



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD  
BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE  
SECUNDARIA EN INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSÉ  
GÁLVEZ EGÚSQUIZA, N° 88016 DISTRITO DE  
CHIMBOTE, DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO  
2015”**

**Tesis para optar el Título profesional de  
CIRUJANO DENTISTA**

**AUTOR:**

**BRICEÑO OLIVERA CARLOS ALBERTO**

**ASESORA:**

**MG. CD. AIDA NOLASCO TORRES**

**CHIMBOTE- PERÚ  
2016**

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**

**MG.CD. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE**  
**PRESIDENTE**

**MG.CD. SALLY CASTILLO BLAZ**  
**SECRETARIA**

**MG. CD. WALTER CANCHIS MANRIQUE**  
**MIEMBRO**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo lo dedico a toda mi familia y a los seres que más quiero, los que estuvieron conmigo en todo momento siempre a mi lado guiándome y protegiéndome en todos los aspectos de mi vida a quienes debo gratitud infinitamente.

A mi madre Juana Olivera y a mi padre Juan Briceño quienes me apoyaron en cada etapa de mi carrera, mis segundas madres Betty, Mari y a toda mi familia por creer en mí.

## **AGRADECIMIENTO**

A todo mis maestros de las diversas áreas de mi universidad por el apoyo brindado, ya que sin ellos no hubiera logrado cumplir todo mis objetivos y en especial a los doctores del Hospital La Caleta de Chimbote que me brindaron sus conocimientos en el ámbito de la medicina y pude aprender más extensamente diferentes procedimientos diferentes a mi carrera pero con un gran valor en lo profesional.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria en la Institución Educativa “José Gálvez Egúsquiza” N° 88016 Distrito de Chimbote, Departamento de Ancash, Mayo 2015, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 38 participantes en dicha Institución. El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, y conocimiento sobre desarrollo dental. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en salud bucal el 28,0 % tuvo un nivel bueno, 60% mostró un nivel regular y 12% un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 50,0% tuvo un nivel bueno, el 44,0% un nivel regular y 6,0% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 34,0% tuvo un nivel bueno, el 40,0% un nivel regular y 26,0% obtuvo un nivel malo; por último en desarrollo dental el 34,0% tuvo un nivel bueno, el 34,0% tuvo un nivel regular y el 32,0% mostró un nivel malo.

Palabras clave: Desarrollo Dental, Enfermedades Bucales, Medidas Preventivas  
Nivel de conocimiento, Salud Bucal.

## **ABSTRACT**

This research is observational, descriptive cross-sectional; main objective is to determine the level of knowledge of oral health in students 4th secondary degree in Educational Institution " Jose Galvez Egusquiza "No. 88016 District of Chimbote, Ancash Department in May 2015, for which a survey structured so applied 38 voluntary participants in that institution. The level of knowledge on oral health was divided into level of knowledge about preventive measures knowledge of oral diseases, and knowledge about dental development. The results were divided into three levels: good, fair and bad. In general, oral health knowledge 28.0% had a good level, 60% had a regular level and 12% bad level. On knowledge on preventive measures, 50.0% had a good level, 44.0% a regular level and 6.0% earned a bad level; on knowledge of oral diseases 34.0% had a good level, 40.0% a regular level and 26% got a bad level; Finally in dental development 34.0% had a good level, 34.0% had a regular level and 32.0% showed a bad level.

Keywords: Dental Development, Oral Diseases, Preventive Measures level of knowledge, Oral Health.

## CONTENIDO

Título de la tesis.....	i
Hoja de firma del jurado y asesor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen .....	v
Abstract.....	vi
Contenido.....	vii
Índice de tablas.....	viii
Índice de gráficos.....	ix
<b>I INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>II REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>3</b>
2.1 Antecedentes de la investigación.....	3
2.2 Bases teóricas de la investigación.....	4
<b>III METODOLOGÍA.....</b>	<b>20</b>
3.1 Diseño de la investigación.....	20
3.2 Población y muestra.....	20
3.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores.....	20
3.4 Plan de análisis.....	22
3.5 Matriz de consistencia.....	23
3.6 Principios éticos.....	23
<b>IV RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
4.1 Resultados.....	24
4.2 Análisis de resultados.....	28
<b>V CONCLUSIONES.....</b>	<b>30</b>
5.1 Conclusiones.....	30
5.2 Aspectos complementarios.....	31
5.3 Referencias bibliográficas.....	32
Anexos.....	34

## **ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

### **ÍNDICE DE TABLAS**

#### **TABLA N° 01**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.....24

#### **TABLA N° 02**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.....25

#### **TABLA N° 03**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.....26

#### **TABLA N° 04**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.....27



## **INDICE DE GRÁFICOS**

### **GRÁFICO N° 01**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.....24

### **GRÁFICO N° 02**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.....25

### **GRÁFICO N° 03**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.....26

### **GRÁFICO N° 04**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.....27

## I. INTRODUCCION

“El Distrito de Chimbote se encuentra ubicado en la costa norcentral del Perú, capital de la Nueva Provincia de Santa, en el extremo noroeste del Departamento de Ancash. Se ubica a orillas del Océano Pacífico en la bahía El Ferrol, en la desembocadura del río Lacramarca. Chimbote es conocido por la actividad portuaria que en ella se lleva a cabo, así como por ser sede importante de la industria pesquera y siderúrgica del país, además de eje comercial de esta parte del Perú. En el siglo XX, el puerto de Chimbote llegó a ser el puerto pesquero con mayor producción en el mundo.<sup>1</sup>” (citado por Villacorta, 2016)

La Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza” N° 88016 ubicada en el Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Departamento Ancash, con dirección Av. Miguel Grau S/N Mz. 10, de gestión pública, ubicada en el Pueblo Joven 2 de mayo, cuenta con los niveles primaria, secundaria e inicial, cuenta con un número aproximado de 618 alumnos. Creada el 2 de mayo de 1965 por la Junta vecinal Dos de Mayo.<sup>2</sup>

La “prevención de la salud bucal y la Educación para la Salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades. Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal, es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas. La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima. En la comunidad todos sus actores sociales deben estar involucrados en estas tareas preventivas de enfermedad bucal, es la mejor estrategia para contrarrestar los efectos adversos de la problemática de salud, se debe medir esa percepción de nivel de conocimientos sobre salud bucal e identificar las deficiencias para plantear en un futuro, mejores programas odontológicos para disminuir los altos índices de enfermedad bucal.<sup>3</sup>” (citado por Villacorta, 2016)

“Los aspectos anteriormente mencionados, han sido los motivadores para realizar el presente estudio, el cual, ha sido encaminado específicamente a analizar las concepciones de salud bucal de los estudiantes de las instituciones educativas.” (citado por Villacorta, 2016)

En tal sentido, el enunciado del problema fue ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal estudiantes de 4to grado secundaria de la Institución Educativa ‘‘José Gálvez Egúsquiza N° 88016, Distrito de Chimbote, Departamento de Ancash, Mayo 2015?, el objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria de la Institución Educativa ‘‘José Gálvez Egúsquiza N° 88016, Distrito de Chimbote, Departamento de Ancash, Mayo 2015 y los objetivos específicos fueron formulados para: determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de Salud Bucal, nivel de conocimiento de las enfermedades bucales, nivel de conocimiento sobre desarrollo dental.

La investigación estuvo justificada porque la ejecución del proyecto en el Distrito de Chimbote es muy necesaria, debido a que existen escasas estadísticas en nuestra población sobre los niveles de conocimientos de salud bucal de estudiantes de nivel secundaria en el pueblo joven Dos de Mayo que nos permitirá conocer a la sociedad y hacer entender a las autoridades del Distrito de Chimbote y de la Región Ancash la problemática de salud bucal persistente en nuestro entorno.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1 Antecedentes de la investigación

**Morillo Fernández Dheyli (Chimbote 2015);** Tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 4to grado de secundaria de Institución Educativa Nacional Santa María Reyna de Chimbote, marzo 2015, para lo cual aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 30 participantes en dicha Institución. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal en general 3,3% mostró un nivel bueno, 76,7% nivel regular y 20,0% en nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas el 40.0 % tuvo un nivel bueno, el 60.0% un nivel regular y 0% en un nivel malo, sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 3,3% tuvo un nivel bueno, 36,7% un nivel regular y 60% un nivel malo, con respecto al conocimiento sobre Desarrollo dental el 3,3% tuvo un nivel bueno, 26,7% un nivel regular, y el 70,0 % tuvo un nivel malo <sup>4</sup>

**Díaz Pérez Jorge J (Nuevo Chimbote, 2015);** En Ancash se realizó un trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la Institución Educativa Particular "Santo Tomas el Apóstol" del 4to secundaria del distrito de Nuevo Chimbote Junio 2015, aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 20 participantes en dicha Institución. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal 90% en nivel regular, y 10 % malo. En conocimiento sobre medidas preventivas 50% nivel bueno, 45 % nivel regular y 5% nivel malo, Sobre enfermedades bucales 5% tuvo nivel bueno, 50% nivel regular y 5% nivel de conocimiento malo, con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 0% tuvo nivel bueno, el 20% tuvo nivel regular y 80 % un nivel malo.<sup>5</sup>

## **2.2 Bases Teóricas de la Investigación**

El “nivel de conocimiento, es un estado cognitivo y mental de las personas, para superar su medio ambiente, sobrevivir y mantener su calidad de vida.” (citado por Villacorta, 2016)

### **“El conocimiento**

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, en el sentido más amplio del término se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados” (citado por Villacorta, 2016) que al ser tomados por si solos poseen un menor valor cualitativo.

“Mediante el conocimiento el hombre penetra las diferentes áreas de la realidad para tomar posesión de ella, y la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución. Así a partir de este hecho o fenómeno aislado se puede ascender hasta situarlo dentro de un contexto más complejo, ver su significado, función, naturaleza aparente y profunda, origen, finalidad, y toda su estructura fundamental.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Fases entre el conocimiento y la conducta:”** (citado por Villacorta, 2016)

“En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.” (citado por Villacorta, 2016)

“Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo” (citado por Villacorta, 2016).

“La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias. Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.” (citado por Villacorta, 2016)

Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. <sup>6</sup>

### **Salud bucal**

Es un “componente fundamental de la salud; es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales,

históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales, así como el sistema de valores, los subjetivos e individuales. Actualmente la Salud Bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad bucal, como el Sida o la Diabetes, así como las deficiencias nutricionales. Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal encontramos a la caries dental, las periodontopatías y las mal oclusiones.” (citado por Villacorta, 2016)

“En el Perú estas patologías mantienen una alta prevalencia; se consideran problemas de salud pública en el mundo, la caries dental y la enfermedad periodontal siendo las más frecuentes en la población y son enfermedades que se pueden evitar mediante medidas preventivas en el hogar y en el consultorio. Uno de los objetivos primordiales de un programa de odontología preventiva, consiste en ayudar al paciente a mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucal, por tanto, es necesario enseñar al paciente a reconocer la existencia de estados indeseables en su boca, a comprender como se producen y a controlarlos” (citado por Villacorta, 2016).<sup>7</sup>

“Así mismo en el concepto de salud global, según la OMS, la mayoría de los niños del mundo presentan signos de gingivitis y entre los adultos son comunes las periodontopatías en sus fases iniciales, en los países industrializados, los estudios realizados muestran que el tabaquismo es un factor de riesgo clave. En este informe se establecen los principales componentes y prioridades del Programa Mundial de Salud Bucodental” (citado por Villacorta, 2016).

