cuestionario validado (ver anexo 06), el llenado de fichas clínicas (ver anexo 05). Toda esta información se trasladó a un programa Microsoft Office Excel 2017 y SSPS versión 24 y se procesó a la tabulación y análisis de datos se realizó las conclusiones y recomendaciones del estudio.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Todos los datos obtenidos en las fichas clínicas fueron trasladados al programa de Microsoft Office Excel 2017, creando así una base de datos con dicha información, de tal manera que guarden relación con los objetivos planeados posteriormente se procedió al análisis estadístico, utilizando el programa estadístico SPSS versión 24.

Para el análisis univariado y descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para la variable cuantitativa (puntaje del grupo con la aplicación del programa PSBA grupo experimental y del segundo grupo sin la aplicación del programa control).

Las variables cuantitativas es escala de razón fueron sometidas a las pruebas de normalidad, y contraste de hipótesis, siendo la prueba de Kolmogorow- Smimov ($n > 30$) la que se utilizó. Las variables que no cumplieron este supuesto, fueron evaluadas a través de las pruebas no paramétricas.

Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de U de Mann – Whitney con intervalos de confianza al 95% ($p < 0,05$) de los factores considerados importantes

para establecer el poder de la relación entre a variable dependiente y la variable independiente en la evaluación de los grupos. Adicionalmente, solo como un aporte estadístico más, se utilizó las pruebas no paramétricas Kruskal – Wallis (considerada como una extensión de la U de Mann- Whitney para 3 o más grupos) para la comprobación de los promedios de aprendizaje aplicados a los grupos de estudiantes en la presente investigación.

4.6 Aspectos éticos

Al ser un estudio de investigación en seres humanos, el proyecto fue enviado al Comité de Ética para su evaluación, aprobación y posterior ejecución.

Es necesario recalcar que el presente trabajo de investigación se llevó a cabo con el apoyo y colaboración de los padres de familia y docentes de la Institución Educativa 7101 América- San Juan de Miraflores lima 2017- 2018, los cuales fueron informados a través de consentimiento informado del propósito, riesgo y beneficio del presente estudio y dieron su total aprobación firmando el consentimiento.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc

Tabla N° 01

Conocimiento antes y después de la aplicación del programa en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

Tabla conocimiento inicial y final, grupo control y experimental

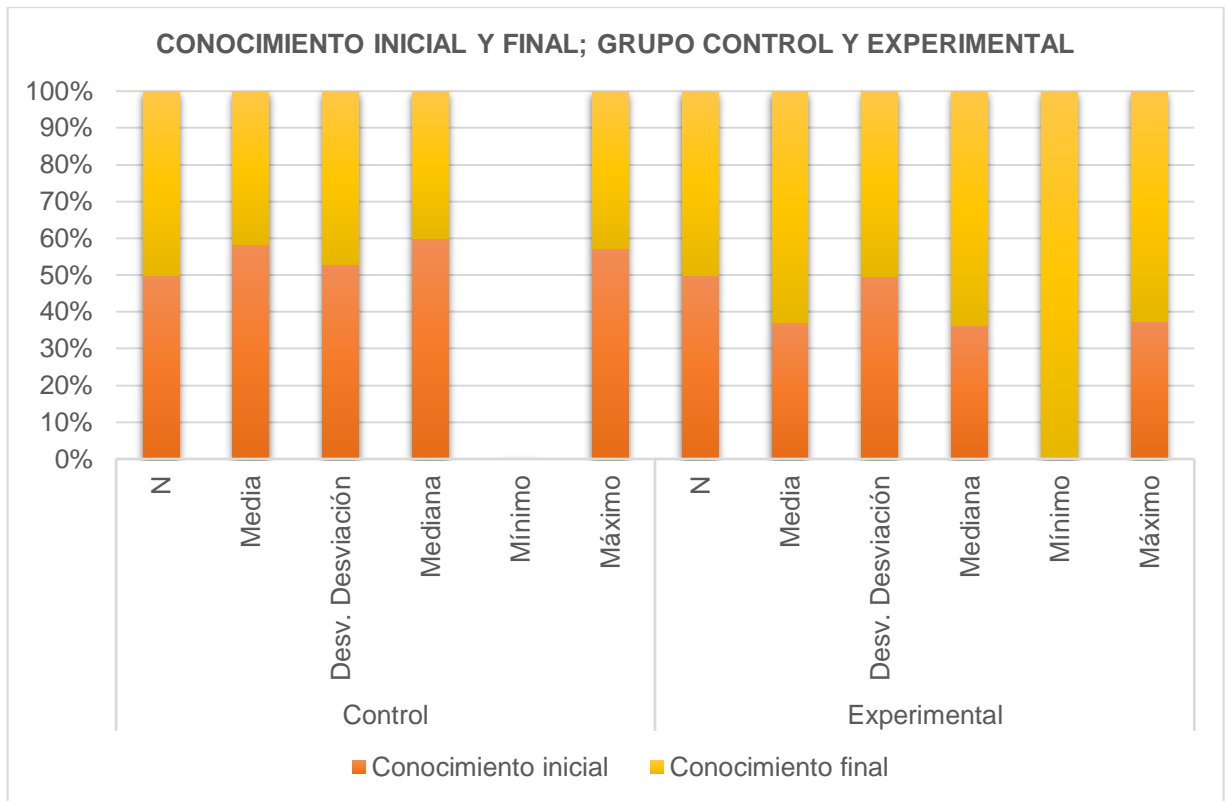
Grupo		Conocimiento inicial	Conocimiento final
Control	N	44	44
	Media	6.1818	4.4091
	Desv. Desviación	3.52580	3.15726
	Mediana	6.0000	4.0000
	Mínimo	0.00	0.00
	Máximo	16.00	12.00
Experimental	N	80	80
	Media	7.7250	13.1500
	Desv. Desviación	2.92944	2.96435
	Mediana	8.0000	14.0000
	Mínimo	0.00	6.00
	Máximo	12.00	20.00

Fuente: Propia del investigador

De acuerdo a la tabla el conocimiento en salud bucal antes de la aplicación del programa, tanto en el grupo control como experimental, se observa que el grupo control presenta una mediana de 6 posterior a la aplicación del programa dicha mediana disminuye a 4. A diferencia del grupo experimental que presentó una mediana inicial de 8 y posterior a la aplicación del programa está aumentó a 14 la cual aumento el conocimiento del grupo experimental referente a salud bucal.

Gráfico N° 01

Conocimiento antes y después de la aplicación del programa en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.



Fuete: Propia del investigador

Tabla N° 02

Higiene inicial en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

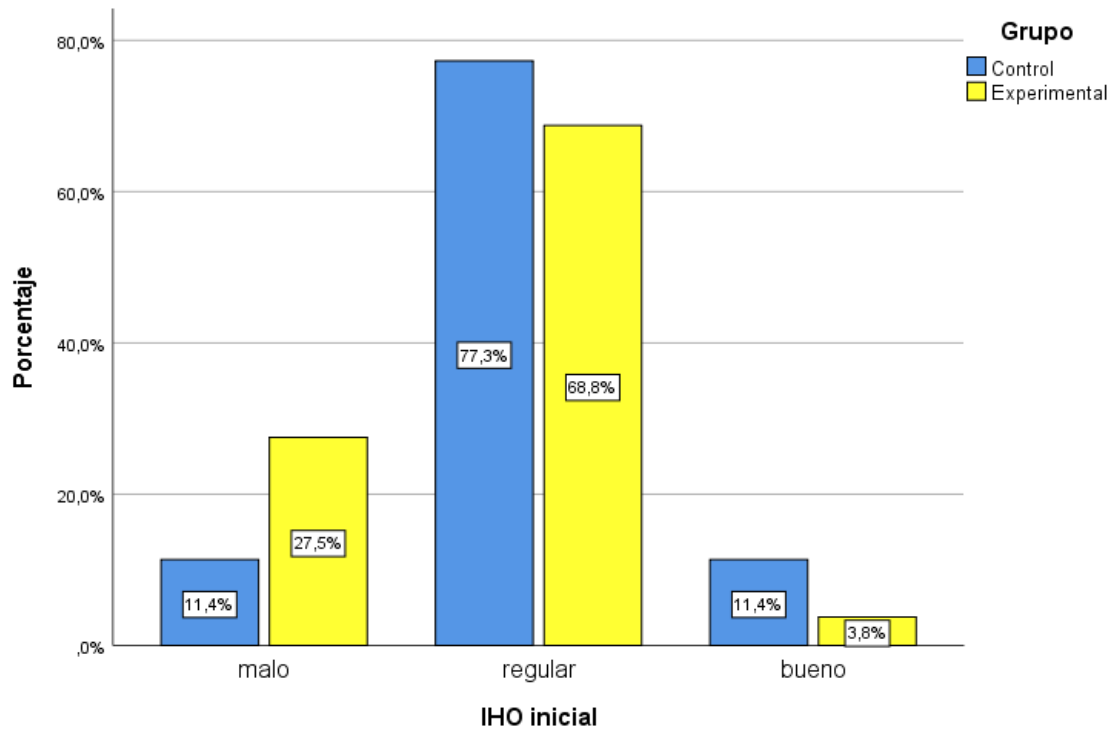
		Tabla cruzada IHO inicial*Grupo			
		Grupo		Total	
		Control	Experimental		
IHO inicial	Malo	Recuento	5	22	27
		% dentro de Grupo	11.4%	27.5%	21.8%
	regular	Recuento	34	55	89
		% dentro de Grupo	77.3%	68.8%	71.8%
	bueno	Recuento	5	3	8
		% dentro de Grupo	11.4%	3.8%	6.5%
Total		Recuento	44	80	124
		% dentro de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Propia del investigador

En la tabla tenemos las muestras iniciales tanto de grupo control como experimental ambos presentan un IHOS regular alto con un porcentaje de 77,3% para el grupo control y un 68,8% para el grupo experimental, tanto el IHOS malo y bueno son similares ara el grupo control con un 11,4%. Ha diferencia el grupo experimental presentando un 27,5% de IHO malo un IHO bueno de 3,8% siendo este el más bajo de ambos grupos.

Gráfico N° 02

Higiene inicial en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 03

IHO final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

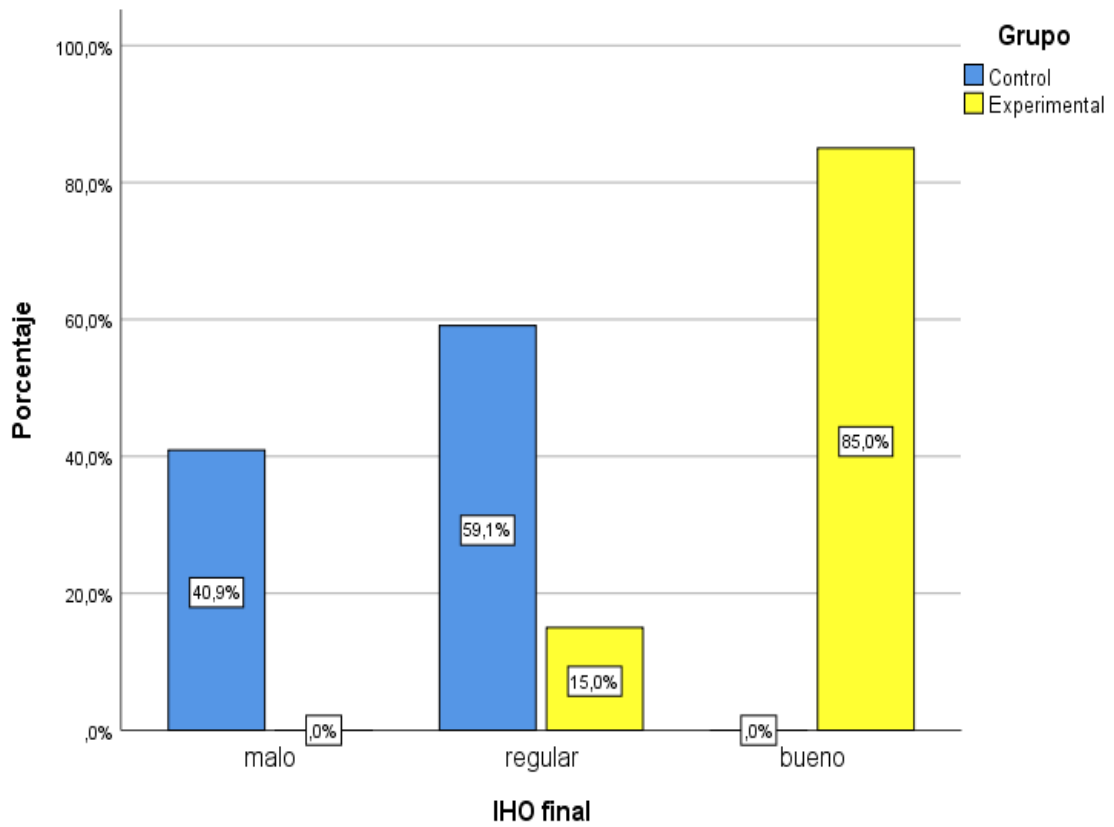
Tabla cruzada IHO final*Grupo					
		Grupo			
		Control	Experimental	Total	
IHO final	malo	Recuento	18	0	18
		% dentro de Grupo	40.9%	0.0%	14.5%
	regular	Recuento	26	12	38
		% dentro de Grupo	59.1%	15.0%	30.6%
	bueno	Recuento	0	68	68
		% dentro de Grupo	0.0%	85.0%	54.8%
Total		Recuento	44	80	124
		% dentro de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Propia del investigador

La tabla nos muestra tanto para el grupo control como experimental a 124 adolescentes que participaron en el programa. En el grupo control en IHO final que presento mayor porcentaje fue el regular con un 59,1%, seguido del malo con un 40,9% y finalmente no se encontró ningún participante con IHO bueno. A diferencia del grupo experimental encontrándose que el grupo con mayor porcentaje lo presento el IHO final bueno con un 85% seguido del IHO regular con un 15% y por el ultimo encontramos el IHO malo con un 0,0%.

Gráfico N° 3

IHO final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 4

Tabla cruzada de IHO final con redes sociales en el grupo experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

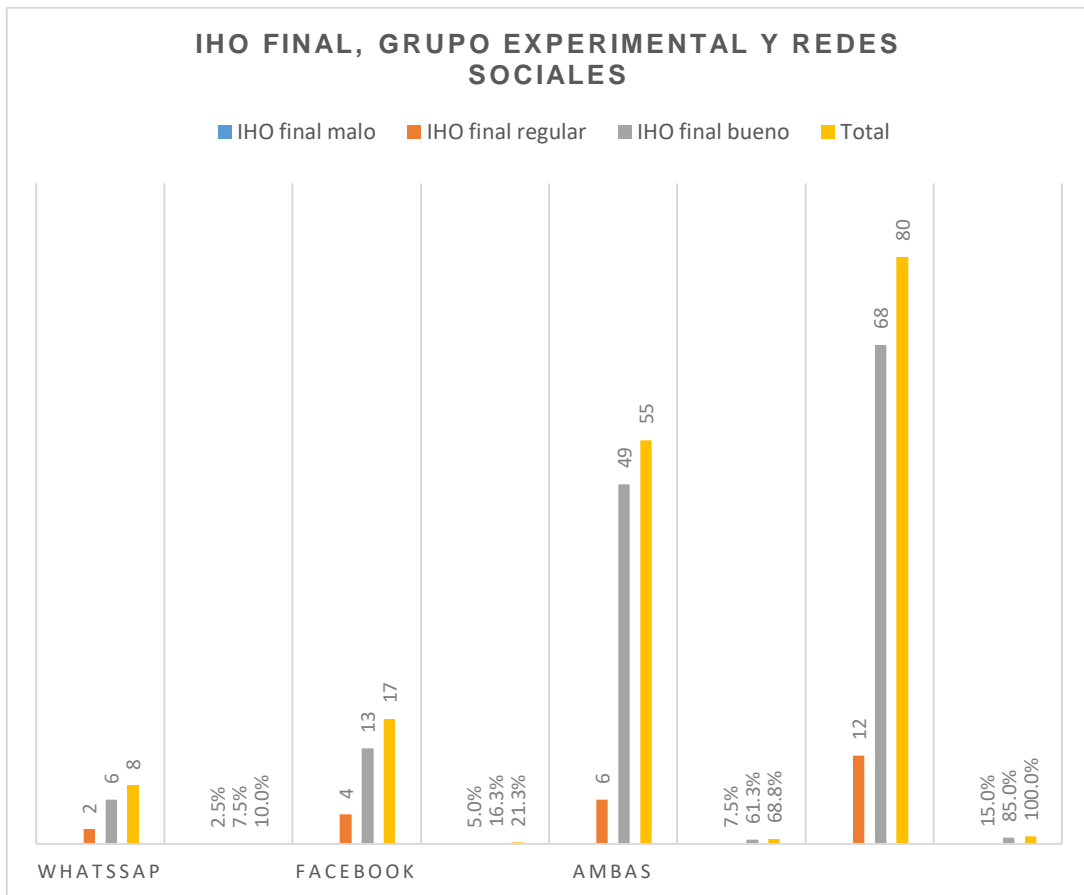
IHO final, grupo experimental con el tipo de red usada							
Experimental	Tipo de red utilizada	Whatssap	Recuento	IHO final		Total	
				malo	regular		bueno
					2	6	8
			% del total		2.5%	7.5%	10.0%
		Facebook	Recuento		4	13	17
			% del total		5.0%	16.3%	21.3%
		Ambas	Recuento		6	49	55
			% del total		7.5%	61.3%	68.8%
	Total		Recuento		12	68	80
			% del total		15.0%	85.0%	100.0%

Fuente: Propia del investigador

En la tabla cruzada de uso de redes sociales con IHO final del grupo experimental, se observa que usando ambas redes sociales WhatsApp y Facebook el 61,3% presento un IHO bueno, seguido de un 16,3% de IHO bueno usando solamente Facebook y en menos cantidad con un 7,5% el WhatsApp. Tomando en cuenta toda la muestra el 85,0% obtuvo un IHO final bueno en el grupo experimental. De igual manera con el IHO final presento un regular de 7,5%, usando solamente Facebook se obtuvo un 5,0%, y finalmente un usando solo WhatsApp se obtuvo un 2,5% de IHO regular.