“Además, de abordar los factores de riesgo, modificables como los hábitos de higiene bucodental, consumo de azúcares, falta de calcio y de micronutrientes y tabaquismo, una parte esencial de la estrategia se ocupa de los principales detenimientos socio culturales, como la pobreza, bajo nivel de instrucción y la falta de tradiciones que fomenten la salud buco-dental además, la OMS considera que los sistemas de salud bucodental deben estar orientados hacia los servicios de atención primaria de salud y de prevención” (citado por Villacorta, 2016).<sup>8</sup>

**“Enfermedades bucales”** (citado por Villacorta, 2016)

**“Caries dental”** (citado por Villacorta, 2016)

“La caries dental es una enfermedad prevenible. Los cuatro “pilares de la prevención” son: Control de la placa, alimentación, fluoruro, selladores de fisuras; cada uno de estos pilares debe incorporarse en cada plan de tratamiento preventivo con el fin de prevenir gingivitis, enfermedad periodontal, caries dental y erosión dental. Los efectos de cada uno de estos pilares son aditivos, y cuando se planeé el tratamiento deben tomarse en cuenta edad, cooperación, riesgo de caries y necesidades de exposición a fluoruro. La prevención debe comenzar en una fase temprana, y debe alentarse a los padres a llevar a sus niños al dentista hacia la edad de seis meses, para que reciban orientación adecuada sobre cuidados bucales antes de que surjan problemas. La prevención es la base de todos los planes de tratamiento, y debe individualizarse para cada paciente. Todos los planes de tratamiento deben comenzar con la prevención en la primera visita, y continuar y ser reforzados a medida que el tratamiento avanza. Aplicar medidas preventivas al inicio de un tratamiento también es apropiado en las estrategias de atención para niños. Asimismo, la cooperación y motivación futuras del niño y sus padres pueden mejorar si la prevención se hace divertida. Riesgo de caries Puede clasificarse de varias maneras. Un método popular consiste en clasificar a los individuos como de riesgo de caries bajo, moderado o alto. Un método más simple es designar libre de caries a aquellos que no la padecen, y propenso a éstas a todo el que sí la padezca. La declinación de la enfermedad es bimodal, y en el caso de los niños pequeños 75 a 80% de la caries ocurre en apenas 20 a 25% de la población. Responsabilidad de los padres a pesar de los episodios repetidos de orientación preventiva por el equipo dental a niños y padres, parece ser que el mensaje preventivo no es captado por algunos grupos o tal captación es complicada por factores relacionados como: Bienestar social, problemas médicos, discapacidad física, deterioro psicológico, retraso del desarrollo, nivel socioeconómico bajo, grupo étnico; esto se debe a apego deficiente del paciente o los padres a la orientación y las instrucciones. Al final del día los progenitores deben asumir la responsabilidad de supervisar los cuidados bucales del niño sobre una base diaria. Control de la placa puede lograrse mediante: Cepillado dental con

un dentífrico fluorado, uso de seda dental (con precaución en niños mayores motivados) control químico con clorhexidina en casos selectos, vigilancia con revelador de placa” (citado por Villacorta, 2016).<sup>9</sup>

“La caries es una enfermedad multifactorial de efecto contagioso originada por bacterias que destruyen los dientes en forma progresiva. La caries es la desintegración del esmalte dental con afectación eventual de la pulpa, es la enfermedad humana con mayor prevalencia” (citado por Villacorta, 2016).

“La caries dental se inicia sobre la corona externa. El diente se vuelve sensible a los cambios térmicos originados por el contacto de los alimentos calientes y fríos. La caries se disemina rápidamente debido al bajo contenido mineral de la dentina y del cemento. A medida que progresa la desmineralización y el tejido muerto de la dentina los microorganismos pueden invadir los túbulos dentinarios. Los productos microbianos que preceden a los organismos en los túbulos dentinarios pueden causar inflamación de la pulpa dental antes de que la destrucción de la dentina circundante sea evidente.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Tipos de caries”** (citado por Villacorta, 2016)

**“Caries de primer grado”** (citado por Villacorta, 2016)

“Esta caries es asintomática, por lo general es extensa y poco profunda. En la caries de esmalte no hay dolor, esta se localiza al hacer una inspección y exploración. Normalmente el esmalte se ve de un brillo y color uniforme, pero cuando falta la cutícula de Nashmith o una porción de prismas han sido destruidas, este presenta manchas blanquecinas granulosas. En otros casos se ven surcos transversales y oblicuos de color opaco, blanco, amarillo, café.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Caries de segundo grado”** (citado por Villacorta, 2016)

“Aquí la caries ya atravesó la línea amelodentinaria y se ha implantado en la dentina, el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, ya que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios se encuentran en mayor número y su diámetro es más grande que el de la estructura del esmalte. En general, la constitución de la dentina <sup>7</sup>faculta la proliferación de gérmenes y



toxinas, debido a que es un tejido poco calcificado y esto ofrece menor resistencia a la caries.” (citado por Villacorta, 2016)

“Al hacer un corte longitudinal de un diente con caries en dentina, se encuentran tres zonas bien diferenciadas y que son de afuera hacia adentro:” (citado por Villacorta, 2016)

“Zona de reblandecimiento o necrótica.

Zona de invasión o destructiva.