Gráfico N° 04

Tabla cruzada de IHO final con redes sociales en el grupo experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 05

Condición de caries dental inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

Caries dental inicial, grupo control y experimental

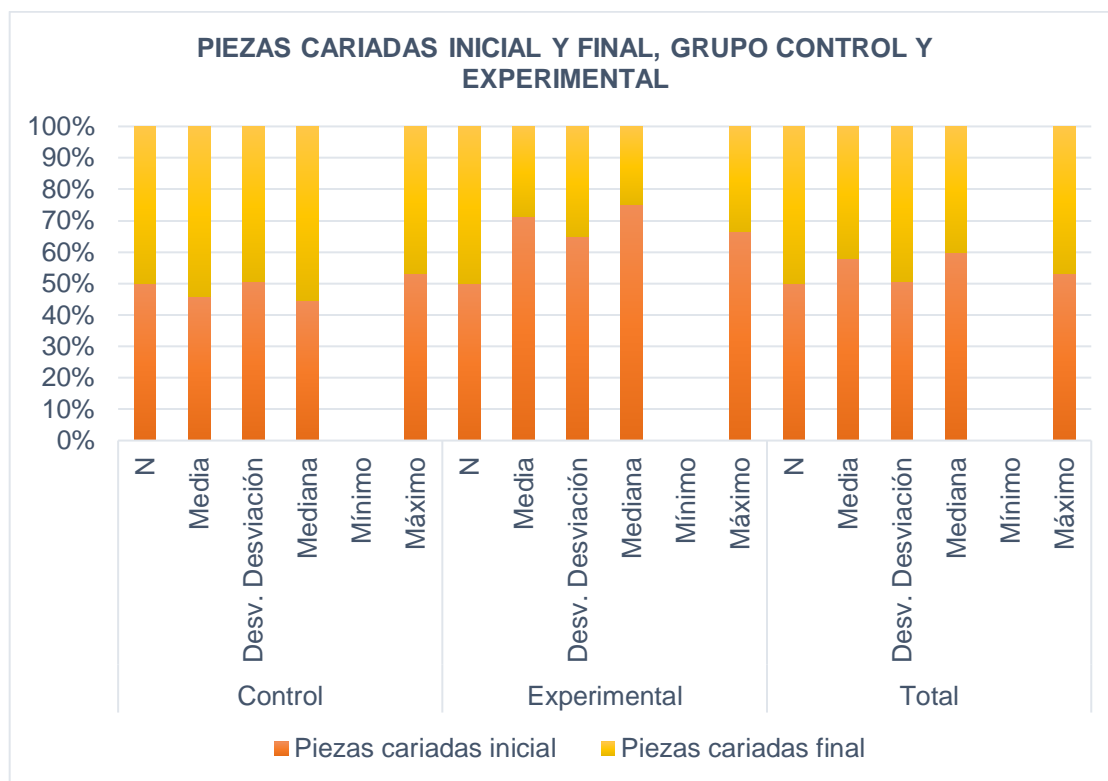
Grupo		Piezas cariadas inicial	Piezas cariadas final
Control	N	44	44
	Media	4.3182	5.0909
	Desv. Desviación	3.25485	3.19023
	Mediana	4.0000	5.0000
	Mínimo	0.00	0.00
	Máximo	16.00	14.00
Experimental	N	80	80
	Media	3.3750	1.3625
	Desv. Desviación	2.69258	1.46039
	Mediana	3.0000	1.0000
	Mínimo	0.00	0.00
	Máximo	14.00	7.00
Total	N	124	124
	Media	3.7097	2.6855
	Desv. Desviación	2.92668	2.85238
	Mediana	3.0000	2.0000
	Mínimo	0.00	0.00
	Máximo	16.00	14.00

Fuente: Propia del investigador

Según los resultados en la tabla de caries inicial y final: el grupo control presento una mediana inicial de 4 y posterior a la aplicación del programa presento una mediana final de 5 aumentando así su incidencia de caries.; de forma contraria el grupo experimental presento una media inicial de 3 y posterior a la aplicación del programa PSBA observamos una mediana de 1 la cual disminuye de forma aceptable.

Gráfico N° 05

Piezas cariadas inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 06

Tratamiento de caries (obturación) inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

Tratamiento de caries dental inicial y final.

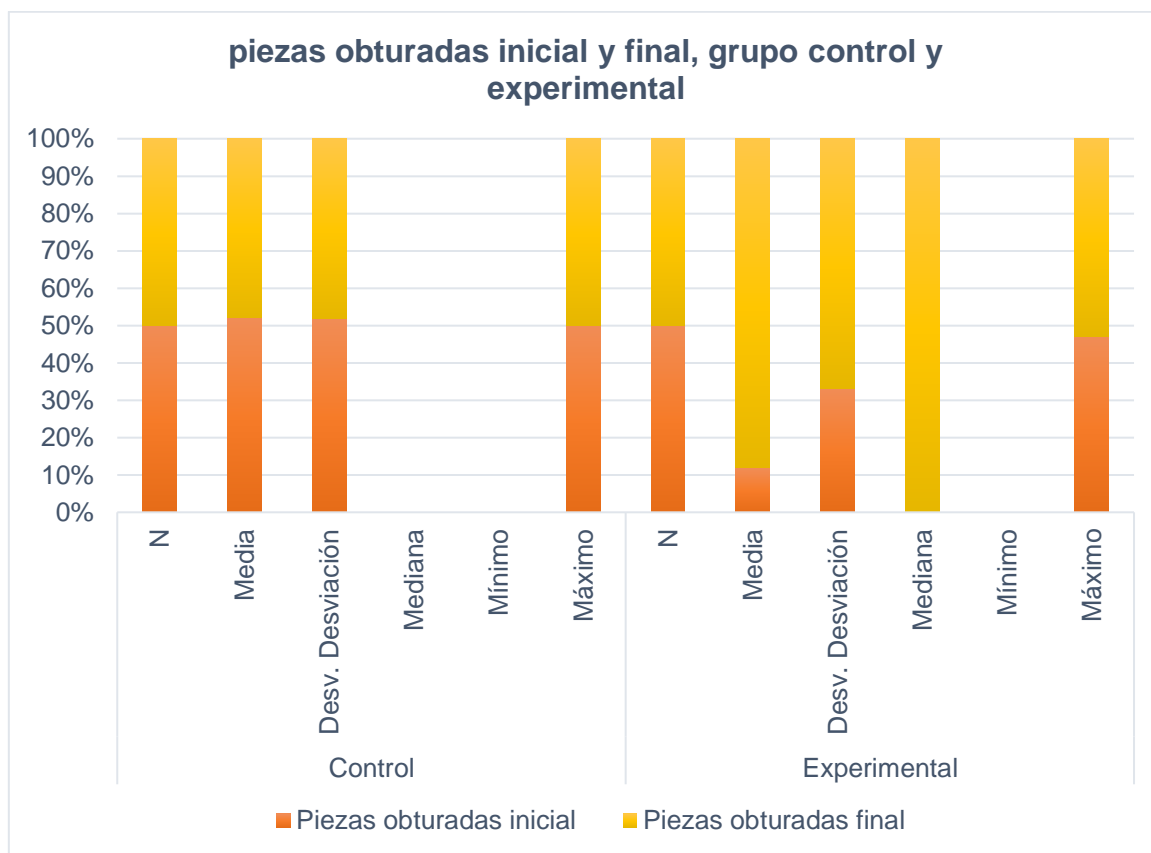
Grupo		Piezas obturadas inicial	Piezas obturadas final
Control	N	44	44
	Media	0.5682	0.5227
	Desv. Desviación	1.28312	1.19083
	Mediana	0.0000	0.0000
	Mínimo	0.00	0.00
	Máximo	6.00	6.00
	Experimental	N	80
Media	0.3500	2.6000	
Desv. Desviación	1.10350	2.22529	
Mediana	0.0000	2.0000	
	Mínimo	0.00	0.00
	Máximo	8.00	9.00

Fuente: Propia del investigador

De los 124 adolescentes examinados en el periodo 2017 – 2018 se observa que la mediana tuvo una variación en la 0 inicial a 2 final del grupo experimental; a del grupo control que se mantuvo en una mediana de 0 tanto inicial como final.

Gráfico N° 06

Tratamiento de caries (obturación) inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 07

Piezas perdidas inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

PIEZAS PERDIDAS INICIAL Y FINAL

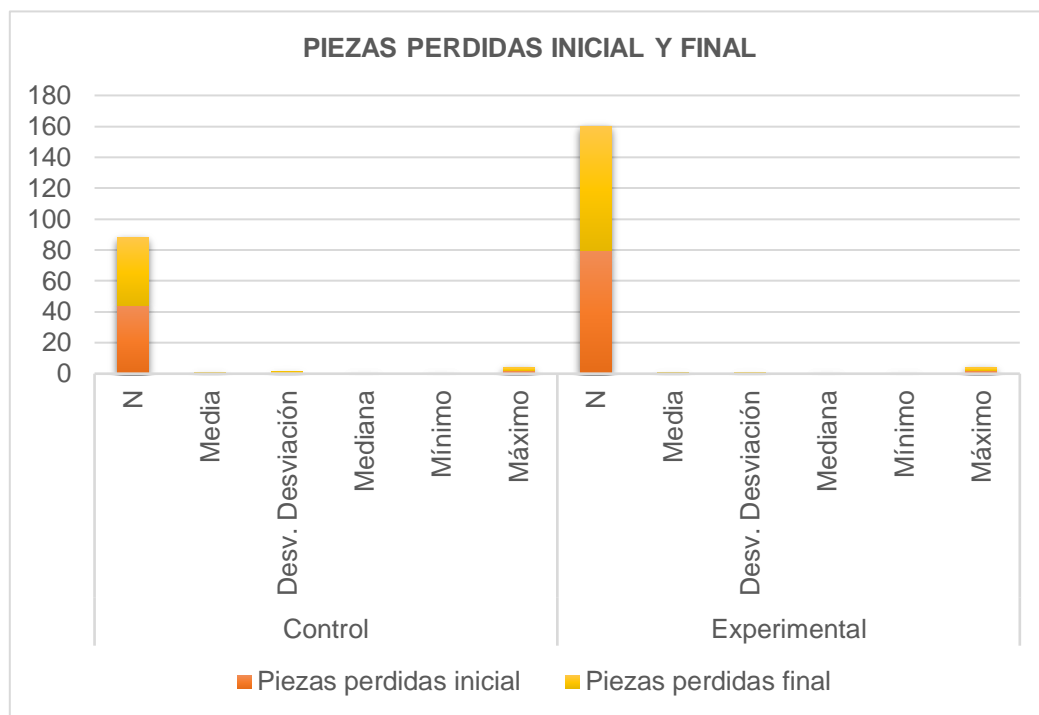
Grupo		Piezas perdidas inicial	Piezas perdidas final
Control	N	44	44
	Media	0.1591	0.5227
	Desv. Desviación	0.47949	0.76215
	Mediana	0.0000	0.0000
	Mínimo	0.00	0.00
	Máximo	2.00	2.00
Experimental	N	80	80
	Media	0.1000	0.1750
	Desv. Desviación	0.37653	0.44366
	Mediana	0.0000	0.0000
	Mínimo	0.00	0.00
	Máximo	2.00	2.00

Fuente: Propia del investigador

De los 124 adolescentes examinados en el periodo 2017 – 2018 de la I.E América, San Juan de Miraflores lima no se observa ningún cambio en las medianas inicial y final de ambos grupos tanto control como experimental.

Gráfico N° 07

Piezas perdidas inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 08

Tabla de uso de redes sociales según el CPO final del grupo experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

Uso de redes sociales según CPO

Grupo			Piezas cariadas final	Piezas obturadas final	Piezas perdidas final
Experimental	Whatssap	N	8	8	8
		Media	1.1250	3.0000	0.0000
		Desv. Desviación	1.80772	2.72554	0.00000
		Mediana	0.0000	2.5000	0.0000
		Mínimo	0.00	0.00	0.00
		Máximo	5.00	9.00	0.00
	Facebook	N	17	17	17
		Media	1.4118	2.0588	0.2353
		Desv. Desviación	1.00367	1.95162	0.43724
		Mediana	2.0000	2.0000	0.0000
		Mínimo	0.00	0.00	0.00
		Máximo	3.00	6.00	1.00
	Ambas	N	55	55	55
		Media	1.3818	2.7091	0.1818
		Desv. Desviación	1.54549	2.24163	0.47496
		Mediana	1.0000	2.0000	0.0000
		Mínimo	0.00	0.00	0.00
		Máximo	7.00	9.00	2.00
Total		N	80	80	80
		Media	1.3625	2.6000	0.1750
		Desv. Desviación	1.46039	2.22529	0.44366
		Mediana	1.0000	2.0000	0.0000
		Mínimo	0.00	0.00	0.00
		Máximo	7.00	9.00	2.00

Fuente: Propia del investigador

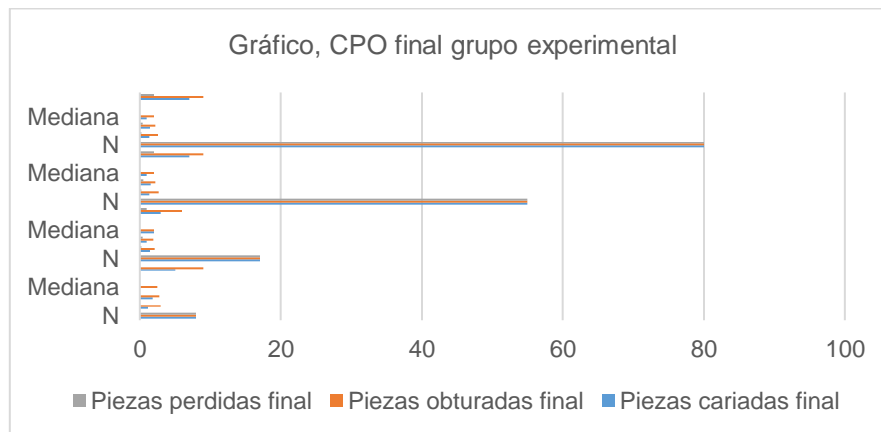
Interpretación:

La mayor mediana obtenida fue 2.5 pieza obturada final, mientras que se obtuvo 0.0 en la mediana de pieza cariada final y pieza perdida final.

En la tabla cruzada, de redes sociales con CPO final en el grupo experimental, se observa que el uso del WhatsApp con las piezas obturadas finales nos dio una mediana de 2,5 seguido del Facebook el cual presenta una mediana de 2 tanto para piezas cariadas finales y obturadas finales. Usando ambas redes Facebook y WhatsApp nos dio una mediana de 2 en piezas obturadas finales, la mediana de piezas cariadas es de 1, y en las piezas pérdida final la mediana tanto para Facebook y WhatsApp y ambas de una mediana de 0,0.

Gráfico N° 08

Uso de redes sociales según el CPO final del grupo experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 09

Relación molar derecha inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

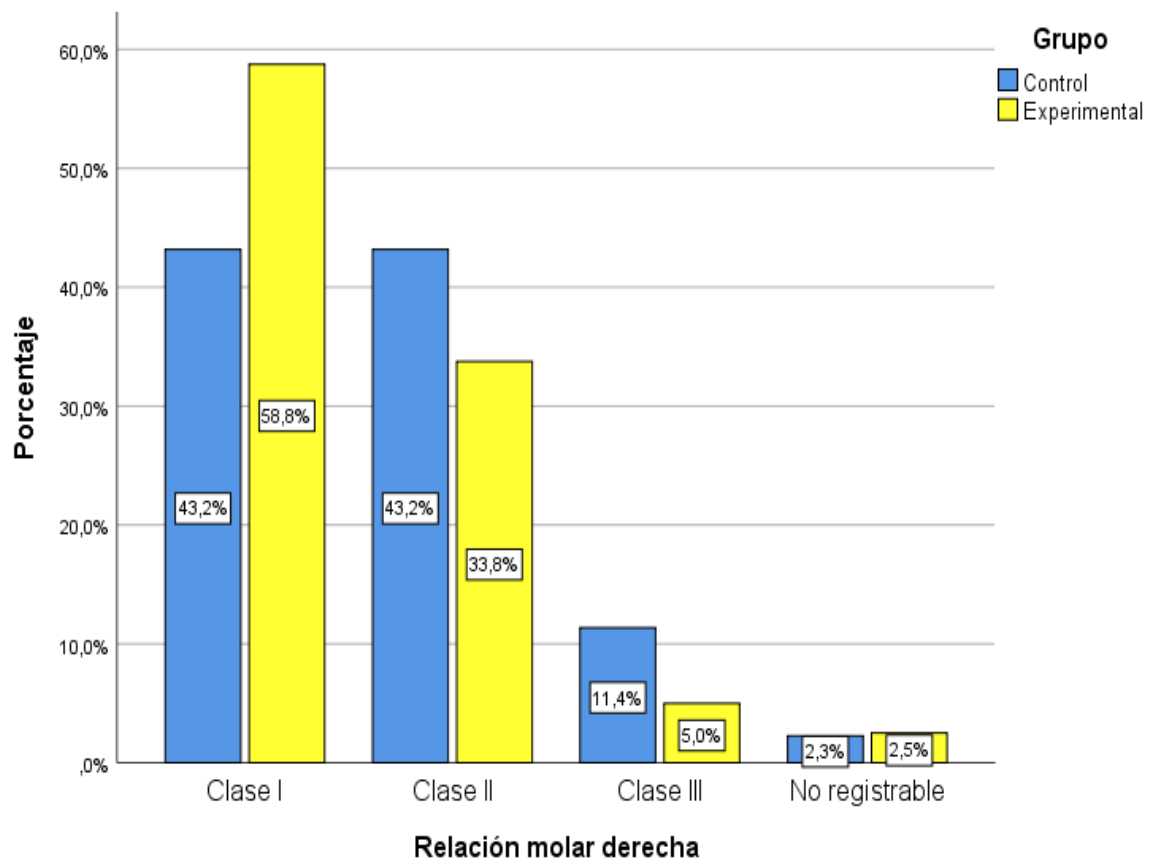
		Relación molar derecha			
		Grupo		Total	
		Control	Experimental		
Relación molar derecha	Clase I	Recuento	19	47	66
		% dentro de Grupo	43.2%	58.8%	53.2%
	Clase II	Recuento	19	27	46
		% dentro de Grupo	43.2%	33.8%	37.1%
	Clase III	Recuento	5	4	9
		% dentro de Grupo	11.4%	5.0%	7.3%
	No registrable	Recuento	1	2	3
		% dentro de Grupo	2.3%	2.5%	2.4%
Total	Recuento	44	80	124	
	% dentro de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuentes: propia del investigador

De los 124 adolescentes analizados el que presento un mayor porcentaje en el grupo control fue Clase I Y II con un 43,2%, y en el grupo experimental con un 58,8% con respecto a la relación molar derecha Clase I, seguido de un 43,2% del grupo control; y la Clase II con un 43,2%, y presento un 33,8% el grupo experimental con respecto a la clase II.

Gráfico N° 09

Relación molar derecha inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N°10

Relación molar izquierda inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018

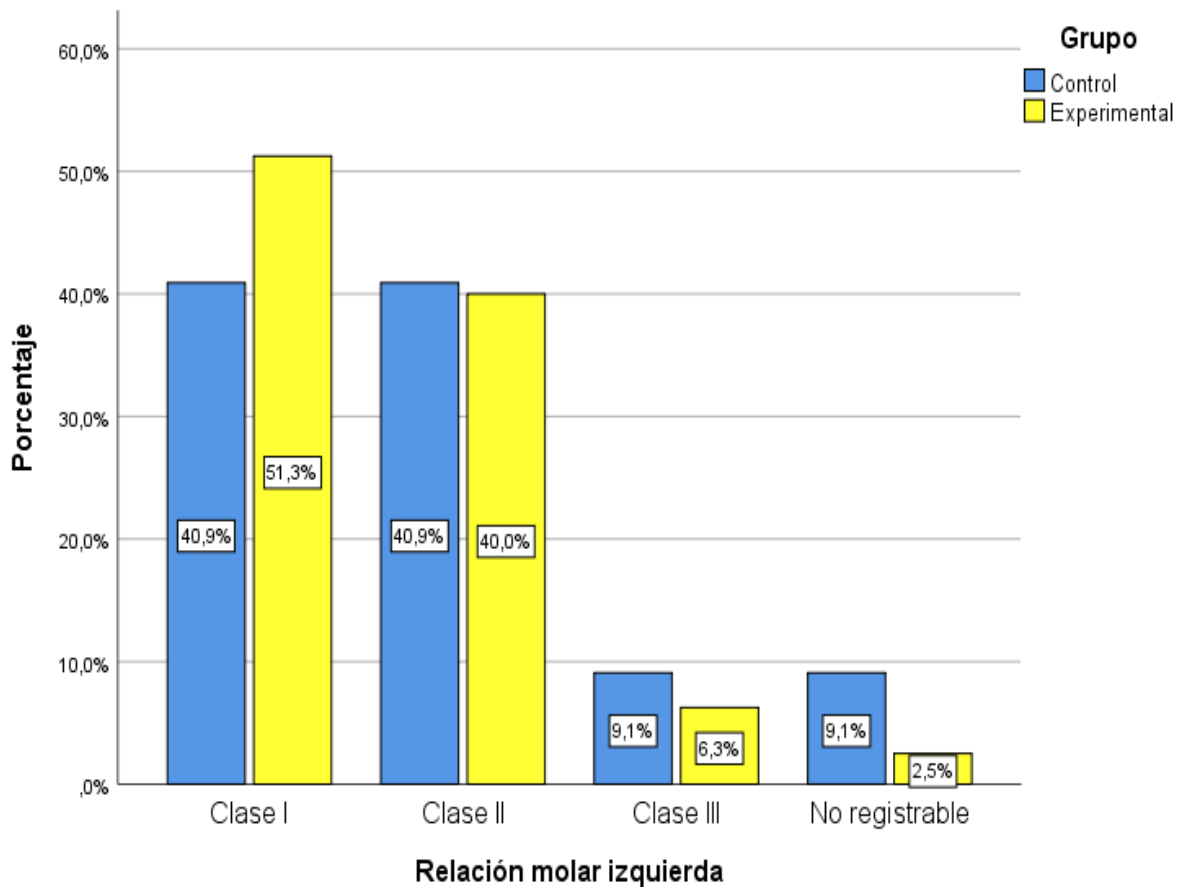
		Relación molar izquierda			
		Grupo		Total	
		Control	Experimental		
Relación molar izquierda	Clase I	Recuento	18	41	59
		% dentro de Grupo	40.9%	51.3%	47.6%
	Clase II	Recuento	18	32	50
		% dentro de Grupo	40.9%	40.0%	40.3%
	Clase III	Recuento	4	5	9
		% dentro de Grupo	9.1%	6.3%	7.3%
	No registrable	Recuento	4	2	6
		% dentro de Grupo	9.1%	2.5%	4.8%
Total		Recuento	44	80	124
		% dentro de Grupo	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Propia del investigador

De los 124 adolescentes analizados, se observa que en la clase I presenta un 51,3% en el grupo experimental, de la misma forma la clase II tienen un porcentaje de 40,9% en el grupo control, siendo la Clase III la menos encontrada en el grupo experimental con un 2,5%.

Gráfico N° 10

Relación molar izquierda inicial y final en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 11

Distribución de género y edad de los adolescentes examinados de la I.E 7101 América. San Juan de Miraflores –Lima. 2017 -2018

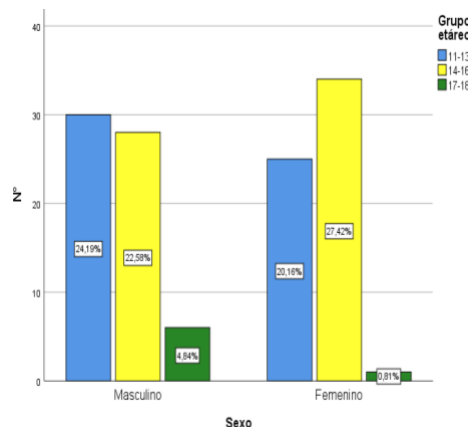
Sexo	Grupo de edad						Total	
	11 a 13		14 a 16		17 a 18		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Masculino	30	24.2	28	22.6	6	4.8	64	51.6
Femenino	25	20.2	34	27.4	1	0.8	60	48.4
Total	55	44.4	62	50%	7	5.6	124	100

Fuente: Propia del investigador

De los 124 adolescentes evaluados de la I. E 7101 América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018; el género más frecuente fue el masculino con un 51,6%, y en el grupo de edades de 14 a 16 presento el 50 %, seguido por el grupo de edades de 11 a 13 con un 44,4%, y el grupo de 17 a 18 los es el menos frecuente con un 5,6% del total de la muestra.

Gráfico N° 11

Distribución de género y edad de los adolescentes examinados de la I.E 7101 América. San Juan de Miraflores –Lima. 2017 -2018



Fuente: Propia del investigador

5.2 Análisis inferencial, prueba estadística paramétrica, no paramétrica, de correlación, de regresión u otras.

Tabla N° 12

Relación entre el conocimiento antes y después de la aplicación del programa en el grupo experimental y control de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018

Conocimiento antes y después de la aplicación del programa en el grupo experimental y control

Conocimiento	Control [§]						Experimental [§]						Z [‡]	P
	n	Media	DS	Me	Min*	Max ⁺	n	Media	DS	Me	Min*	Max ⁺		
Inicial	44	6.18	3.53	6	0	16	80	7.73	2.93	8	0	12	2.86	0.004
Final	44	4.41	3.16	4	0	12	80	13.15	2.96	14	6	20	8.73	0.000

Fuente: Propia del investigador

‡ Prueba U de Mann Whitney

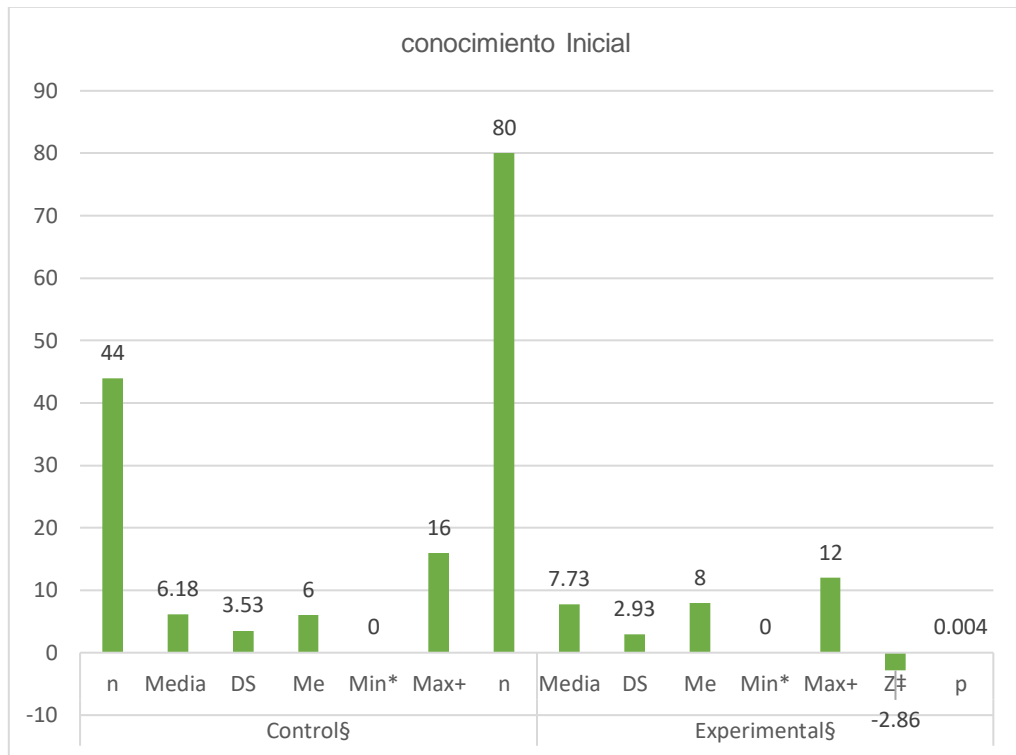
§ Prueba de Wilcoxon: Control/experimental p=0,000

‡ Prueba U de Mann Whitney

El conocimiento inicial y final presente diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En el grupo experimental los promedios tienden a ser mayores. Al término del programa el 50% de los estudiantes del grupo experimental tiene una nota mayor a 14, mientras que en el grupo control es de 4. Al evaluar los cambios antes y después de la aplicación del programa dentro de cada grupo se observa que el grupo control tiende a disminuir su puntuación mientras que el grupo experimental la aumenta. Presentando una p final de 0,000 el cual es significativo.

Gráfico N°12

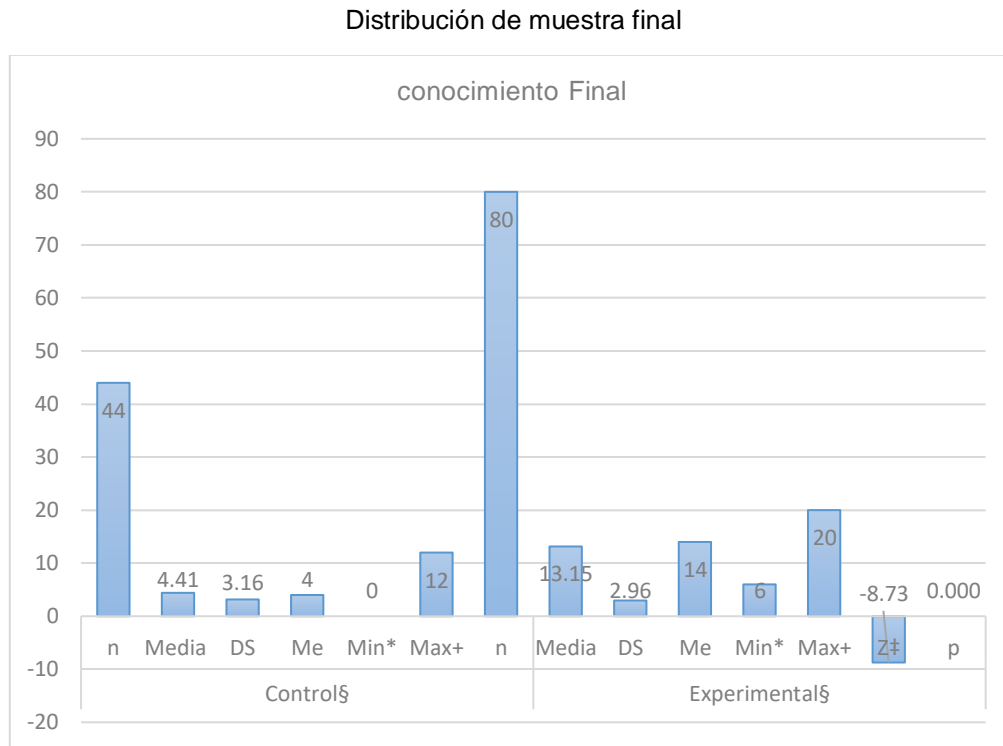
Relación de conocimiento inicial, grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Gráfico N° 13

Relación de conocimiento final, grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 13

Diferencia del IHO inicial, grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018

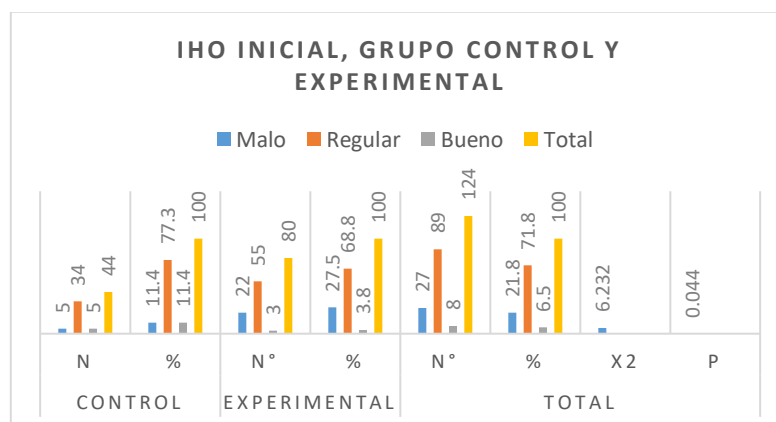
IHO inicial en el grupo control y experimental							X ²	p
IHO inicial	Control		Experimental		Total			
	N	%	N°	%	N°	%		
Malo	5	11.4	22	27.5	27	21.8	6.232	0.044
Regular	34	77.3	55	68.8	89	71.8		
Bueno	5	11.4	3	3.8	8	6.5		
Total	44	100	80	100	124	100		

Fuente: Propia del investigador

Existe diferencia en el IHO en ambos grupos tanto control y experimental. En el grupo experimental mayor con un 27,5% de IHO malo, y el bueno es menor con un 3,8% en comparación al control.

Gráfico N° 14

Diferencia del IHO inicial, grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 14

Diferencia del IHO final, grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018

IHO final, grupo control y experimental

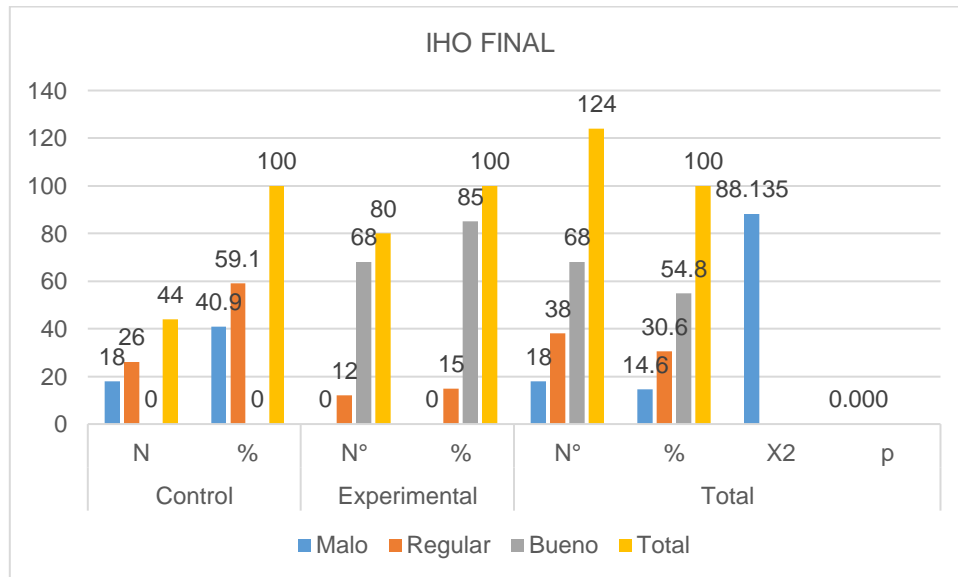
IHO final	Control		Experimental		Total		X ²	p
	N	%	N°	%	N°	%		
Malo	18	40.9	0	0	18	14.6	88.135	0.000
Regular	26	59.1	12	15	38	30.6		
Bueno	0	0	68	85	68	54.8		
Total	44	100	80	100	124	100		

Fuente: Propia del investigador

Existe diferencia en el IHO final en ambos grupos. El grupo experimental al término del programa presentó un 85% de IHO bueno, mientras que el grupo control mantiene alto porcentaje de IHO malo con un 40,9%, y no se encuentra ningún caso bueno. La prueba de chi-cuadrado nos da 88,135, y una p de 0,000 el cual es significativo para la investigación.

Gráfico N° 15

Diferencia del IHO final, grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 15

Diferencia de piezas cariadas, grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018

Piezas cariadas	Piezas cariadas													Z‡	p
	Control§						Experimental§								
	n	Media	DS	Me	Min*	Max+	n	Media	DS	Me	Min*	Max+			
Inicial	44	4.32	3.25	4	0	16	80	3.38	2.69	3	0	14	-	1.69 0.089	
Final	44	5.09	3.19	5	0	14	80	1.36	1.46	1	0	7	-	6.83 0.000	

Fuente: Propia del investigador

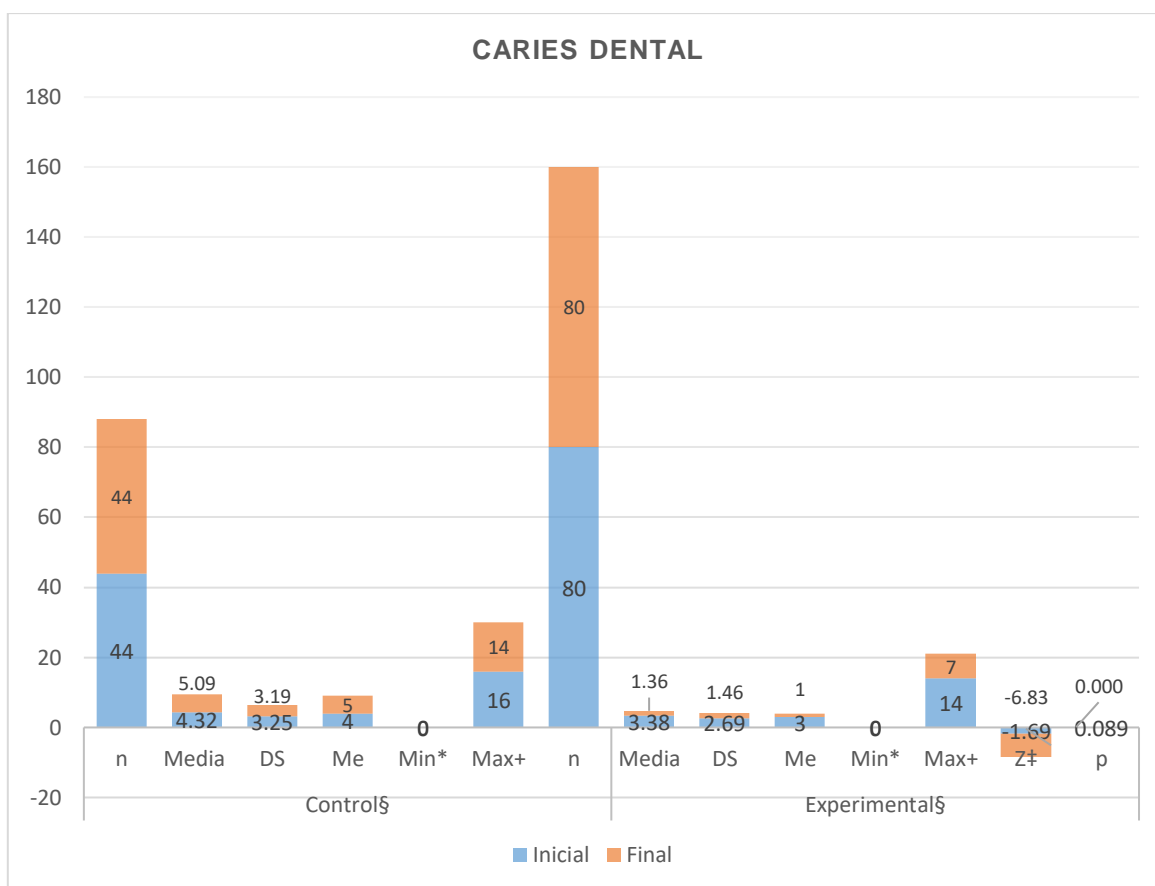
‡ Prueba U de Mann Whitney

§ Prueba de Wilcoxon: Control p=0,002/experimental p=0,000

La tabla nos muestra las piezas cariadas inicial la cual no presenta diferencia estadísticamente significativa con un p de 0,089 entre ambos grupos. Y en el grupo experimental el promedio de las piezas cariadas es menor representado con una mediana de 1, y la p en la toma final es de 0,000 estadísticamente significativa con el estudio.