Zona de defensa o esclerótica.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Caries de tercer grado”** (citado por Villacorta, 2016)

“Aquí la caries ha llegado a la pulpa produciendo inflamación en este órgano pero conserva su vitalidad. El síntoma de caries de tercer grado es que presenta dolor espontáneo y provocado. Espontáneo porque no es producido por una causa externa directa sino por la congestión del órgano pulpar que hace presión sobre los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar, este dolor aumenta por las noches, debido a la posición horizontal de la cabeza y congestión de la misma, causada por la mayor afluencia de sangre. El dolor provocado se debe agentes físicos, químicos o mecánicos, también es característico de esta caries, que al quitar alguno de estos estímulos el dolor persista.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Caries de cuarto grado”** (citado por Villacorta, 2016)

“Aquí la pulpa ha sido destruida totalmente, por lo tanto no hay dolor, ni dolor espontáneo, pero las complicaciones de esta caries, sí son dolorosas y pueden ser hasta destrucción ósea como Osteomielitis” (citado por Villacorta, 2016).

“La sintomatología de la se identifica por tres datos que

son: Dolor a la percusión del diente.

Sensación de alargamiento.

Movilidad anormal de la pieza.

La osteomielitis es cuando ha llegado hasta la médula ósea.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Clasificación de Black”** (citado por Villacorta, 2016)

“Black -Padre de la operatoria dental- clasificó en cinco grupos las zonas dentales afectadas por caries, así como las cavidades, dependiendo del lugar donde se encuentren y las enumeró del uno al cinco.” (citado por Villacorta, 2016)

“Clase I Son las que se encuentran en caras oclusales de premolares y molares, además en los cingulos de dientes anteriores y en los defectos estructurales de todos los dientes.” (citado por Villacorta, 2016)

“Clase II Se encuentran en caras proximales de molares y premolares.” (citado por Villacorta, 2016)

“Clase III Se encuentran en las caras proximales de dientes anteriores llegar hasta el ángulo incisal.” (citado por Villacorta, 2016)

“Clase IV Se encuentra en todos los dientes anteriores en sus caras proximales, abarcando borde incisal.” (citado por Villacorta, 2016)

“Clase V Se encuentran en el tercio gingival de dientes anteriores y posteriores y en caras bucales o linguales.” (citado por Villacorta, 2016)<sup>10</sup>

**“Enfermedad Periodontal”** (citado por Villacorta, 2016)

“Las enfermedades periodontales son un conjunto de enfermedades que afectan a los tejidos (periodonto) que rodean y sujetan a los dientes en los maxilares. Son enfermedades de naturaleza inflamatoria y de causa infecciosa (causadas por bacterias) que dependiendo de su grado de afectación las denominamos gingivitis, cuando el proceso inflamatorio solamente afecta al periodonto superficial (la encía) y no están afectados los tejidos que sujetan el diente. Cuando el proceso inflamatorio afecta a los tejidos periodontales profundos, se produce destrucción del hueso y ligamento que soportan y sujetan los dientes. A este grado de afectación lo denominamos periodontitis.” (citado por Villacorta, 2016)

“Si la periodontitis no se trata, evoluciona destruyendo todo el soporte del diente y con ello el alojamiento y pérdida del mismo. Estos procesos inflamatorios raramente cursan un dolor intenso, por lo que muchos pacientes los padecen sin ser conscientes de ello.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los primeros signos y síntomas que aparecen en las fases más tempranas de la enfermedad (gingivitis) son:” (citado por Villacorta, 2016)

“Enrojecimiento e hinchazón de la encía, sangrado de las encías al cepillarse los dientes o de un modo espontáneo.

Cuando las enfermedades periodontales han evolucionado a periodontitis, suelen aparecer otros síntomas tales como:

Retracción de las encías, sensación de dientes más largos.

Movilidad de los dientes.

Separación de los dientes.

Aumento de la sensibilidad dentaria, sobre todo al frío.

Sensación de quemazón y dolor de encías.

Mal aliento.

Aparición de abscesos y flemones en la encía.” (citado por Villacorta, 2016)

“La gingivitis además de producir inflamación de la encía y sangrado, sobre todo al cepillarse, en algunos individuos evoluciona a periodontitis, la periodontitis al destruirse el hueso que soporta los dientes en los maxilares provoca movilidad y separación de los dientes. Con el tiempo los dientes acabarán perdiéndose bien por la necesidad de extraerlos debido a su inestabilidad o bien por caerse prácticamente solos. Se trata de enfermedades de causa infecciosa bacteriana. Se debe a unas bacterias que todos tenemos en la boca, alrededor de los dientes, y que si no eliminamos correctamente, ganan acceso al espacio entre el diente y la encía y pueden colonizar este espacio creciendo en número y provocando la reacción inflamatoria y destructiva que define a estas enfermedades. Las bacterias por sí mismas no son capaces de provocar las consecuencias de estas enfermedades, sino que necesitan de un individuo susceptible (predisposición genética) y un medio ambiente adecuado (factores como tabaco y stress son factores de riesgo muy importantes en la colonización de estas bacterias).” (citado por Villacorta, 2016)

“La gingivitis es una de las enfermedades más frecuentes del ser humano, siendo muy frecuente en todas las edades (en jóvenes 75% de 20 a 25 años). Una parte de las gingivitis, aún en ausencia de tratamiento, no progresan a la destrucción de los tejidos periodontales de soporte dentario (periodontitis). La periodontitis es muy rara en jóvenes y adolescentes (aproximadamente 1 caso/10.000). Sin embargo su frecuencia aumenta con la edad (alrededor del 10% a los 30-40 años y del 25-30%

entre 50 y 60 años). Por lo tanto, es una enfermedad relativamente frecuente en adultos y su frecuencia aumenta claramente con la edad.” (citado por Villacorta, 2016)

“Si el paciente está en buen estado de salud, normalmente no se afecta su estado general, por ser una infección localizada exclusivamente en la boca. Sin embargo, puede afectar muy negativamente en casos de pacientes con enfermedades sistémicas crónicas tales como diabetes, enfermedades cardíacas, circulatorias, etc. Igualmente, está demostrada una clara asociación entre periodontitis y riesgo de infarto de miocardio y riesgo de niños prematuros y de bajo peso en mujeres embarazadas. Estas infecciones también pueden representar un grave riesgo a pacientes inmunodeprimidos (pacientes con defensas bajas, tal como ocurre en pacientes en tratamiento de cáncer, pacientes con SIDA.” (citado por Villacorta, 2016)<sup>11</sup>

### **Medidas de prevención estomatológica.**

Como ya se mencionó, entre los factores que intervienen en la producción de caries, está el de solubilidad de los tejidos duros del diente en los ácidos orgánicos débiles.

Por ello, la “primera medida profiláctica es la motivación y educación del paciente. Con lo que respecta a la higiene dental, un control de placa dentobacteriana frecuente y una correcta técnica de cepillado evitan muchos contratiempos.” (citado por Villacorta, 2016)

“Otra medida utilizada, es el uso de fluoruros aplicados tópicamente en el consultorio, que reducen el índice de caries siempre y cuando se acompañen estas medidas de un control de dieta.” (citado por Villacorta, 2016)

“A continuación se menciona una serie de accesorios que ayudan a mantener la boca en un estado de salud adecuada.” (citado por Villacorta, 2016)

“Cepillo dental

La seda dental

Pastillas reveladoras de placa dentobacteriana

Colutorios” (citado por Villacorta, 2016)

“Este concepto aplicado a prevención en salud bucal nos infiere que son todas las medidas que impedirán que se produzcan deficiencias en el sistema estomatognático o impedir que las deficiencias ya producidas tengan consecuencias psicológicas y sociales negativas.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Cuidados de la cavidad bucal”** (citado por Villacorta, 2016)

“Hábitos rutinarios: Es recomendable, cepillarse los dientes después de cada comida con un dentífrico fluorado y emplear la seda dental a diario.

Utilizar un cepillo de cerdas blandas o medias de material sintético con puntas redondeadas y pulidas.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los cepillos eléctricos son muy eficaces porque realizan movimientos rotatorios de limpieza que garantizan la eliminación de la placa.” (citado por Villacorta, 2016)

“Hay que remplazar el cepillo cada 3 meses.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los cepillos interproximales son muy eficaces para remover los residuos alimentarios y la placa del espacio interdental.” (citado por Villacorta, 2016)

“La seda dental se emplea pasándola suavemente entre los dientes, es preciso colocarla ante la superficie frontal y posterior de cada diente, de manera que la seda forme una "C", como si rodeara al diente. Hay que desplazar la seda desde la línea de la encía hasta la punta del diente para eliminar el sarro. Hay que recordar pasar la seda por las caras posteriores de los dientes y emplear un trozo de seda limpio para cada diente. Concluir la higiene con un enjuague bucal o colutorio. Es fundamental para reducir el volumen de la placa.” (citado por Villacorta, 2016)

“Evitar el tabaco y alimentarse de forma sana y equilibrada. Acudir al dentista una vez al año.

Si se padece diabetes, controlar más los niveles de glucemia (azúcar en la sangre) Evitar los medicamentos que puedan deteriorar la salud bucal, hacerse una revisión dental antes de iniciar un tratamiento contra el cáncer.

Alimentación y salud dental” (citado por Villacorta, 2016)

“Una higiene buco dental escasa o incorrecta aumenta el tiempo en el que están actuando las bacterias (transformando azúcares en ácidos que pueden destruir el

esmalte) y la predisposición a la acumulación de sarro, a la producción de caries y a la pérdida de dientes.” (citado por Villacorta, 2016)

“De manera que las recomendaciones alimentarias que se relacionan con una buena salud dental son las siguientes:” (citado por Villacorta, 2016)

“Alimentación saludable, variada y equilibrada. Cada día hay que comer de todos y cada uno de los siguientes alimentos: pan y cereales, fruta fresca, verduras y hortalizas, carne, pollo y pescado, leche, queso y yogur.” (citado por Villacorta, 2016)

“Limitar el número de entre comidas. Cada vez que se comen alimentos con azúcar, los dientes son atacados por los ácidos durante veinte minutos o más.

Si se come entre comidas hay que elegir alimentos nutritivos tales como: queso, vegetales crudos, yogur o fruta.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los alimentos que se consumen como parte de la comida causan menos perjuicios, ya que se segrega más saliva durante una comida, lo que ayuda a lavar los alimentos en la boca y a reducir los efectos de los ácidos.

Hay que limpiarse los dientes después de las comidas para reducir el efecto de los ácidos sobre los dientes.” (citado por Villacorta, 2016)

“Es conveniente que las visitas al dentista se realicen de forma rutinaria desde los 3 años, ya que a esa edad ya se ha completado la erupción primaria de los dientes. A partir de esta edad los controles rutinarios son necesarios cada 6 meses o, al menos, una vez al año, y siempre que detecte algún tipo de problema como úlceras, caries, mal aliento, sangrado de encía, movilidad dentaria, alteraciones de la saliva. La alimentación es de gran importancia para la boca; los azúcares criogénicos (presentes en caramelos y dulces) la dañan, mientras que las verduras limpian y fortalecen la salud bucodental. La leche y los derivados lácteos aportan el calcio necesario para los dientes en la fase de formación de éstos.” (citado por Villacorta, 2016)

“No fuerce su dentadura partiendo frutos secos, y evite tomar bebidas o alimentos excesivamente fríos o calientes.” (citado por Villacorta, 2016)