Gráfico N° 16

Comparación de piezas cariadas, grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 16

Comparación de piezas obturadas inicial y final, en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018

Piezas obturadas	Piezas obturadas												Z [‡]	p
	Control [§]						Experimental [§]							
	n	Media	DS	Me	Min*	Max ⁺	n	Media	DS	Me	Min*	Max ⁺		
Inicial	44	0.57	1.28	0	0	6	80	0.35	1.1	0	0	8	0.994	0.320
Final	44	0.52	1.19	0	0	6	80	2.6	2.23	2	0	9	5.883	0.000

Fuente: Propia del investigador

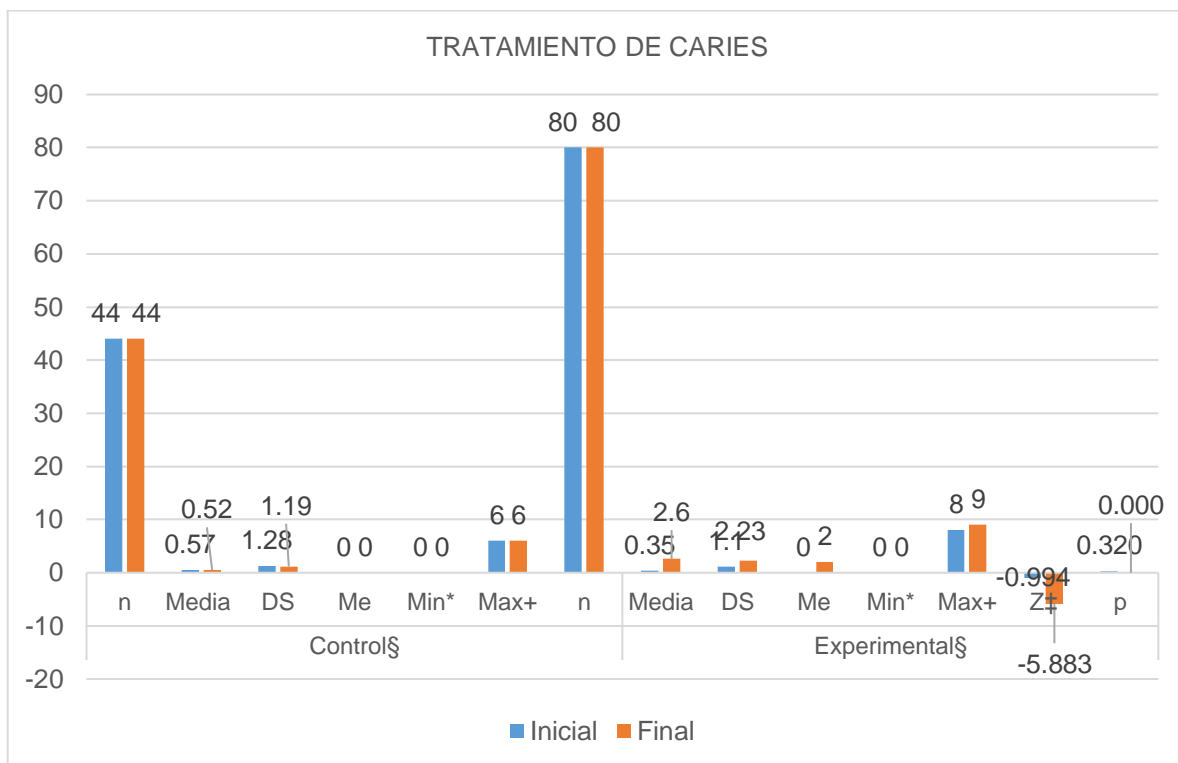
Prueba U de Mann Whitney

§ Prueba de Wilcoxon: control p= 0,317/ experimental p= 0,000

El promedio de piezas obturadas en el grupo experimental es mayor en comparación al grupo control. No existe una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos inicial. Al comparar el momento inicial y final en el grupo control no se observa un cambio significativo, mientras que en el grupo experimental aumenta en promedio el número de piezas obturadas.

Gráfico N° 17

Comparación de piezas obturadas inicial y final, en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 17

Comparación de piezas perdidas inicial y final, en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018

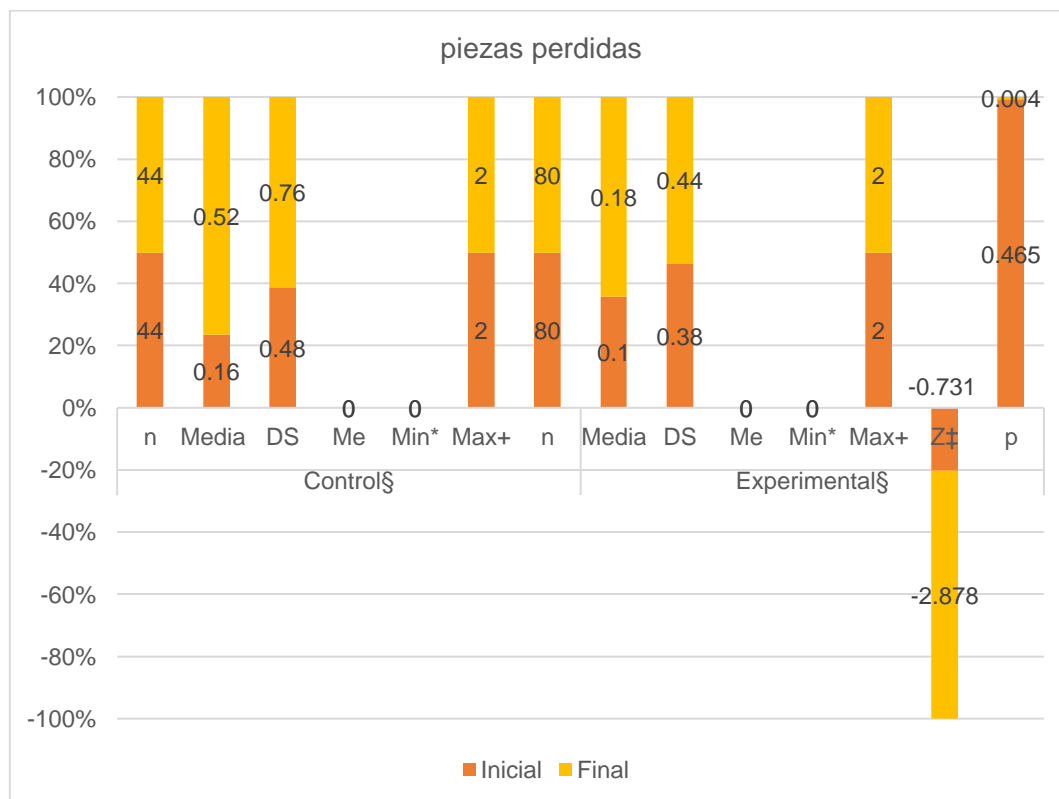
Piezas perdidas	Piezas perdidas													Z [‡]	p
	Control [§]						Experimental [§]								
	n	Media	DS	Me	Min*	Max ⁺	N	Media	DS	Me	Min*	Max ⁺			
Inicial	44	0.16	0.48	0	0	2	80	0.1	0.38	0	0	2	-	0.731	0.465
Final	44	0.52	0.76	0	0	2	80	0.18	0.44	0	0	2	-	2.878	0.004

Fuente: Propia del investigador

El promedio de piezas perdidas aumento posterior a la aplicación del programa con respecto al grupo control en comparación del experimental. El comportamiento inicial no difiere entre ambos grupos.

Gráfico N° 18

Comparación de piezas perdidas inicial y final, en el grupo control y experimental de los adolescentes examinados de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 18

Comparación de la relación molar derecha del grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018

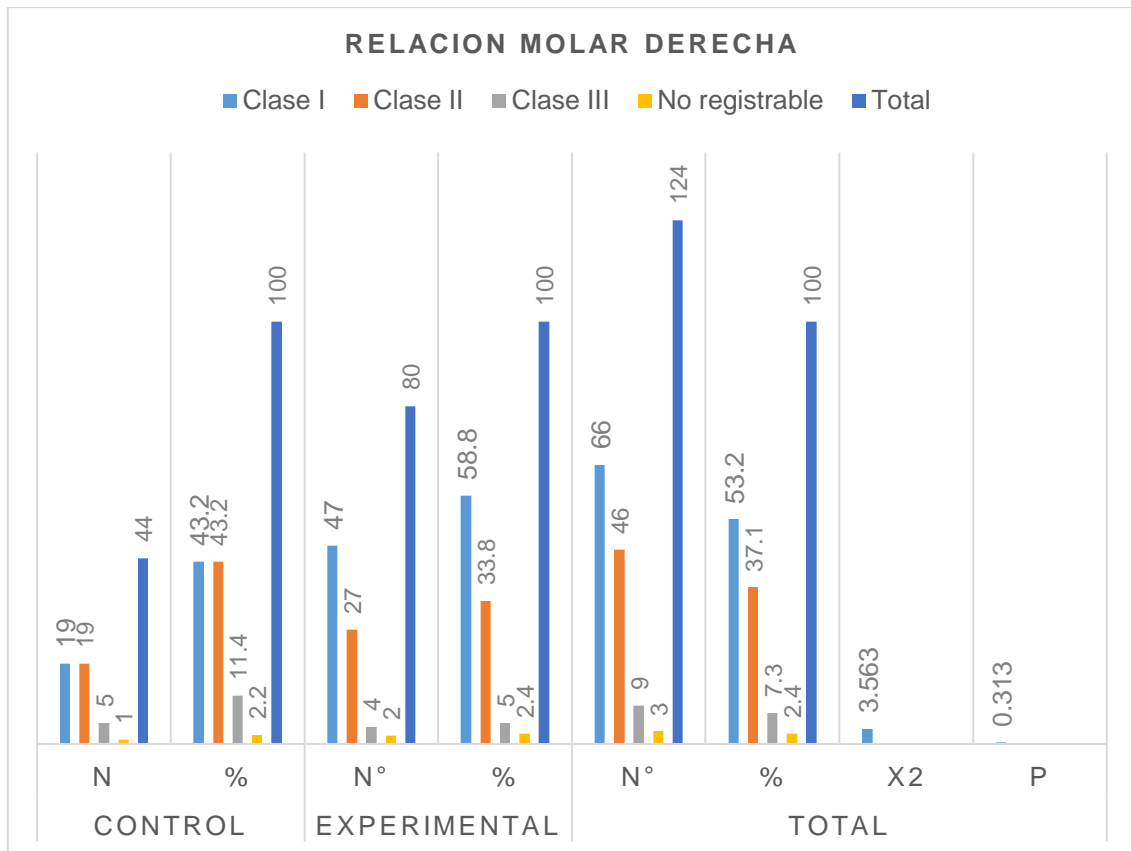
Relación molar derecha en el grupo control y experimental								
Relación molar derecha	Control		Experimental		Total		X ²	p
	N	%	N°	%	N°	%		
Clase I	19	43.2	47	58.8	66	53.2		
Clase II	19	43.2	27	33.8	46	37.1		
Clase III	5	11.4	4	5	9	7.3	3.563	0.313
No registrable	1	2.2	2	2.4	3	2.4		
Total	44	100	80	100	124	100		

Fuente: Propia del investigador

En ambos grupos la clase I y II son las que presentan con mayor frecuencia, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico N° 19

Comparación de la relación molar derecha del grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente: Propia del investigador

Tabla N° 19

Comparación de la relación molar izquierda del grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018

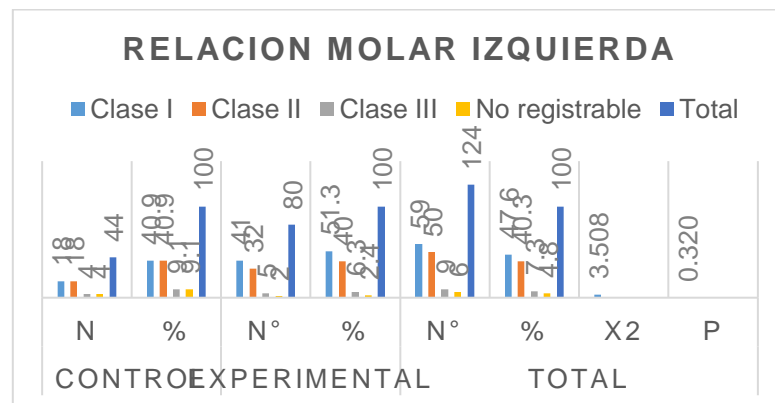
Relación molar izquierda	Control		Experimental		Total		X ²	p
	N	%	N°	%	N°	%		
Clase I	18	40.9	41	51.3	59	47.6	3.508	0.320
Clase II	18	40.9	32	40	50	40.3		
Clase III	4	9.1	5	6.3	9	7.3		
No registrable	4	9.1	2	2.4	6	4.8		
Total	44	100	80	100	124	100		

Fuente: propia del investigador

En ambos grupos la clase I y II son las que presentan con mayor frecuencia, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas

Gráfico N° 20

Relación de la relación molar izquierda del grupo control y experimental de los adolescentes examinados en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017 – 2018



Fuente Propia del Investigador

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticamente empleadas

5.3.1 Hipótesis Principal

La hipótesis principal de este trabajo de investigación, establecido anteriormente se menciona existe influencia del uso de redes sociales como complemento del aprendizaje en programas preventivos – promocionales de salud bucal en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018. Es significativa. Para obtener dichos resultados y para obtener la comparación entre grupo control y experimental, se utilizó la prueba de Wilcoxon, la prueba de U de Mann Whitney, y la prueba de Chi Cuadrado ($p < 0,05$); es decir si p es menor que 0,05, se rechazó la hipótesis nula por lo tanto el resultado se consideró estadísticamente significativo.

Según las hipótesis específicas empleadas:

5.3.2 Hipótesis Secundarias

- Primera hipótesis

H₁: El uso de redes sociales refuerzan el proceso de la educación en salud buco dental y así disminuye el índice de IHO en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018.

Redes sociales y Índice de higiene oral

H₀: El uso de redes sociales no refuerza el proceso de la educación en salud buco dental y así no disminuye el índice de IHO en adolescentes del grupo control y experimental I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018.

Ha: El uso de redes sociales refuerzan el proceso de la educación en salud buco dental y así disminuye el índice de IHO en adolescentes en el grupo control y experimental I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018.

Tabla N° 20

Relación de complemento de aprendizaje con respecto al índice de higiene oral IHO final en el grupo experimental y control en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018

Tablas cruzadas final de IHO

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	88,135 ^a	2	0.000
Razón de verosimilitud	113.899	2	0.000
Asociación lineal por lineal	84.073	1	0.000
N de casos válidos	124		
a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,39.			
Fuente: Propia del investigador			

Se realizó la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, donde se obtuvo el valor de 88,135 con un $p= 0,000$ el cual es significativo, basándonos en los resultados se llegó a determinar que se rechaza la hipótesis nula por lo tanto existe un complemento en el proceso de educación de salud bucodental y así disminuye el índice de IHO en adolescentes I.E América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

Tabla N° 21

Relación de complemento de aprendizaje con respeto al índice de higiene oral IHO final en el grupo experimental y control en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018

Estadísticos de prueba		
Grupo		IHO final - IHO inicial
Control	Z	-3,674 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	0.000
Experimental	Z	-7,542 ^c
	Sig. asintótica(bilateral)	0.000
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon		
b. Se basa en rangos positivos.		
c. Se basa en rangos negativos.		

Fuente: Propia del investigador

Se realizó la prueba de rangos de Wilcoxon, donde se obtuvo un valor de $Z = -3,674$ en el grupo control, y el valor de $Z = -7,542$ el cual determinó que se acepta la hipótesis alternativa por lo tanto el refuerzo del proceso de educación mediante uso de redes sociales logró una disminución del índice de higiene oral en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018.

- **Segunda hipótesis**

H₀: El uso de redes sociales no influye con respecto al desarrollo de caries dental en adolescentes I.I América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

H_a: El uso de redes sociales influye con respecto al desarrollo de caries dental en adolescentes I.I América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

Tabla N° 22

Desarrollo de caries dental en el grupo experimental y control en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018

Estadísticos de prueba		
	Piezas cariadas inicial	Piezas cariadas final
U de Mann-Whitney	1437.500	474.500
W de Wilcoxon	4677.500	3714.500
Z	-1.699	-6.827
Sig. asintótica(bilateral)	0.089	0.000

a. Variable de agrupación: Grupo

Fuente: Propia del investigador

Al aplicar la prueba de U de Mann-Whitney en las piezas cariadas iniciales se encontró 1437,500 y posterior a la aplicación del programa se encontraron 474,500 piezas cariadas finales en la cual se observa una disminución en la prueba de Wilcoxon inicialmente presento 4677,500 y un final de 3714,500, ambas pruebas no paramétricas presentan un grado de disminución, obteniendo una Z=0,000 final el cual nos indica que es significativo con respecto a la hipótesis alternativa.

Tabla N° 23

Desarrollo de caries dental en el grupo experimental y control en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018

Estadísticos de prueba		
Grupo		Piezas cariadas final - Piezas cariadas inicial
Control	Z	-3,161 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	0.002
Experimental	Z	-6,066 ^c
	Sig. asintótica(bilateral)	0.000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
b. Se basa en rangos negativos.
c. Se basa en rangos positivos.

Fuente: Propia del investigador

Se analizó las piezas cariadas en el grupo control y experimental; en el control inicial presento un Z= -3,161 y un control final de Z= 0,002 presento un rango final positivo para el estudio. En el grupo experimental inicial presento una Z= -6,066 y un final de Z= 0,000 un rango positivo el cual es significativo, y de acuerdo a los resultados la hipótesis alternativa es aceptada llegando a la conclusión que el uso de redes social influye con respecto de caries dental.

- **Tercera hipótesis**

H₀: El uso de las redes sociales no ayuda de manera positiva con respecto al tratamiento de caries dental en adolescentes I.E América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

H_a: El uso de las redes sociales ayuda de manera positiva con respecto al tratamiento de caries dental en adolescentes I.E América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

Tabla N° 24

Tratamiento de caries dental en el grupo experimental en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018

Estadísticos de prueba^{a,b}		Piezas cariadas final	Piezas obturadas final	Piezas perdidas final
Grupo				
Experimental	H de Kruskal-Wallis	1.189	1.053	2.219
	gl	2	2	2
	Sig. asintótica	0.552	0.591	0.330

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Tipo de red utilizada

Fuente: Propia del investigador

Se analizó la cantidad de piezas obturadas posterior a la aplicación del programa, en el grupo experimental se usó la prueba de H de Kruskal Wallis la cual nos dio 1,053 como pieza obturada final.

- **Cuarta hipótesis**

H₀: El uso de las redes sociales no refuerza el nivel de aprendizaje de forma positiva frente a las piezas perdidas en adolescentes I.E América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

H_a: El uso de las redes sociales refuerza el nivel de aprendizaje de forma positiva frente a las piezas perdidas en adolescentes I.E América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

Tabla N° 25

Tratamiento de caries dental en el grupo experimental en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018

Estadísticos de prueba^{a,b}		Piezas cariadas final	Piezas obturadas final	Piezas perdidas final
Grupo				
Experimental	H de Kruskal-Wallis	1.189	1.053	2.219
	GI	2	2	2
	Sig. asintótica	0.552	0.591	0.330

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Tipo de red utilizada

Fuente: Propia del investigador

Según la tabla de CPOD final del grupo experimental usando el análisis de H de Kruskal – Wallis nos da piezas cariadas un 1.189, piezas obturadas 1,053, y piezas perdidas 2,219, usando como variable de agrupación la red usada por cada adolescente el cual aumento significativamente para piezas obturadas.

- **Quinta hipótesis**

H₀: El uso de las redes sociales no refuerza el nivel de aprendizaje de forma positiva frente a la relación molar I.E América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

H_a: El uso de las redes sociales refuerza el nivel de aprendizaje de forma positiva frente a la relación molar I.E América, San Juan de Miraflores. 2017 – 2018.

Tabla N° 26

Relación molar derecha en el grupo experimental en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,563 ^a	3	0.313
Razón de verosimilitud	3.509	3	0.320
Asociación lineal por lineal	2.439	1	0.118
Prueba de McNemar-Bowker			. ^b
N de casos válidos	124		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,06.
b. Sólo se ha calculado para una tabla PxP, donde P debe ser mayor que 1.

Fuente: Propia del investigador

Se utilizó la prueba de Chi- Cuadrado de Pearson que nos dio un valor de 0,313, la razón de verosimilitud de 0,320, también se utilizó la prueba de McNemar-Bowker. Como complemento aceptándose de esta forma la hipótesis nula.

Tabla N° 27

**Relación molar izquierda en el grupo experimental en adolescentes I.E 7101
América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,508 ^a	3	0.320
Razón de verosimilitud	3.368	3	0.338
Asociación lineal por lineal	3.020	1	0.082
Prueba de McNemar-Bowker			. ^b
N de casos válidos	124		

a. 3 casillas (37,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla P x P, donde P debe ser mayor que 1.

Fuente: Propia del investigador

Del mismo modo se realizó la prueba de Chi- Cuadrado dando un valor de 0,320. El cual no es significativo para el estudio. También pruebas de verosimilitud 0,338, asociación lineal 0,082 en la totalidad de los casos el recuento mínimo esperado fue de 2,13 en cual no es significativo aceptando la hipótesis nula.

5.4 Discusión

Si hablamos de salud bucal debe existir una ausencia de diversas patologías bucales, pero a la vez va comprometida de enfermedades tales como la caries dental, gingivitis, mal oclusión las cuales son un gran problema de salud pública ya que su prevalencia es alta, ya sea por el elevado costo de los tratamientos, ya sea la sociedad o la falta de conocimiento de cómo tratarlas.

Las causas de las enfermedades son múltiples y por eso es la importancia de evaluar el conocimiento, las actitudes y prácticas de los adolescentes los cuales ya se encuentran en la capacidad motora de hacerse responsable de su salud bucal, de esto modo es fundamental establecer estrategias de educación en salud bucal a través de programas preventivos promocionales de salud bucal y así contribuyan a la disminución de la aparición de patologías bucales.

El aprendizaje es un concepto amplio y de contenidos complejos con la finalidad de influencias en el conocimiento del adolescente sobre salud bucal, se realizó un programa preventivo – promocional de salud bucal en el cual fue difundido a través de las redes sociales las cuales fueron: Facebook y WhatsApp, para este estudio se tuvo un grupo control el cual no recibió ningún tipo de educación en salud bucal. El uso de redes sociales como complemento del aprendizaje en un programa preventivo – promocional de salud bucal en adolescentes I.E América, San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018; implica un gran esfuerzo tanto para el investigador como para el estudiante participante. Todo esto se realizó con el fin de generar nuevos hábitos y lograr el máximo aprendizaje de salud bucal

reforzando a través de las plataformas virtuales muy conocidas y usadas por los adolescentes.

En busca de una mejora del aprendizaje y salud bucal se realizó la presente investigación la cual presentó dos grupos: un grupo control y otro experimental; aplicando estrategia de aprendizaje, como son: las redes sociales (Facebook y WhatsApp), charlas, videos informativos; analizamos IHOS, CPOD, relación molar, conocimiento inicial y final sobre salud bucal y así obtener los cambios significativos.

De acuerdo con nuestra hipótesis principal existe influencia del uso de redes sociales como complemento del aprendizaje en programas preventivo – promocionales en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores. 2017 - 2018. El autor Cabrera M. (2017) analizo la eficacia del aprendizaje basado en problemas en el logro del aprendizaje significativo en estomatología Preventiva y Servicio a la Comunidad I y II- Universidad Alas Peruanas. Analizo grupos con aplicación y sin aplicación de las estrategias de aprendizaje el grupo sin aplicación del programa presento una mediana de 10, seguido del grupo con aplicación teniendo una mediana de 12 según el resultado de adquisición de nuevo conocimiento según estrategias del programa no es eficaz en el logro del aprendizaje de la asignatura resultado con un $p= 0,075$ el cual no es significativo. Sin embargo, para la comparación de comprensión del conocimiento entre los grupos de estrategia y sin estrategia dio un $p= 0,000$ el cual es significativo, esto evidencio que en cuanto a comprensión del conocimiento las estrategias

empleadas dan un resultado eficaz en el logro del aprendizaje de los estudiantes en dicha asignatura. Del mismo modo nuestro estudio da como resultados de la evaluación al determinar el conocimiento entre los grupos control y experimental con aplicación de programa PSBA y sin aplicación del programa PSBA nos demostraron diferencias estadísticamente significativas. El grupo control presento una mediana de 6 inicialmente, el grupo experimental una mediana inicial de 8; ambas nos dan un $p = 0,004$: posterior a la aplicación del programa dentro de cada grupo se observan cambios en grupo control tiende a disminuir la mediana a 4; el grupo experimental aumento significativamente a una mediana de 14; presentando una $p= 0,000$ el cual es significativo. Resultando relevante para el estudio. Al evaluar los cambios antes y después se observó que el grupo control tiende a disminuir su puntuación mientras que el grupo experimental aumento. Y como p final os dio que significativo. Sin embargo, nuestros resultados son diferentes al estudio dado por Cabrera M. (2017) analizo la eficacia del aprendizaje basado en problemas en el logro del aprendizaje significativos en de Estomatología Preventiva Servicio a la Comunidad I y II; al evaluar la evolución de adquisición de nuevos conocimientos según grupos presento una mediana de 10; y del grupo con aplicación del programa presento una mediana de 12, no se encontró significancia estadísticamente significativa. Pero el mismo autor tomo una variable de comprensión del conocimiento el cual si tiende a aumentar significativamente ya que el grupo sin aplicación del programa presentó una mediana de 9 y el grupo con aplicación del programa presento una mediana de 14 observamos que aumenta significativamente; del mismo modo en aplicación del

conocimiento presentando el grupo sin aplicación una mediana de 9 y el grupo con aplicación del programa de 17 el cual es significativo; tanto para comprensión del conocimiento y aplicación del conocimiento e observo un aumento significativo. Esta diferencia en los resultados comparando nuestro estudio está asociado a que este autor evalúa diferente tipo de población ya que son estudiantes del área de salud y manejan los términos básicos y el investigador desglosan en conocimiento, comprensión y aplicación; por ello la diferencia ya que nuestra población es adolescente entre los 11 y 18 años los cuales no tienen instrucción previa en el área de salud. En la presente investigación, se consideraron como variables de estudio las redes sociales (Facebook y WhatsApp) y los programas preventivos promocionales como complemento del aprendizaje. Se decidió realizar este estudio porque se observó que las redes sociales son los medios de comunicación masiva más empleados por los adolescentes, y según DIGESA el distrito de San Juan de Miraflores presento una incidencia de caries del 90% y enfermedad periodontal, lo cual conllevaría a alteraciones o patologías más complejas a futuro, más aun analizando el rango de edad. Sin embargo, no se han reportaron estudios previos de la asociación de estas variables, es por ello que se decidió realizar el estudio.

A partir de los resultados obtenidos, se aceptó la hipótesis alternativa, la cual establece que el uso de redes sociales refuerza el proceso de la educación en salud buco dental y así disminuye el índice de IHO en adolescentes la cual influye significativamente. En adolescentes de la I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017- 2018.

Con referente al análisis de IHOS inicial en ambos grupos tanto control como experimental existe una diferencia el grupo control presento un 77,3% referente IHO regular el cual se presentó con mayor porcentaje, tanto su IHO bueno y malo presentaron un 11,4% siendo similares; el IHO del grupo experimental tuvo como mayor valor un 68,8% en IHO regular, este presentó un IHO malo de 27,5%, siendo el IHO malo de 3,8% siendo en más bajo como muestra inicial entre ambos grupos. Lo mismo ocurre con Serrano C. et al. (2017) el cual analiza la eficacia del programa de higiene oral individualizado con refuerzo a través de las redes sociales; el programa condujo a una reducción significativa de Índice de placa de O'leary inicialmente presento un 72,6%, si comparamos los valores se asemejan al estudio realizado pero la utilización de los índices son distintos la conclusión es que ambos tiene un valor elevado. Del mismo modo Torres M., et. al (2015) investigo la modificación del conocimiento sobre salud bucal en adolescentes se estudiaron 40 adolescentes las cuales se le aplico un cuestionario, antes y después de presentar el programa de actividades educativas, y el conocimiento de higiene bucal era inadecuado con un 97,5% obteniendo casi la totalidad de la población. Estas similitudes entre índices fueron elevadas lo cual se debe que la falta de conocimiento de una correcta salud bucal, ya sea en jóvenes o en adolescentes más aún que ambos estudios son intencionales, eso quiere decir que la deficiencia en el área preventiva promocional no solo son ámbito local. Posterior a la aplicación del programa PSBA los resultados de nuestro IHO final tuvieron una variante significativa para el estudio; nos presentó cambios como un IHO final en el grupo experimental presento un 85 % de IHO bueno aumentado de

forma significativa, seguido de un IHO regular de 15%, y presentando 0 casos en el IHO malo; a diferencia del grupo control nos presentó un 59,1% de IHO regular, seguido de un 40,9% de IHO malo aumentando de forma alarmante, y no presento ningún caso de IHO bueno, nuestro IHO final posterior a la aplicación del programa con refuerzo de las redes sociales nos dio una $p= 0,000$ el cual es significativo. Comparando resultados Serrano C. et al. (2017) Presento una disminución en su índice de O'leary final el cual fue de 42% pero debemos tomar en cuenta que la población tuvo visitas al Odontólogo el cual ayudo con profilaxis ya que estos tenían instaurados la gingivitis y así cambio así sus hábitos: del mismo modo Torres M., et al (2015) posterior la aplicación de las técnicas educativas el IHO fue de un 97,4% de adecuado mejorando así el conocimiento sobre dieta cariogénica, técnica de cepillado, llegando a la conclusión que las técnicas empleadas fueron las adecuadas. En la investigación se logró mejorar los conocimientos de higiene oral logrando así que los adolescentes conozcan la técnica de cepillado y la apliquen en su día a día generando aplicación de lo aprendido a través de las plataformas virtuales del mismo modo un adecuado hábito oral. Por ello de gran importancia de difundir la prevención en salud bucal.

Con los resultados obtenidos, se aceptó la hipótesis alternativa, la cual establece que el uso de redes sociales influye con respecto al desarrollo de caries dental. En adolescentes de la I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017- 2018.

Fernández L., et al (2014) analizó la caries dental en una comunidad venezolana, dicho estudio de descriptivo y transversal tuvo 240 adolescente en un rango de

edad de 12 – 14 años de edad, el estudio tuvo una iniciación en enero hasta septiembre, se identificaron los principales factores de riesgo para la evolución de caries, como prevalencia se encontró caries según sexo; adolescente de 13 años en el género masculino una tasa de prevalencia de caries de 15,4 y el género femenino de 13,7; la tasa de prevalencia total fue de 83,3. En el índice de CPOD resulto que el 6,26 fue el más alto en edad de 14 años, pero en caries dental nos muestra un 56,5% de incidencia de caries para los niños de 14 años. Y como conclusión a pesar del programa realizado, no se ha logrado que la mayoría de los jóvenes logren realizar un cepillado correcto, por lo cual se necesita implementar mejores acciones educativas que los motiven a practicar eficazmente esta actividad porque según aumenta la edad de los adolescentes, su responsabilidad es superior, por lo cual se insiste en lo importante que resulta trabajar en adultos responsables el 70% de los pacientes con una mala higiene bucal se encuentran asociadas a la aparición de caries. Con respecto a los resultados obtenidos en el estudio, el grupo control presento inicialmente una mediana de 4 y el grupo experimental una mediana de 3 inicial; posterior a la aplicación del programa estas tuvieron una variantes en ambos grupos ya que la mediana final del grupo control fue 5 aumentando de forma relevante tomando en cuenta que este grupo de adolescentes no recibió ningún tipo de información; pero notamos un cambio significativo en el grupo experimental ya que termino con un mediana final de 1 esto posterior a la aplicación del programa PSBA y como resultados de piezas cariadas iniciales y final no presentó diferencia estadísticamente significantes ya que presento una $p= 0.089$, posterior a la aplicación del programa el grado de

significancia fue $p = 0,000$ significativo esto a diferencia de Fernández si logramos un cambio de actitudes es los adolescentes ya que estos tomaron conciencia respecto a la patología más común que viene a ser la caries dental. Pero las diferencias pueden ser dadas ya que el grupo usado por Fernández es mucho más amplio y más difícil de manejar pero el mismo menciona en una de sus conclusiones que se deberían usar otro tipo de estrategias y nosotros usamos las plataformas virtuales que están en aumento día con día y así les brindamos herramientas de educación a tiempo real y muy acorde con su sistema de socialización de los adolescentes del ciclo veintiuno y así lograr un control del mismo, generando nuevos hábitos y así educando que es lo más importante ya que como lo menciona Fernández mientras más edad mayor responsabilidad personal un punto el cual no tomamos en cuenta en nuestro estudio pero a pesar de ello el resultado de la influencia de las redes sociales como desarrollo de caries dental nos dio significativo para el estudio.

Como resultado para la hipótesis de tratamiento de caries dental aceptamos la hipótesis alternativa ya que los resultados fueron en el grupo control presento una mediana inicial y final de 0 los cuales no cambiaron tanto en la muestra inicial como final de dicho grupo presentando un $p = 0,320$ el cual no es significativo; pero todo lo contrario sucedió con el grupo experimental el cual presento una media inicial de 0 posterior a la aplicación del programa PSBA presento una mediana de 2 el cual aumento en promedio de piezas obturadas que es tratamiento recomendado para las lesiones cariosas dicho grupo nos presentó un $p = 0,000$ el cual es significativo y esto nos demuestra que pudimos instaurar

nuevos hábitos en los adolescentes, los cuales fueron educados para así poder realizar tratamientos tanto preventivos como restauradores y así poder lograr una correcta salud bucodental. Pero Carrasco M. (2014) analiza las características socioculturales y salud bucal de escolares en instituciones públicas; determinar la prevalencia de caries la cual fue de 86,92% en CPOD=2,39 esto indica que el 50% de los adolescentes desconocía las enfermedades bucales que pueden afectar su boca; el 54,95% no sabía el tiempo de cepillado adecuado; el 52,10% desconocía los métodos preventivos de caries dental. Nunca visitaron al dentista y no lo recuerdan el 21,49% y 19,62%, respectivamente; el motivo fue dolor o tratamientos recuperativos en el 70,14%. El 45,79% se cepillaba 3 veces al día; 22,42% consume diariamente azúcares. Conclusiones: Las condiciones socioeconómicas se expresan en el estado de salud bucal. La mayoría no tiene acceso a la atención médica odontológica y presenta una alta prevalencia de caries dental, así como conocimientos y prácticas en salud bucal inadecuados. Carrasco no coincide con nuestros hallazgos ya que ellos enfocaron con una variable adicional las características socioculturales, nosotros no lo mencionamos pero las poblaciones son similares ya que DIGESA no indica en su último estudio que la población de San Juan de Miraflores es una población que tiene una incidencia de caries del 90% y sus pobladores jóvenes entre los 11 y 18 años tienen una incidencia del 21% pero más aun no todos reciben tratamiento adecuado por la falta de personal destinado a esta zona catalogada como pueblo joven; pero notamos que con una correcta educación e incentivó contante del conocimiento pues el adolescente como va creciendo tiene más responsabilidades

y su apariencia a esta edad juega un papel muy importante y así ellos se preocupan más por estar mejor y más presentables ya que ellos aprendieron que es indispensable una correcta salud bucal excepta de gingivitis, caries dental y diversas patologías las cuales se pueden prevenir con correctos hábitos.