“El tabaco perjudica la salud de la boca, ya que contribuye a empeorar la enfermedad de las encías. Una adecuada higiene bucodental desde la infancia deviene fundamental para conservar la dentadura, encías y boca en buenas

condiciones. El abecé de los cuidados de la boca debe incluir el cepillado diario, el uso de hilo dental, una revisión periódica por parte del dentista y el control de la dieta (limitando el consumo de dulces). La labor de los progenitores es primordial para transmitir unos correctos hábitos de higiene bucodental a los niños: hay que enseñarles cómo hacerlo y ser constantes en el empeño. Atrás quedó la política sanitaria basada en la extracción y la mutilación; hoy se apuesta por la prevención, aunque queda mucho por hacer: algo más de la mitad de los escolares de 14 años y más del 90% de los adultos tienen caries. Siendo regulares con el cepillado y el hilo dental se elimina la placa dental y el sarro incipiente (placa endurecida), pero cuando el sarro se ha formado y se encuentra en la base del diente la única forma de eliminarlo es la limpieza efectuada por el dentista. Los enjuagues y soluciones antisépticas completan la higiene bucodental pero de ninguna forma sustituye al cepillado.” (citado por Villacorta, 2016)

“La utilización del cepillo para eliminación de placa requiere de una variedad de técnicas y cepillos para reducir la placa de las superficies vestibulares, linguales y en cierta medida de las caras proximales de acuerdo a la forma y al tamaño de los nichos interproximales.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los objetivos de las técnicas del cepillado son: Retirar la placa e interrumpir la reformación de esta, limpiar los dientes de alimentos, detritos y tinciones y estimular los tejidos gingivales.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Frecuencia del cepillado”** (citado por Villacorta, 2016)

“Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre los 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir, el cepillado debe hacerse después de cada comida y antes de dormir. El cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival, algunos colorantes vegetales son útiles para comprobar si el cepillado fue correcto. Hay también comprimidos que se disuelven en la saliva durante 20 segundos y se distribuyen con la lengua por las superficies dentales, espacios interdentes y encías. La higiene bucal previa a la erupción de los dientes es muy importante, así que los rodetes deben limpiarse con suavidad.” (citado por Villacorta, 2016)

“El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana y el número de microorganismos.” (citado por Villacorta, 2016)<sup>12</sup>

**“Hilo dental”** (citado por Villacorta, 2016)

“El cepillado de los dientes es insuficiente para limpiar los espacios interproximales, por lo cual es necesario utilizar hilo dental después del mismo.

El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente. Tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta.” (citado por Villacorta, 2016)

“Para usar el hilo dental, se extraen del rollo más o menos 60 cm. y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente hilo para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental. También es necesario dejar entre ambas manos un tramo de 7 a 8 cm. de hilo y mantenerlo tenso para controlar los movimientos.” (citado por Villacorta, 2016)

“El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco” (citado por Villacorta, 2016) gingival. En seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestíbulo lingual.

“A continuación se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos. En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dos índices. Se introduce el hilo a través del espacio interproximales, aplicándolo contra una de las caras proximales.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Dentífrico o pasta dental”** (citado por Villacorta, 2016)

“El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes.” (citado por Villacorta, 2016)

“El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias



tensoactivas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además, el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias saboríferas, como la menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental.” (citado por Villacorta, 2016)

**“Enjuagues bucales”** (citado por Villacorta, 2016)

“Los enjuagues bucales en general se dividen en dos tipos: Los que contienen fluoruro y cuya actividad es principalmente anti-caries, y los que contienen agentes antisépticos para combatir a las bacterias u hongos que causan enfermedades en la boca.” (citado por Villacorta, 2016)

“En general, ninguno de estos enjuagues está hecho para sustituir al cepillado y al uso del hilo dental, sino más bien para usarse como suplementos de estas actividades fundamentales. Normalmente se utilizan después del cepillado dental. Los enjuagues no quitan el mal aliento, sino que (al igual que el cepillado con pasta dental) solo lo enmascaran por períodos cortos de tiempo.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los enjuagues con fluoruro de uso en casa deben tener una concentración de fluoruro de sodio del 0.05% o de fluoruro fosfato acidulado con concentración de 0.044%.” (citado por Villacorta, 2016)

“Se emplean diariamente 1 o 2 veces por día, por 30 segundos y escupiendo al final del enjuague.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los pacientes a los que se les recomienda su uso son aquellos con caries activas o con alta susceptibilidad a la caries, con aparatos de ortodoncia fijos como brackets o bandas, con aparatos removibles, o con reducción del flujo salival.

Los enjuagues con fluoruro deben utilizarse inmediatamente después del cepillado dental.” (citado por Villacorta, 2016)

“En general, no se recomienda el uso del enjuague bucal con fluoruro a las concentraciones mencionadas en niños menores de 6 años, usados en forma de enjuague. Esto se debe a que los niños en estas edades se tienden a tragar el enjuague ya que no tienen el suficiente control para enjuagar y escupirlo. Esto les puede afectar ya que ingerirían cantidades por arriba del rango aceptable del fluoruro, lo cual puede ocasionar malformaciones (hipoplasias y descalcificaciones) de los dientes.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los enjuagues antisépticos para uso en casa se recetan más comúnmente para tratar a pacientes con gingivitis, pacientes que cada vez que se cepillan las encías sangran.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los enjuagues sirven para atacar a las bacterias de la placa bacteriana (bio- film) que ocasionan esta inflamación gingival. Al reducirse el número de bacterias (y sus toxinas), se reduce igualmente la inflamación de las encías.

Igualmente, su función principal es atacar directamente a las bacterias que ocasionan la caries.” (citado por Villacorta, 2016)

“En estos casos, los enjuagues se utilizan como parte de un programa anti-caries a base de soluciones con fluoruro al 0.05% combinado con otros enjuagues con clorhexidina al 0,12% que disminuyen drásticamente el índice de caries.” (citado por Villacorta, 2016) <sup>13</sup>

### **Desarrollo dental**

El primer signo de desarrollo dentario aparece tarde en la tercera semana embrionaria cuando el recubrimiento epitelial de la cavidad bucal comienza a aumentar de espesor en amplias zonas.