Con respecto a la hipótesis, el uso de las redes sociales refuerza el nivel de aprendizaje de forma positiva frente a las piezas perdidas en adolescentes I.E América, San Juan de Miraflores de la influencia de piezas perdidas.2017 – 2018.

Los resultados obtenidos fueron en aumento para el grupo control ya que presento una media de 0,16 inicial y una media final de 0,52 la cual aumento posterior a la aplicación del programa PSBA a diferencia del grupo experimental obteniendo una media de 0,1 inicial y una media final de 0,18 el comportamiento inicial no difiere entre ambos grupos. Llegamos a la conclusión que al no estar educados o no motivarse los adolescentes desconocen cuál es la consecuencia de no tratar una caries inicial y posterior a la perdida de la pieza dentaria, posterior el grupo experimental aprendió que tratamientos correctivos se pueden emplear, pero no hubo una diferencia notable. De forma similar coincidimos con, Carrasco M. (2014) analiza las características socioculturales y salud bucal de escolares en instituciones públicas; determinar la prevalencia de caries la cual fue de 86,92% en CPOD=2,39 esto indica que el 50% de los adolescentes desconocía las enfermedades bucales que pueden afectar su boca; el 54,95% no sabía el tiempo de cepillado adecuado; el 52,10% desconocía los métodos preventivos de caries dental. El cual nos indica que el adolescente desconocía notablemente los

tratamientos pues esto llega que si observamos nuestros resultados en el grupo control este tiende a aumentar la pérdida de piezas dado por la falta de conocimiento del tema preventivo.

Ourens M., et al (2013) estudio la prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior de Uruguay, entre las edades de 15 y 24 años el estudio fue transversal se realizó en los años 2010 – 2012, el objetivo principal fue describir la prevalencia de las maloclusión, su severidad y necesidad del tratamiento en adolescentes y a la vez la asociación con la variable sociodemográfica , algunos indicadores de riesgo y aspecto de la calidad de vida en relación a la salud bucal, el tamaño de la muestra estuvo compuesto 715 se usó el Índice de Estética Dental (DAI) se catalogaron por categorías en maloclusión (I, II, III) como resultados obtuvieron que la prevalencia de maloclusión se presentó en un 33,8%, de los cuales el 8,54% son maloclusiones muy severas, el 40% de los individuos con maloclusión leves y el 75% con muy severo. De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio la relación molar según Angle más prevalente fue la clase I y II con un 43,2% con respecto a la relación molar derecha tanto para grupo control, el grupo experimental presento una relación molar clase I con un 58,8% siendo la más elevada. Y según la relación molar izquierda el grupo control presento un 40,9% en clase II y II, mientras que el grupo experimental presento un 51,3%; de tal forma que se obtuvo un $p = 0,313$ en la relación molar derecha y en la relación molar izquierda un $p = 0,320$ los cuales no son significativos para el estudio. Llegando al a conclusión que las diferencia entre Ourens M.(2013) utiliza el índice de Estética Dental el cual es

mucho más específico referente con el tema de mal oclusiones y su estudio tuvo una duración de 2 años el cual le dio los resultados más verídicos ya que como sabemos para observar cambios a nivel oclusal y más tratándose de maloclusiones y tratamientos correctivos de las mismas necesitamos un periodo de tiempo más largo el cual nuestro estudio no conto, por lo tanto solo se observó mas no hubo ninguna variante en la misma y por lo tanto se acepta la hipótesis nula del mismo. Y como base de estos resultados se pueden usar para estudios futuros en la misma población y así podremos observar el cambio dado de forma relevante.

Se trabajó con 124 adolescentes en total, en donde 44 formaron parte del grupo control y 80 en el grupo experimental correspondiendo el 51,6% al género masculino y un 48,4% al género femenino. En relación a la distribución según edad, se agruparon en edades de 11 a13, 14 a 16, 14 a 16, 17 a 18. El grupo de edades que obtuvo un mayor porcentaje fue el de 14 a 16 con un 50%, seguido por un 44,4% el cual lo obtuvo el grupo de edades de 11 a 13; seguido por el grupo de edades de 17 a 18 obteniendo un 5,6% siendo el más bajo. Estos resultados son similares al estudio realizado por Serrano C. et al. (2017) Estudio de eficacia de la higiene oral individualizado con refuerzo a través de redes sociales en jóvenes universitarios con diagnóstico de gingivitis; el estudio presento 38 pacientes con un promedio de 21,1 años; participaron 17 mujeres con un porcentaje de 44,7% y 21 hombres con un porcentaje de 55,2%. Donde el género masculino se predispuso según porcentaje. Comparando con nuestro estudio

existió igualdad de predisposición con el género masculino; sin embargo, existió diferencia en el rango de edades según el diagnóstico de gingivitis.

CONCLUSIONES

1. Como conclusión principal el uso de las redes sociales como son el Facebook y WhatsApp usadas como complemento del aprendizaje en salud bucal tuvieron una influencia significativa ya que observamos que en el grupo experimental generó nuevo conocimiento , no solo eso sino que se instauraron nuevos hábitos y actitudes frente a la prevención de salud bucal tomando conciencia de las enfermedades bucales y como podría tratarlas y más aún prevenirla con los conocimientos adquiridos durante este periodo y así pueda difundirlo al resto de su núcleo familiar.
2. Referente a la conclusión de IHOS, las redes sociales tuvieron influencia ya que los adolescentes aplicaron lo aprendido a través de las plataformas en su día a día pudiendo modificar sus índices iniciales pasando de un IHO regular a un bueno y formando nuevos hábitos de salud bucal.
3. Referente al desarrollo de caries, llegamos a la conclusión que si influencio ya que los adolescentes aprendieron una técnica correcta de higiene así disminuyendo sus índices de higiene inicial y así evitando desarrollar caries dental
4. Llegando a la conclusión que la aplicación del programa a través de las redes sociales como complementó del aprendizaje en salud bucal tuvo una buena aceptación por los adolescentes llegando así a realizarse los tratamientos restauradores para mejorar su salud bucal y así mantenerla.
5. Concluimos que a la falta de conocimiento de cómo restaurar o prevenir tanto lesiones cariosas como placa, pues el adolescente deja avanzar la enfermedad ya que no tiene conociendo de las consecuencias que estas conllevan

de ese modo la influencia de redes sociales es valorada pero solo en el grupo experimental ya que estos mejoran sus hábitos y así tienen menos pérdida de piezas dentales porque ellos ya saben las consecuencias que conllevaría perderla a tan temprana edad.

6. La conclusión fue que los cambios notorios según relación molar tanto derecha como izquierda referente al tratamiento ortodóntico toman un periodo de tiempo considerable y por el mismo modo no presento relevancia y solo se pudo observar.

7. La conclusión fue que posterior a la aplicación del programa los adolescentes entre 14 y 16 ya tenían hábitos bien desarrollados puesto que logramos el cometido por que así se podrá lograra el efecto multiplicador ya que son adolescentes los cuales difundirán dicha información.

8. La conclusión fue que el grupo que tuvo mayor influencia fue el masculino ya que fueron en mayor cantidad, pero a la vez el género femenino no es desmesurado ya que la población es aceptable.

RECOMENDACIONES

1. De forma general se recomienda que el refuerzo del aprendizaje con respecto a salud bucal mediante las redes sociales, tanto Facebook y WhatsApp, es aceptable y aplicable para futuros trabajos por que se observó un logro significativo en la adquisición de nuevos conocimientos y actitudes en los adolescentes, logrando hasta la instauración de hábitos de salud adecuados, tomando conciencia desde una correcta técnica de cepillado, hasta un tratamiento preventivo como son las restauraciones, y la profilaxis. De este modo el adolescente lograría difundir el conocimiento tanto con familia como amigos y así lograr poco a poco la disminución de tratamientos muy invasivos como son la exodoncia y endodoncia en adolescentes los cuales nos llevan a alteraciones oclusales futuras.
2. Se considera recomendable implementar la utilización de las estrategias de aprendizaje a través de redes sociales en el ámbito educativo preventivo – promocional en el área de salud bucal para de esa forma motivar al adolescente a generar nuevo conocimiento y así poder aplicarlo ya que es una población que está en la capacidad de ejecutar el conocimiento adquirido.
3. Realizar a través de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas programas de proyección social pero no solo en sus ciclos académicos si no complementar lo enseñado a través de las redes sociales como método educativo y preventivo, haciendo que la tecnología se encuentre a nuestro servicio y enfocándola de forma positiva.
4. Continuar con este tipo de estudios el cual está enfocado al desarrollo del área preventiva – promocional, ya que este está dedicado a la comunidad y a la

prevención de patologías bucales, así lograr disminución de nuestros índices poco a poco. Esto basado en el beneficio que se obtiene con su aplicación a los adolescentes en general y se puede usar como base para futuros estudios comparando diversos estratos socio económicos y demás y pues así asumir un proceso de aprendizaje a través de esta estrategia.

5. Realizar programas preventivos – promocionales no solo a los adolescentes, si no hacer porte de esta educación tanto a padres de familia como educadores, para así realizar un conglomerado y difundir los conocimientos de prevención en salud bucal. Considerando aspectos como el geográfico, ambiental, cultural, económico, entre otros, de la población a la cual está dirigida.

6. Como recomendación final, se sugiere tanto a educadores y personal de salud, analizar y acoplarnos a la era tecnológica, usándolas a beneficio propio y así lograra poco a poco adquirir habilidad y a futuro poder crear una aplicación fomentada para adolescente ya que encontramos netamente para el área infantil y así lograr un monitoreo constante y de forma real. Tomando en cuenta que la tecnología está a nuestro servicio y son las vías de comunicación masiva a futuro.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Moses A. Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de la institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; [Internet] 2014. [citado 10 octubre] Disponible en: <https://docplayer.es/18167001-Universidad-peruana-de-ciencias-aplicadas-facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-de-odontologia.html>
2. Campos M. Efectividad de un programa educativo de salud bucal en estudiante de 1° año de secundaria de la I.E San Antonio de Padua – Cañete [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; [Internet] 2010. [citado 12 octubre] Disponible en:
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2759/TESIS_%20STEPHANY%2C%20AGUILAR%20GUTARRA.pdf?sequence=2&isAllowed=y
3. Legido B. Percepción de salud oral y hábitos de higiene bucodental de una muestra de la población española trabajadora y su relación con el estado de salud periodontal [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; [Internet] 2015. [citado 04 diciembre] Disponible en: <https://eprints.ucm.es/38413/1/T37511.pdf>
4. Colegio Odontológico del Perú: Guía Metodológica del Programa de Salud Bucal del Escolar 2009 – 2010. Comunicación Nacional de Salud Bucal.

- Perú [Internet] 2009 - 2010. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/salud_bucal/ESNSB/MODULO%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf
5. Situación de la Salud Bucal en el Perú. Ministerio de Salud [MINSA]- Oficina Nacional de Estadística e Informática; [Internet] 2013. [citado 02 octubre] Disponible en: Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
 6. Ladera M, Peña S. Estado nutricional y prevalencia de caries dental en niños de 9 a 12 años. Actualidad Odontológica y Salud. Vol. 12, numero 1; enero [Internet] 15. 2015. [citado 11 octubre] Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/images/stories/egresados/pdf/ACTUALIDAD_ODONTOLOGICA_31-FINAL.pdf
 7. Sánchez Y, Sánchez R. Efectividad de un Programa Educativo para Mejorar los Hábitos de Higiene Oral en Escolares. Kiru [Internet] 2012; [citado 10 octubre] 9(1): 21-33. Disponible en: http://www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2012/Kiruv.9/Kiru_v.9_Art4.pdf
 8. Molina G. Las redes sociales y su Influencia en el comportamiento de los adolescentes. [Tesis para obtener el grado de licenciado en Psicología]. Ecuador: Universidad de Cuenca. [Internet] 2014. [citado 11 octubre] Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3659/1/10335.PDF>
 9. Vásquez M, Morell J, Cuervo J, Fernandez E, Garrido F, Lopez R, Lorente A, Serrano M. La web Familia y Salud como fuente de promoción de la salud de niños, familias y adolescentes. Rev. Pediatr. Aten Primaria.

- [Internet] 2015; [citado 06 octubre] 17: 117-124. Disponible en:
http://archivos.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPoCV3t1fS0DmwnQwPh9b3nN
10. Serrano C, Moreno P. Eficacia de un programa de higiene oral individualizado con refuerzo a través de las redes sociales en jóvenes universitarios con diagnóstico de gingivitis. Univ. Odontol [Internet] 2017; [citado 06 octubre] Ene-Jun 36 (76). Disponible en:
http://www.repositorio.usac.edu.gt/1921/1/16_1140.pdf
 11. Serra L, Castañeda M, Ricardo M, Berenguer M, Comas R. Índice de estética dental en adolescentes de una secundaria básica Urbana. Cuba: Medisan [Internet] 2016; [citado 05 octubre] 20(9):2097. Disponible en:
<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3313>
 12. Fernández L, Barrueco L, Diaz L, Rosales I, Barzaga Y. Caries dental en adolescentes de una comunidad venezolana. Cuba: Medisan [Internet] 2014; [citado 05 enero] 18(8):1043. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000800002
 13. Celaya M, Chacón A, Chacón A, Urrutia E. El impacto de WhatsApp en la vida cotidiana de las personas- ¿Hace la sociedad más humana? [Internet] 2015. [citado 05 enero] Disponible en:
https://www.unav.edu/documents/29062/6900948/27_Eskibel_whatshapp.pdf

14. Torres L. Modificación de conocimientos sobre salud bucal en adolescentes de la secundaria básica “Orlando Fernández Badell”. Cuba: Medisan [Internet] 2015; [citado 05 enero] 19(3): 366. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000300010
15. Lavastida M, Gispert E. Nivel de conocimiento básico de salud bucal en adolescentes y sus madres. Cuba: Revista Cubana Estomatología [Internet] 2015; [citado 10 enero] 52(1): 30-41. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v52s1/est05115.pdf>
16. Mafla A, Barrera D, Muñoz G. Maloclusión y necesidad de tratamiento ortodóntico en odontológico en adolescentes de Pasto, Colombia. Rev. Fac Odontol Univ. Antioq [Internet] 2011; [citado 10 febrero] 22(2): 173-185. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v22n2/v22n2a05.pdf>
17. Escobar M. Odontología Pediátrica. Venezuela: Amolca; 2014.
18. Ourens M, Celeste R, Hilgert, Balbinot J, Lorenzo S, Neves H, Álvarez R, Abegg C. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior del Uruguay. Relevamiento nacional de salud bucal 2010 – 2011. Departamento de Odontología Preventiva y Social, Facultad DE Odontología Universidad Federal DE Rio Grande [Internet] 2013. [citado 05 febrero] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200006

19. Okeson Jeffrey P., Oclusión y Afecciones Temporomandibulares 5ta. Edición. Ed. Mosby Co.2003.
20. Pontigo A, Medina C, Márquez M, Vallejos A, Sánchez M, Escoffié M, Maupomé G. Influencia de variables predisponentes, facilitadoras y de necesidades sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semirural, Gaceta Médica de México. [Internet] 2012; [citado 05 febrero] 148:218-26. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/bgmm/2012/3/GMM_148_2012_3_218-226.pdf
21. Encinas J. Eficacia de un Programa de Salud Bucal en los escolares del centro educativo Chistian Barnard 2017 [Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Alas Peruanas; [Internet] 2017[citado 05 marzo] Disponible en: https://formacionasunivep.com/Vcice/files/libros/LIBRO_VARIABLES.pdf
22. Gavancho O. Conocimiento, actitudes y prácticas de los padres sobre salud bucal y su influencia en la higiene oral de sus hijos en la clínica estomatológica pediátrica de la universidad Alas Peruanas 2017. [tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Alas Peruanas; [Internet] 2017. [citado 05 julio] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>
23. Sáenz A. Asociación de hábitos orales con maloclusión dentomaxilares en niños de edad preescolar [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; [Internet] 2007. [citado 10 julio] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2392/1/1080211199.pdf>

24. Módulo de Promoción de la Salud Bucal/ Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la salud- Lima: Ministerio de Salud; [Internet] 2013. [citado 10 julio] Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/salud_bucal/ESNSB/MODULO%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf
25. Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016 DISA II LIMA SUR. Dirección de Salud II – Lima Sur. Oficina Ejecutiva de Planteamiento Estratégico – DISA II Lima Sur. [Internet] 2012. [citado 10 mayo] Disponible en:
http://www.limaeste.gob.pe/Virtual/Transparencia/Planeamiento_Organizacion/PEI/Evaluacion%202015%20%20PEI%202012%20-%202016%20-%20DISA%20IV%20LIMA%20ESTE.pdf
26. Morato A. El WhatsApp como complemento de Aprendizaje en la clase de E/LE. [Internet] 10(2014). [citado 13 mayo] Disponible en:
<https://ojs.uv.es/index.php/foroele/article/view/6665>
27. Guía de Práctica Clínica en Salud Oral Higiene Oral. Secretaria Distrital de Salud Carrera. Bogotá; [Internet] 2010. [citado 15 mayo] Disponible en:
<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Salud%20Oral/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20en%20Salud%20Oral%20-%20Higiene%20Oral.pdf>
28. Arrollo N. El uso profesional de las redes sociales. Anuario Think EPI [Internet] 2009, 145- 152. [citado 20 mayo] Disponible en:
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ThinkEPI/article/view/32011>

29. Chamorro A, Bertran E, Oberst *UTorrent* A. Gestión de la privacidad de los perfiles de Facebook en adolescentes. España. Revista de medios de Comunicación. N° 48 enero [Internet] 2016. [citado 20 abril] Disponible en: http://wwwa.fundacio.urv.cat/congressos/public/usr_docs/l libre_de_resums_oce.pdf
30. Kohatsu N, Kenichi A, Irakawa K, Rosa C. Evaluación de un programa educativo-preventivo de salud oral con uso de recursos multimedia, en adolescentes peruanos. Revista Estomatológica Herediana, vol19, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 31-38. Universidad Cayetano Heredia. Lima – Perú.
31. Gómez N, Morales Determinación de los índices CPO-D e IHOS en estudiantes de la Universidad Veracruzana, México. Rev. Chill Salud Pública [Internet] 2012; [citado 20 abril] vol. 16(1): 26-31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4215/421539351007.pdf>
32. Bono R. Diseño cuasi - experimental, longitudinal. Departamento de Metodología de les Ciencias del Comportamiento Facultad de Psicología Universidad de Barcelona. [Internet] 2015. [citado 20 marzo] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20ongitudinales.pdf>
33. Cabrera M. Eficacia del aprendizaje en problemas en el logro de aprendizaje significativos en Estomatología Preventiva y Servicio a la Comunidad I y II – Universidad Alas Peruanas. Año 2011. [Tesis para optar el Grado de Académico de Magister en Odontología de Salud Pública]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [Internet] 2017. [citado

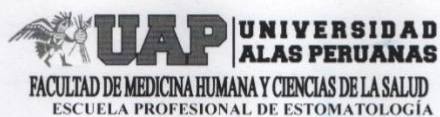
20 agosto] Disponible en:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6409?show=full>

34. Real Academia Nacional de Medicina [Internet]. Diccionario de términos médicos. Argentina [actualizado 2012; citado 26 set. 2018]. Disponible en: <http://dtme.ranm.es/accesoRestringido.aspx>

ANEXOS

Anexo N° 01: Carta de Presentación



Pueblo Libre, 12 de Diciembre del 2017

JOSE RIVERA MARTINEZ
Director de la I.E. 7101 América – San Juan de Miraflores

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada **ROMERO CRUZ, THIANY MILUSCA**, con código **2009164789**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "INFLUENCIA DE REDES SOCIALES CON LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS – EDUCATIVOS DE LA SALUD BUCAL, EN ADOLESCENTES DE 1° A 4° AÑO DEL COLEGIO AMERICA; SAN JUAN DE MIRAFLORES. LIMA 2017-2018"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,



[Handwritten signature]
19/12/2017

UAP UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

[Handwritten signature]
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VÁSQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Anexo N° 02: Constancia del Desarrollo de la Investigación

 **PERÚ** Ministerio de Educación

INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL- PRIMARIA- SECUNDARIA "7101 AMERICA"
CALLE: LIMA s/n SAN JUAN DE MIRAFLORES

CONSTANCIA DE EJECUSIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
(TESIS)

El que escribe; el director de la Institución Educativa Inicial- Primaria- Secundaria: "7101 América" **José Rivera Martínez**, otorga la presente constancia de ejecución del trabajo de investigación (tesis) a:


ROMERO CRUZ, THIANY MILUSCA

Egresada de la escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud – Universidad Alas Peruanas; con código 2009164789, quien ha realizado su trabajo de investigación titulado: "**Influencia del uso de Redes Sociales como Complemento de Aprendizaje en Programas Preventivos - Promocionales en Adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018**" desde 13 de diciembre del 2017 hasta el 12 de julio del 2018.