“Cronología de la erupción dentaria: El desarrollo de la dentición es un proceso íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares. La calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la erupción de los dientes temporales y de los permanentes y el proceso de reabsorción de las raíces de los temporales son fenómenos complejos que explican la frecuencia de anomalías en la oclusión dentaria.” (citado por Villacorta, 2016)

“La calcificación de los dientes temporales empieza entre los cuatro y seis meses de vida intrauterina. Al nacimiento se encuentran calcificadas las coronas de los incisivos centrales en su mitad incisal, menos la de los incisivos laterales, se observan las cúspides de los caninos y molares con poca calcificación y ha comenzado la calcificación de la primera corona del primer molar permanente. Se aprecian las criptas de gérmenes de premolares caninos e incisivos centrales superiores.” (citado por Villacorta, 2016)

“La erupción de los dientes comienza cuando se ha terminado la calcificación de la corona e inmediatamente después que empieza a calcificarse la raíz. Se cree que este proceso está regido por un control endocrino.” (citado por Villacorta, 2016)

“En la dentición temporal el orden de erupción es el siguiente: incisivos centrales inferiores a los seis o siete meses, centrales superiores a los ocho meses, laterales superiores a los nueve meses, laterales inferiores a los diez meses, primeros molares a los catorce meses, caninos a los dieciocho meses y segundos molares a los veintidós o veinticuatro meses.” (citado por Villacorta, 2016)

“Los dientes permanentes pueden ser de sustitución o complementarios. Los dientes de sustitución hacen su erupción simultáneamente con el proceso de reabsorción de las raíces de sus predecesores temporales, esto se atribuye a la acción de los osteoclastos y cementoclastos que aparecen como consecuencia del aumento de la presión sanguínea y tisular que impide la proliferación celular en la raíz y en el hueso alveolar y facilita la acción osteoclástica. En el caso de dientes que se reabsorben y el sucesor permanente tiene oligodoncia, el aumento en la presión sanguínea está favorecido por la presión del diente permanente en erupción; esta ocurre por etapas, con períodos de evidente actividad seguidas por períodos de aparente reposo.” (citado por Villacorta, 2016)

“La dentición permanente consta de cuatro incisivos, dos caninos, cuatro premolares y cuatro molares en cada maxilar, además un tercer molar que se encuentra sujeto a anomalías de número, forma y posición. Los dientes permanentes brotan con intervalos de un año entre cada grupo: el primer molar a los 6 años, los incisivos centrales superiores e inferiores a los 7 años, los incisivos laterales superiores e inferiores a los 8 años. El canino inferior y la primera bicúspide superior a los 9 años. El canino superior y la primera bicúspide inferior a los 10 años.” (citado por Villacorta, 2016)

“La segunda bicúspide superior e inferior a los 11 años. Los segundos molares superiores e inferiores a los 12 años. Los terceros molares superiores e inferiores de los 18 a los 30 años.” (citado por Villacorta, 2016)

“Existe una tabla de calcificación dentaria hecha por Nolla, que es una guía para su estudio.” (citado por Villacorta, 2016)

“La reabsorción de las raíces de los incisivos temporales está ya avanzada a los 5 años, cuando comienza la calcificación de las raíces de los incisivos y primeros molares permanentes y progresa la formación de las coronas de todos los dientes permanentes a excepción del último molar. A los 7 años comienza el reemplazo de

los incisivos. A los 9 años ya están en el arco dentario los incisivos y primeros molares permanentes y empieza la erupción de las primeras bicúspides superiores y caninos inferiores y empieza la calcificación de las cúspides de los terceros molares. A los 11 años se ha terminado la calcificación de las coronas de los permanentes, se adelanta la formación del tercer molar y termina la calcificación de las raíces de los caninos y premolares. A los 12 a 13 años debe estar terminada la erupción y calcificación de la dentición permanente.” (citado por Villacorta, 2016)<sup>14</sup>

### **III. METODOLOGIA**

#### **3.1 Diseño de la investigación:**

El diseño de la presente investigación descriptiva es de tipo no experimental transversal y observacional porque evalúa en un momento dado el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqüiza N° 88016, Distrito de Chimbote, Departamento de Ancash, Mayo 2015.

#### **3.2. Población y muestra**

La población de esta investigación está conformada por los estudiantes de 4to grado secundaria de la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqüiza N° 88016, Distrito de Chimbote, Departamento de Ancash, Mayo 2015.

El tamaño de la muestra resultó equivalente a 38 estudiantes, que cumplieron con los criterios de selección, para así poder obtener una muestra representativa, de la población a investigar.

Los criterios de selección considerados fueron: los estudiantes que se encontraron al momento de la investigación y presentes en las escuelas seleccionadas. A dichos estudiantes les explicó los objetivos del estudio y se les solicitó participar voluntariamente en la investigación. Los que manifestaran aceptación de participar fueron incluidos y evaluados.

#### **3.3. Definición y operacionalización de variables.**

##### **A. Nivel de Conocimiento sobre prevención en Salud bucal**

##### **Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal:**

Es definido como el nivel que tiene de higiene bucal, sobre la importancia del cepillado dental, sobre la ingesta de flúor, sobre la dieta, sobre prevención de caries dental, sobre prevención de maloclusiones.

##### **Conocimientos sobre enfermedades bucales**

Es definido como el nivel que tiene sobre: placa bacteriana, sobre caries dental, sobre gingivitis, sobre enfermedad Periodontal.