La señorita Romero Cruz, Thiany Milusca; realizo su trabajo de investigación con eficiencia, puntualidad y responsabilidad.

Se otorga la presente constancia para los fines que el interesado estime conveniente.

Lima 13 de julio del 2018


Director

Anexo N° 03: Consentimiento Informado



“REDES SOCIALES COMO COMPLEMENTO DEL APRENDIZAJE EN PROGRAMAS PREVENTIVOS – PROMOCIONALES DE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES I.E 7101 AMÉRICA, SAN JUAN DE MIRAFLORES

2017 – 2018”

- 1. PROPOSITO DEL ESTUDIO:** Los adolescentes de hoy en día tienen como uso cotidiano las redes sociales, la cual tiene una gran influencia sobre su grado de comunicación y aprendizaje; por lo tanto, nosotros realizaremos este estudio para informarles sobre la prevención y promoción de salud bucal a través de estas plataformas de información de uso masivo.
- 2. PROCEDIMIENTO A SEGUIR:** Si usted permite que, si hijo/a participe de este estudio, le realizaremos lo siguiente:
 - **Se le tomara un cuestionario básico.**
 - **Examinaremos al adolescente con ayuda de espejo bucal y pastilla reveladora.**
 - **Se tomará fotografías a su boca.**
 - **Se le observara a él/ella en la misma institución educativa.**
 - **Se le brindara información sobre programas preventivos a través de la plataforma virtual Facebook y WhatsApp.**
 - **Toda la información será recolectada se guardará con absoluta confidencialidad.**

3. **RIESGOS:** Este será un estudio observacional, en donde si hijo/ representado no tendrá ningún riesgo,

4. **BENEFICIOS:** Los adolescentes que participen en este estudio recibirán un diagnóstico prematuro, un kit de limpieza y charlas el cual evitara daños de futuras caries dental, enfermedad periodontal y daños en la estética bucal.

Por ellos después de haber leído y comprendido lo antes expuesto, de forma desinteresada y como una contribución al apoyo a las actividades de investigación para determinar las REDES SOCIALES COMO COMPLEMENTO DEL APRENDIZAJE EN PROGRAMAS PREVENTIVOS – PROMOCIONALES DE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES I.E 7101 AMÉRICA, SAN JUAN DE MIRAFLORES 2017 – 2018; doy mi autorización para que se le realice la inspección clínica a mi menor hijo (a).

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

FIRMA

DNI:

Lima _____ de _____ del 20__

Anexo N° 04: Asentimiento Informado



Yo _____,
Identificado (a) con DNI número _____, declaro tener conocimiento del trabajo de investigación titulado **“REDES SOCIALES COMO COMPLEMENTO DEL APRENDIZAJE EN PROGRAMAS PREVENTIVOS –PROMOCIONALES DE SALUD BUCAL EN ADOLESCENTES 2017 - 2018”** realizado por la señorita Romero Cruz; Thiany Milusca; bachiller de odontología por lo que acepto la participar teniendo como conocimiento que no recibiré retribución económica alguna y que los procedimientos de la investigación no me perjudicaran de ninguna manera mi salud física y mental.

Firma del Alumno

DNI:

Thiany M. Romero Cruz

Firma del Investigador

DNI: 46238437

Lima _____ de _____ del 20__

Anexo N° 05: Instrumento de Recolección de Datos

Anexo N° 06: Instrumento de Recolección de Datos - Encuesta



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

**“REDES SOCIALES COMO COMPLEMENTO DE APRENDIZAJE EN
PROGRAMAS PREVENTIVOS–PROMOCIONALES DE SALUD BUCAL EN
ADOLESCENTES I.E 7101 AMÉRICA, SAN JUAN DE MIRAFLORES**

2017–2018”

NOMBRE: _____ FECHA: _____

GENERO: _____ EDAD: _____ GRADO: _____

N° de teléfono: _____ Nombre de Facebook: _____

Marque la alternativa correcta:

1. ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?

- a) Nunca
- b) Una vez al día
- c) Dos veces al día
- d) Tres veces al día
- e) Cada vez que me acuerdo

2. Los dientes son importantes para
 - a) Una buena digestión
 - b) La pronunciación
 - c) El aspecto personal
 - d) Aspectos faciales
 - e) Todas las anteriores
3. ¿Cómo te cepillas los dientes?
 - a) Solo la parte de adelante
 - b) De arriba abajo
 - c) Lo más rápido posible
 - d) En movimientos circulares
 - e) B y D
4. ¿Cuáles son los elementos que se deben usar para lavarse los dientes?
 - a) Cepillo
 - b) Hilo dental
 - c) Pasta dental
 - d) Todos los anteriores
 - e) Ninguna de las anteriores
5. ¿cuáles son las principales enfermedades que afectan los dientes?
 - a) Caries
 - b) Movilidad dental
 - c) Gingivitis y periodontitis
 - d) Sarro

- e) No se
6. ¿Qué es caries?
- a) Una parte del diente
 - b) Una enfermedad que ataca las encías
 - c) Una enfermedad que destruye la estructura del diente
 - d) Acumulación de comida en la boca
 - e) Enfermedad que se da en los adolescentes por comer dulces
7. ¿Por qué es importante el flúor?
- a) No sé
 - b) Fortalece los dientes
 - c) Disminuye la placa bacteriana
 - d) No es importante
 - e) Da sabor al apasta dental
8. ¿La gingivitis se caracteriza?
- a) Sangrado de encías
 - b) Encías rosadas y brillantes
 - c) Buen aliento
 - d) Ninguna de las anteriores
 - e) Todas las anteriores
9. ¿Para qué son importantes las redes sociales?
- a) Porque todos lo usan
 - b) Para tener muchos amigos y conocer gente

- c) Para compartir información de confianza como Personal así generar nuevos conocimientos,
- d) Para ganar like y hacerte popular
- e) Todas las anteriores

10. ¿Utilizas el Facebook?

- a) Nunca
- b) No tengo
- c) No me gusta
- d) Todo el día
- e) No me dejan

11. ¿Utilizas el WhatsApp?

- f) Siempre
- g) No tengo
- h) No me gusta
- i) Nunca
- j) No me dejan

12. ¿Para qué sirven los programas preventivos promocionales?

- a) Para conocer y modificar la higiene oral
- b) Para mejorar la técnica de cepillado
- c) Para disminuir la placa bacteriana
- d) Para conocer y aprender el buen manejo del estado de salud oral
- e) N.A

Validación del instrumento y puntuación de los datos:

El instrumentó de la presente investigación, estructurado en cuestionario sobre conocimiento de salud bucal y uso de redes sociales de los adolescentes, fue validado con el criterio de juicio de expertos tomando en cuenta el tema tratar, los valores considerados en un 95% el cual indica que cumple con los requisitos para su aplicación.

Preguntas	Alternativas				
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
1- ¿Cuántas veces al día te lavas los dientes?					
2- ¿Para qué son importantes los dientes?					
3- ¿Cómo te cepillas los dientes?					
4- ¿Cuáles son los elementos para lavarse los dientes?					
5- ¿Cuáles son las principales enfermedades que afectan al diente?					
6- ¿Qué es la caries?					
7- ¿Por qué es importante el flúor?					
8- ¿La gingivitis se caracteriza?					
9- ¿Para qué son importantes las redes sociales?					
10- ¿Utilizas el Facebook?					
11- ¿Utilizas el WhatsApp?					
12- ¿Para qué sirven los programas preventivos – promocionales?					

Puntuación asignada por cada pregunta realizada en la encuesta:

Preguntas	Puntuación
1	2
2	1,8
3	2
4	2
5	2
6	1,8
7	1
8	1
9	1,4
10	1,5
11	1,5
12	2
Total:	20

Anexo N° 07: Programa de Salud Bucal



FACULTAD MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

PROGRAMA DE SALUD BUCAL PARA ADOLESCENTES

“PSBA”

“Programa de Prevención y Promoción en Salud Bucal en
adolescente de 2° - 5° año de nivel secundario en la
Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores,
Lima 2017 - 2018”

El investigador: Bachiller: Romero Cruz, Thiany Milusca

Asesor: Mg. Karina M. Trucíos Saldarriaga

Lima – Perú

2018

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es una parte principal para una correcta salud integral tanto en un adolescente como adultos, en la adolescencia se cimientan los últimos factores de desarrollo facial y oclusal, los cuales definirán tanto su función a nivel estatognático y estético; cabe resaltar que en dicha etapa también se inicia las periodontopatías (gingivitis y periodontitis) también se encuentra la caries dental, la cual en la actualidad es considerada como una enfermedad crónica la cual presenta diversas repercusiones a futuro.^{5,6}

Pero para una correcta higiene bucal existen hábitos, los cuales deben ser inculcados desde el hogar, pero sabemos que el factor sociocultural de la zona a estudiar no es el adecuado por lo tanto no existe una técnica de cepillado dental adecuada y muchos menos el uso consiguiente de los implementos de limpieza básico, esto se ve reflejado de forma palpable en los adolescentes, ya que estudios epidemiológicos realizados en el Perú nos indica que nuestro riesgo de caries es el más elevado en la Latina América con un 90.4 % y de la mano las enfermedades periodontales tales como la gingivitis y la periodontitis.²

Para esto entra a tallar la atención preventiva de tal manera se quiere lograr combatir y prevenir futuras patologías dentales, de igual forma en la parte educativa en salud bucal la cual tiende a ser constante y pues en esta oportunidad se decidió implementar la era tecnológica “Redes Sociales” a través de estas plataformas (Facebook y WhatsApp) ya que la gran mayoría de los adolescentes se ve afectado significativamente por las redes sociales en su vida cotidiana.¹⁰

ESTRATAGÍAS ESTOMATOLÓGICAS

Existen diversos estudios de aplicación de programas preventivos, pero en su gran mayoría son internacionales y pues nos brindan como resultado una buena aceptación de los programas aplicados. De esa forma se logra disminuir los índices de IHOS, caries dental y gingivitis. ^{4, 6, 8}

También existen nuevas estrategias para generar nuevo aprendizaje, pero dichos estudios se evocan como programas en general como método de aprendizaje en otras áreas académicas los cuales están siendo implementadas, entre ellos las redes sociales, ya que la plataforma nos ofrece una enseñanza más personalizada y se puede resolver problemas en forma inmediata tanto con una video llamada, mensaje, audios, etc. ^{10,20}

Nosotros como profesionales de la salud bucal sabemos que si deseamos evitar formar caries dental o enfermedad periodontal lo más idóneo es prevenir y educar para así formar un hábito adecuado tanto de una buena técnica de cepillado hasta una alimentación baja productos criogénicos lo cual se logra con educación y de esa forma el adolescente sabrá la importancia de una adecuada salud bucal. ⁵

Tratando de fomentar un acople con la parte tecnológica optamos por hacer uso de las redes sociales como medio de comunicación masiva, ya que los adolescentes la usan de forma rutinaria y pues tienen un muy buen manejo de las mismas; por lo tanto, las usamos a nuestro beneficio tratando de educar y concientizar sobre salud bucal. ^{6,10}

PROPOSITO

El propósito esencial del programa preventivo- promocional de salud bucal en adolescentes de 2°-5° año de la institución educativa 7101 América. San Juan de Miraflores, es tomar conciencia de una correcta salud bucal, la cual solo se logra teniendo unos buenos hábitos de higiene bucal, concientizando de manera que tiene que conocer que es una caries, como se desarrolla y por qué se desarrolla, sabiendo conociendo dichas patologías los adolescentes traspasara el conocimiento adquirido a través de las plataformas, tanto a sus familiares y amigos de esa forma podrá tener información a tiempo real cambiando sus hábitos de salud bucal. Por tal motivo esto puede motivar a que más docentes u odontólogos tengan interacción usando los medios de comunicación masiva como son las redes sociales por los cuales se desarrollan de forma cotidiana, los adolescentes de la generación de hoy.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la influencia del uso de redes sociales como complemento de aprendizaje en programas preventivos – promocionales, de salud bucal en adolescentes I.E América 7101 San Juan de Miraflores 2017 - 2018.

Objetivos específicos

- Determinar la influencia del uso de redes sociales frente al nivel de aprendizaje en el índice de IHOS en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018.
- Determinar el desarrollo en el nivel de aprendizaje en el desarrollo de caries dental en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018.
- Determinar si influye o no influye el uso de redes sociales en el nivel de aprendizaje en el tratamiento de caries dental en adolescentes I.E 7101 América San Juan de Miraflores 2017 – 2018.
- Determinar si influye en uso de redes sociales en el nivel de aprendizaje en la higiene bucal en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018.
- Determinar si influye el uso de redes sociales en el nivel de aprendizaje del tratamiento de ortodoncia (relación molar según Angle) en adolescentes I.E 7101 América, San Juan de Miraflores 2017 – 2018.

LIMITES

De espacio

Este programa será aplicado en la Institución Educativa N° 7101 América del nivel secundario de 2° - 5° año en el distrito de San Juan de Miraflores.

De tiempo

El programa tendrá como inicio en diciembre del 2017 tomando una muestra basal y continuará en el próximo periodo académico 2018.

Universo

Alumnos del 1°- 5° año del nivel secundario del colegio 7101 América del distrito de San Juan de Miraflores. Lima 2017 – 2018.

Población

Alumnos, del nivel secundario de la Institución Educativa N° 7101 América del distrito de San Juan de Miraflores.

Muestra Experimental

Alumnos entre 11 -18 años de edad, del 2° - 5° año del nivel secundario de la Institución Educativa N° 7101 América en el distrito de San Juan de Miraflores. Siendo un total de 88 participantes.

Muestra Control

Alumnos entre 11 -15 años de edad, del 1° año del nivel secundario de la Institución Educativa N° 7101 América en el distrito de San Juan de Miraflores. Siendo un total de 44 participantes.

Actividades

Todas las actividades realizadas estuvieron a cargo del investigador. Dichas actividades fueron planificadas de forma conjunta con la plana docente de la

Institución Educativa para así no interrumpir sus actividades académicas ya programadas.

Se obtuvieron los permisos pertinentes mediante la carta de presentación emitida por la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, la cual informa al director los motivos por los cuales realizamos la investigación, de la misma forma se realizó el reconocimiento de la población.

GRUPO EXPERIMENTAL

1° Sección de Aprendizaje

Introducción

En el Perú la Dirección General de Epidemiología nos indica que el sector rural en este caso los pueblos jóvenes como San Juan de Miraflores tienen una alta incidencia de caries dental, la cual sobrepasa el 90%; tomando en cuenta el sector demográfico y sociocultural que los rodea. ^{2,16}

Objetivos de la sección

Dar a conocer el estudio de investigación y así reconocer la población y informar al adolescente que participara de una investigación con fines de su bienestar

Materiales

- ✓ Carta de presentación
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Asentimiento informado

Procedimiento

Se asistió la segunda semana del mes de diciembre del año 2017 a la Institución Educativa N° 7101 América, San Juan de Miraflores. Lima; se presenta la carta de presentación emitida por la Escuela Profesional de Estomatología (ver anexo 01) a la autoridad competente directo (José Rivera Martínez) de la Institución Educativa solicitando el permiso para realizar la investigación, se expuso los beneficios que obtuvieron los alumnos con el programa preventivo – promocional de salud bucal (programa de salud bucal en adolescentes) PSBA, a través de las redes sociales (Facebook y WhatsApp).

De forma continua se le explico al adolescente de que se trata la investigación, se explica con un lenguaje sencillo y fluido.

Tiempo: de 20 minutos por aula.

Temas

- Brindar el consentimiento informado para sus padres
- Brindar el asentimiento informado para ellos
- Como se informará a los alumnos acerca de salud bucal a través de las redes sociales (Facebook y WhatsApp).

2° Sección de Aprendizaje

Introducción

Los estudios epidemiológicos de tipo longitudinal necesitan tener una muestra basal o historial para así poder observar el cambio en la población estudiada en

este caso necesitamos llenar unas fichas clínicas (ver anexo 05) la cual contiene datos tanto de edad, género, número de teléfono, identidad en Facebook, IHOS, clase de Angle, CPOD, encuesta validada (ver anexo 06) para así poder obtener el conocimiento inicial obteniendo dichos datos de cada alumno se procesó la primera base de datos (toma de muestra inicial, grupo experimental).

Objetivo de la sección

Recolección de datos con ficha clínica (ver anexo 05) y datos personales, consentimientos del padre (ver anexo 03) para que el menor forme parte del estudio, llenado de encuesta (ver anexo 06). para así poder iniciar la investigación.

Materiales

- Espejos
- Pinza algodонера
- Explorador
- Tambor con torundas de algodón
- Baso de desechos
- Campos descartables
- Pastillas reveladoras
- Cámara fotográfica
- Lapicero rojo, azul
- Fichas clínicas (ver anexo 05)
- Encuestas (ver anexo 06)

Procedimiento

Se inició con la presentación de la investigadora dando una introducción sobre el programa PSBA, familiarizarnos con el adolescente, para así realizar el examen clínico (ver anexo 05). Se realizó llamando por orden de lista de forma pasiva y ordenada sin interrumpir el horario de clase.

Se usó pastilla reveladora para poder observar el índice de placa bacteriana, posteriormente se llenó el restante de la ficha, clasificación de Angle, CPOD llenándola de forma correcta. Al mismo tiempo se le brindo la encuesta (ver anexo 06).

Duración: 10 minutos por alumno, un día por salón de clases

- Todo este procedimiento se realizará en la segunda semana del mes de diciembre año 2017 un día por aula entrando, lo cual nos tomara 1 día por aula, en ese mismo momento se le brindará la encuesta (ver anexo 06) se recogerá los consentimientos de los padres, asentimiento informado ver (anexo 03), para que así el menor pueda formar parte de la investigación.

3° Sesión de aprendizaje

Introducción

Las redes sociales más usadas según un estudio europeo son el Facebook y WhatsApp con un porcentaje de 53% usados mayormente por adolescentes ya sea para actualizar su foto de perfil o de lo contrario revisar el perfil de un amigo o familiar; son medios masivos de comunicación y difusión de información; a través

de la plataforma se poder resolver dudas y compartir informaciones en tiempo inmediato tanto de forma personal o en un grupo designado, los adolescente están familiarizados con estos medios porque son parte de su día a día por ese motivo sacaremos provecho de ello y la usaremos a nuestro beneficio educando y resolviendo dudas o interrogantes acerca de diversos temas evocados a salud bucal.^{9,10}

Objetivo

Dar a conocer acerca de prevención y promoción de salud bucal, caries dental, gingivitis y periodontitis, técnica de cepillado, maloclusión, cuáles son las patologías más comunes, tratamientos correctivos. Toda esta información en una breve charla de 30 minutos con la participación de los alumnos. Se le brindara al adolescente un kit de limpieza básico conformado (cepillo dental, seda dental, colutorio y pasta dental)

Materiales

- Computadora
- Lista de alumnos que conformaran el estudio
- Kit de salud bucal
- Imágenes y papelotes

Información brindada:

- Salud bucal
- Caries dental
- Gingivitis, periodontitis
- Técnica de cepillado (técnica de Bass modificado)
- Poster (tiempo de cepillado y cantidad de veces de cepillado)
- Importancia de una correcta salud bucal

Procedimiento

Se asistirá a la institución educativa 7101 América para brindar información acerca de salud bucal, el adolescente que formará parte del grupo experimental recibirá una charla breve de 30 minutos y a la vez imágenes impresas para formar un poster así saber lo básico de salud bucal. Del mismo modo se procederá a brindar el kit de salud bucal

Duración: 30 minutos por aula, un día por salón de clase.

4° sección de aprendizaje**Introducción**

Las redes sociales como el Facebook y WhatsApp son un medio masivo de difusión de información a través el ala plataforma a tiempo real, poder resolver dudas y compartir informaciones en un grupo designado, los adolescentes están familiarizados con estos medios porque son parte de su día a día por ese motivo

sacaremos provecho de ello y la usaremos a nuestro beneficio educando y resolviendo dudas o interrogantes acerca de diversos temas. ^{9,10}

La segunda red social más popular en el tema de servidores sociales es WhatsApp la cual es usada como servicio de mensajería y demás, con todas sus herramientas de uso nos da la posibilidad de poder mandar fotos, videos, archivos y demás, de igual forma a tiempo real. Teniendo una interacción más personalizada y se pueden crear grupos los cuales difunden la información y opinan de la misma. ^{10,11}

Objetivo

Dar a conocer acerca de prevención y promoción de salud bucal, caries dental, gingivitis y periodontitis, técnica de cepillado, maloclusión, cuáles son las patologías más comunes, tratamientos correctivos. Toda esta información a tiempo real.

Se reforzó la información brindada a través de la plataforma de Facebook, se vuelve a recopilar la información de salud bucal esta vez usando mensajes recordatorios a través del WhatsApp, a través de micro videos enviados de forma Inter diario en forma grupal, del mismo modo se resolverán dudas de forma grupal o individual, tomando en cuenta todos los parámetros a estudiar ya que ellos se encuentran en el estudio y están siendo monitoreados.

Materiales

- ✓ Computadora
- ✓ Celular Smart phone
- ✓ Internet
- ✓ Lista de alumnos agregados a la plataforma creada

Información brindada:

- ✓ Salud Bucal
- ✓ Pastas dental y tipos de cepillos dentales
- ✓ Caries dental
- ✓ Gingivitis periodontitis
- ✓ Técnica de cepillado (técnica de Bass modificado)
- ✓ Patologías (herpes labial, aftas)
- ✓ Maloclusión (causas de maloclusión)
- ✓ Tratamiento correctivo (ortodoncia, restauraciones, endodoncias)
- ✓ Poster (tiempo de cepillado y cantidad de veces de cepillado)
- ✓ Indicar los malos hábitos (dieta cariogénica, fumar, bebidas oscuras)

Información Brindada en Micro videos

- ✓ Que es salud bucal (generalidades)
- ✓ Importancia de los dientes (tipos de dentición, cantidad de piezas dentarias, uso de los dientes)
- ✓ Elementos que se usan para una adecuada higiene bucal
- ✓ Caries dental y su desarrollo

- ✓ Técnica de cepillado (Bass Modificada)
- ✓ Enfermedades que afectan la boca
- ✓ Gingivitis y periodontitis
- ✓ Maloclusión (tipos y causas, y tratamiento)
- ✓ Importancia del flúor (vías de aplicación y por qué hacerlo)
- ✓ Importancia de ir a odontólogo y cada cuanto tiempo debería ir.

Procedimiento

Se agregó al adolescente de 2° a 5° a la plataforma de Facebook, del periodo académico 2017 los cuales formaron parte del grupo experimental, cada 5 días se realizaba una actualización tanto en afiches, videos, e información; si tenían alguna consulta o interrogante se les respondía de forma inmediata tratando de ser lo más explícito posible.

Duración: 4 meses

Grupo control

1° sección de aprendizaje

Introducción

Los pacientes control o pacientes observacionales son muy usados en pruebas piloto, estos grupos son los cuales no se les proporciona ningún tipo de información, pero estos cumplen con los mismos factores tanto demográficos, edad, género, cumplen con los mismos parámetros de los casos a evaluar. De

esta forma se puede hacer un estudio comparativo para rechazar o aprobar las hipótesis dadas.^{6, 14}

Objetivos

Dar a conocer a los adolescentes que formaran parte de una investigación lo cual se regresó a la Institución Educativa en la segunda semana del mes de marzo para obtener la muestra del grupo control los cuales fueron conformados por los alumnos del primer año; del mismo modo se llena el cuestionario (ver anexo 06) llenado de ficha clínica (ver anexo 05). A diferencia del grupo experimental no se le brinda ningún tipo de educación, a través de redes sociales (Facebook y WhatsApp)

Materiales

- Asentimiento informado (ver anexo 03)
- Ficha clínica (ver anexo 05)
- Encuesta (ver anexo 06)
- Espejo, pinza, explorador
- Torundas de algodón
- Campos descartable
- Vasos descartables
- Pasta dental
- Lapicero rojo azul, negro
- Pastilla reveladora
- Cámara fotográfica

Procedimiento

Se le pidió el permiso pertinente al docente que se encuentre en el horario de clase respectivo se les informo que formaran parte de un grupo control y se les indico a los adolescentes que se le realizara un llenado de ficha clínica (ver anexo 05), y llenaran una encuesta (ver anexo 06) por fines de investigación.

Tiempo: Tres horas entre llenado de encuesta (ver anexo 06) y de ficha (ver anexo 05), 10 minutos por alumno.

2° Sesión de aprendizaje

Introducción

Los estudios epidemiológicos de tipo longitudinal necesitan tener una muestra basal o historial de la misma forma evocado a un estudio cuasi experimental necesita de un grupo control, para así poder observar el cambio en la población estudiada y comparar la varianza entre ambos grupos en este caso necesitamos llenar unas fichas clínicas (ver anexo 05) y cuestionario (ver anexo 06) la cual contiene datos tanto de edad, género, IHOS, clase de Angle, CPOD, encuesta validada (ver anexo 06) obteniendo dichos datos de cada alumno se procesó la primera base de datos (toma de muestra inicial, grupo control). Para posterior esperar el tiempo suficiente de toma de muestra final.

Objetivo de la sección

Recolección de datos con ficha clínica (ver anexo 05) y datos personales, cuestionario (ver anexo 06) para así poder iniciar la investigación de la parte comparativa con el grupo control.

Materiales

- Espejos
- Pinza algodонера
- Explorador
- Tambor con torundas de algodón
- Baso de desechos
- Campos descartables
- Pastillas reveladoras
- Cámara fotográfica
- Lapicero rojo, azul
- Fichas clínicas (ver anexo 05)
- Encuestas (ver anexo 06)

Procedimiento

Se inició con la presentación de la investigadora dando una introducción para que puedan llenar la encuesta (ver anexo 06) posterior se explicara de forma general sobre el programa PSBA, familiarizarnos con el adolescente, para así realizar el

examen clínico (ver anexo 05). Se realizó llamando por orden de lista de forma pasiva y ordenada sin interrumpir el horario de clase.

Se usó pastilla reveladora para poder observar el índice de placa bacteriana, posteriormente se llenó el restante de la ficha, clasificación de Angle, CPOD llenándola de forma correcta. Al mismo tiempo se le brindo la encuesta (ver anexo 06).

Duración: 10 minutos por alumno, un día por salón de clases

- Todo este procedimiento se realizará en la segunda semana del mes de marzo del año 2018, lo cual nos tomara 1 día por aula, en ese mismo momento se le brindará la encuesta (ver anexo 06) se recogerá el asentimiento informado ver (anexo 03), y llenado de ficha clínica (ver anexo 05) para que así el menor pueda formar parte de la investigación.

3° Sesión de aprendizaje

Introducción

Los métodos de aprendizaje tienen ventajas y desventajas como todos, en función del objetivo del aprendizaje propuesto para cada actividad. En ocasiones es útil la utilización de combinación de diversos métodos en esta oportunidad se tomo mano de las redes sociales como complemento de aprendizaje en prevención y promoción de salud bucal, pero para ello al tratarse de un estudio cuasi experimental necesitarían un grupo control el cual tiene que ser comparado con el grupo experimental el cual fue educado por un periodo de tiempo determinado

usando como estrategia de aprendizaje las redes sociales como Facebook y WhatsApp. Pero para todo estudio comparativo necesitamos de un grupo control el cual debe cumplir con los mismos parámetros tanto demográficos, como socioculturales y económicos. Sabiendo esto compararemos los resultados para ver si las hipótesis dadas son aceptadas o rechazadas y si las redes sociales son un buen complemento de educación en salud bucal.

Objetivo

Dar a conocer acerca de prevención en salud bucal, caries dental, gingivitis y periodontitis, técnica de cepillado, maloclusión, cuáles son las patologías más comunes, tratamientos correctivos. Toda esta información en una breve charla de 30 minutos con la participación de los alumnos. Se le brindara al adolescente un kit de limpieza básico conformado (cepillo dental, seda dental, colutorio y pasta dental)

Materiales

- Lista de alumnos que conformaran el estudio como grupo control
- Kit de salud bucal
- Imágenes y papelotes

Información brindada:

- Salud bucal
- Caries dental
- Gingivitis, periodontitis

- Técnica de cepillado (técnica de Bass modificado)
- Poster (tiempo de cepillado y cantidad de veces de cepillado)
- Importancia de una correcta salud bucal

Procedimiento

Se asistirá a la institución educativa 7101 América, San Juan de Miraflores para brindar información acerca de salud bucal, el adolescente que formará parte del grupo control recibirá una charla breve de 30 minutos y a la vez imágenes impresas para formar un poster así saber lo básico de salud bucal. Del mismo modo se procederá a brindar el kit de salud bucal

Duración: 30 minutos por aula, un día por sección de clase.

Grupo control y experimental

Introducción

La obtención de una adecuada higiene bucal es cuando existen hábitos aprendidos con el pasar del tiempo, esto requiere el conocimiento de una técnica de cepillado, uso de utensilios de higiene bucal, etc. Una correcta salud bucal, es la cual debe estar en equilibrio acepta de placa dental, caries dental y enfermedad periodontal de esa manera no provocara diversas patologías bucales, hoy en día se sabe que las enfermedades periodontales se inicia en la adolescencia, pero también debemos tomar en cuenta la forma de difundir información y obtenerla de los adolescente de hoy en día, ya que ellos nacieron en la era tecnológica y es

una constante para con ellos usar estas plataformas masivas, de tal forma tratamos de influenciar en su conocimiento sobre salud bucal a través de estas redes sociales usándolas como medio de comunicación e información masiva, las redes sociales como Facebook y WhatsApp fueron usadas para que observar si influenciaron sobre su salud bucal y así se la más adecuada, brindándoles el conocimiento necesario para lograrlo. ^{3, 10,14}

Objetivos

Analizamos el grado de aprendizaje obtenido posterior a la aplicación del PSBA el cual fue desarrollado a través de las redes sociales (Facebook y WhatsApp), analizar si influyo o no en sus hábitos de salud bucal, higiene bucal, caries dental, tratamiento de las caries dentales, técnica de cepillado y demás. Del mismo modo se realizó la comparación entre el grupo control y experimental, analizando sus muestras inicial y finales, de esa forma realizamos las conclusiones y las recomendaciones.

Materiales

- Bandeja
- Espejo
- Pinza algodонера
- Explorador
- Tambor de torundas
- Vaso de desechos
- Campos descartables

- Pastillas reveladoras
- Encuesta
- Ficha clínica
- Lapiceros roja y azul
- Cámara fotográfica
- Vasos descartables
- Cepillos dentales
- Pasta dental
- Computadora

Procedimiento

Se regresó a la institución educativa 7101 América distrito de San Juan de Miraflores en la segunda semana del mes de junio del 2018 se realizará la toma 2, llenado de la ficha clínica (ver anexo 06) y la encuesta validada (ver anexo 05) del grupo experimental volviendo a llenar de manera evaluativa. Toda esta información se trasladará a un programa Microsoft Office Excel 2017 obteniendo la segunda base de datos, posterior a ellos se ordena las muestras inicial y final del grupo experimental. Se tuvo que esperar dos semanas para volver a la Institución Educativa y así tomar la muestra del grupo control tanto encuesta como ficha clínica, del mismo modo se traslada todo la información al programa Microsoft Office Excel 2017 y a través del programa SSPS versión 24 y se procederá a la tabulación y análisis de datos tanto del grupo control como experimental con sus

muestras respectivas inicial y final de tal modo se realizaron el análisis de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones del estudio.

Tiempo: 20 minutos por alumno, un día por aula del 1° – 5° año de nivel secundario, una semanas y media en total.

Anexo N° 08: Matriz de Consistencia

Anexo N° 09: Fotografías



Fotografía N° 1: Vista panorámica de distrito San Juan de Miraflores, donde se encuentra la Institución Educativa 7101 América – Lima 2018



Fotografía N° 2: Vista frontal de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima. 2018



Fotografía N° 3: Vista frontal del aula de primer grado “A” de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 4: Vista frontal del aula de primer grado “B” de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 5: Vista frontal de las aulas de segundo y tercero año de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 6: Vista frontal de las aulas de cuarto año de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 7: Vista frontal de las aulas de quinto año de la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 8: Charla sobre beneficios del PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017



Fotografía N° 9: Toma de muestra inicial al grupo experimental PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017



Fotografía N° 10: Hallazgos en la toma de muestra inicial en el grupo experimental PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017



Fotografía N° 11: Adolescentes del grupo experimental PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017



Fotografía N° 12: Entrega de kit de limpieza a los adolescentes del grupo experimental PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2017



Fotografía N° 13: Revisión al grupo control en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 14: Revisión al grupo experimental segunda muestra en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 16: Hallazgos en la toma de muestra inicial en el grupo control PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 17: Llenado de cuestionario en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 18: Hallazgos posterior a la aplicación del programa PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



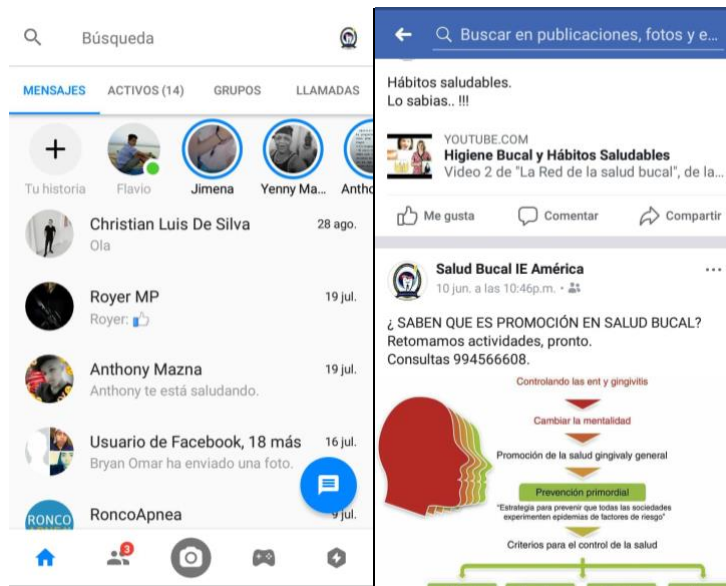
Fotografía N° 19: Hallazgos posterior a la aplicación del programa PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 20: Hallazgos posterior a la aplicación del programa PSBA en la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores – Lima 2018



Fotografía N° 21: Evidencia del programa PSBA en Facebook para la Institución Educativa 7101 América, San Juan de Miraflores – Lima 2017 - 2018



Fotografía N° 22: Evidencia de la información brindada programa PSBA en Facebook para la Institución Educativa 7101 América, San Juan de Miraflores Lima 2017 - 2018



Fotografía N° 23: Evidencia de las consultas durante programa PSBA en Facebook para la Institución Educativa 7101 América, San Juan de Miraflores Lima 2017 - 2018



Fotografía N° 24: difusión de la información brindada programa PSBA en Facebook para la Institución Educativa 7101 América, San Juan de Miraflores Lima 2017- 2018



Fotografía N° 25: Evidencia de las consultas mediante el WhatsApp durante programa PSBA en Facebook para la Institución Educativa 7101 América. San Juan de Miraflores Lima 2017 - 2018