### Conocimientos sobre desarrollo dental

Es definido sobre el nivel que tiene sobre el inicio de formación dental, sobre los tipos de dentición, sobre el número de dientes deciduos, sobre la cronología de la erupción dentaria.

#### Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	CATEGORÍA DE ESCALA	INDICADOR
Nivel de Conocimiento sobre salud bucal	Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal	Bueno 6-8 Regular 3-5 Malo 0-2	Cuestionario
	Conocimiento sobre enfermedades bucales	Bueno 5-6 Regular 3-4 Malo 0-2	
	Conocimiento sobre desarrollo dental	Bueno 3-4 Regular 2 Malo 0-1	

#### Técnica e instrumento y de recolección de datos

Se utiliza un Cuestionario de preguntas para la evaluación del nivel de conocimiento. Este instrumento fue elaborado y adaptado por el autor (Anexo N°1).

#### Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un test/prueba (cuestionario) previamente calibrado con una prueba piloto y sometido a juicio de expertos. Este cuestionario consta de 18 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómica y respuestas múltiples) sobre conocimientos, el cual

contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró:

Conocimiento sobre prevención en salud bucal (8 preguntas).

Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (6 preguntas)

Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental (4 preguntas)

Sobre medidas preventivas: entre 6 a 8 preguntas correctas se considera bueno, entre 3 a 5 se considera regular, y de 1 a 2 preguntas correctas se considera malo.

Sobre principales enfermedades bucales: entre 5 a 6 preguntas correctas se considera bueno, entre 3 a 4 se considera regular, y de 1 a 2 preguntas correctas se considera malo.

Sobre desarrollo y crecimiento dental: entre 3 a 4 preguntas correctas se considera bueno, entre 2 se considera regular, y de 1 preguntas correctas se considera malo.

### **3.4 Plan de análisis**

Para el análisis de los datos se utilizó cuadros de distribución de frecuencias, datos porcentuales y gráficos; así como medidas estadísticas descriptivas como: promedio y desviación estándar. El procesamiento de los datos se realizó utilizando el programa informático Microsoft Excel 2010.

Los datos obtenidos en los cuestionarios ingresaron a la base de datos en Excel XP, una vez ordenados, tabulados, se analizaron según la naturaleza de las variables de estudio.

Para el análisis e interpretación, se construyó una base de datos de acuerdo a las variables estudiadas, obteniéndose medidas de tendencia central.

Para su representación gráfica, se utilizó histogramas o gráficos de barras, circulares que se construyeron a partir de frecuencias relativas.

### 3.5 Matriz de consistencia:

<b>Título</b>	<b>Tipo de investigación</b>	<b>Variable</b>	<b>Objetivos</b>
“Nivel de conocimiento de salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria en la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza” N° 88016 Distrito de Chimbote, Departamento de Ancash Mayo 2015	Descriptivo Transversal Observacional	Nivel de conocimiento sobre salud bucal.	<b>O. General:</b> Determinar nivel de conocimiento de salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria en la Institución Educativa “José Gálvez Egúsqiza” N° 88016 Distrito de Chimbote, Departamento de Ancash Mayo 2015

**3.6 Principios éticos:** No se difundió la identidad de los encuestados. Se mantuvo el anonimato para preservar los datos con reserva cumpliendo los criterios y pactos éticos del tratado de Helsinki y respeto a los derechos humanos.



## IV. RESULTADOS

### 4.1 Resultados

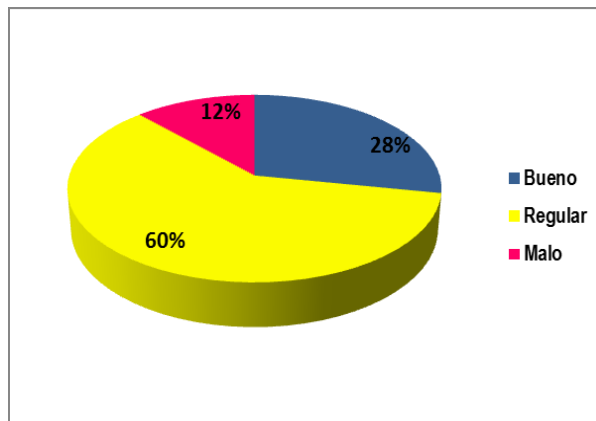
**TABLA N° 01**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	10	28,0
Regular	26	60,0
Malo	2	12,0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de secundaria, Mayo 2015.

**Gráfico 01.** NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.



Fuente: Tabla 01.

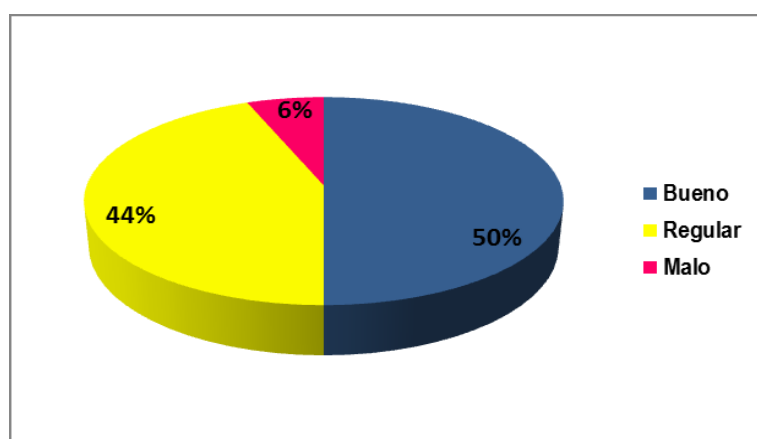
**TABLA 02**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	20	50,0
Regular	17	44,0
Malo	1	6,0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de secundaria, Mayo 2015

**GRÁFICO 02.** NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.



Fuente: Tabla 02.

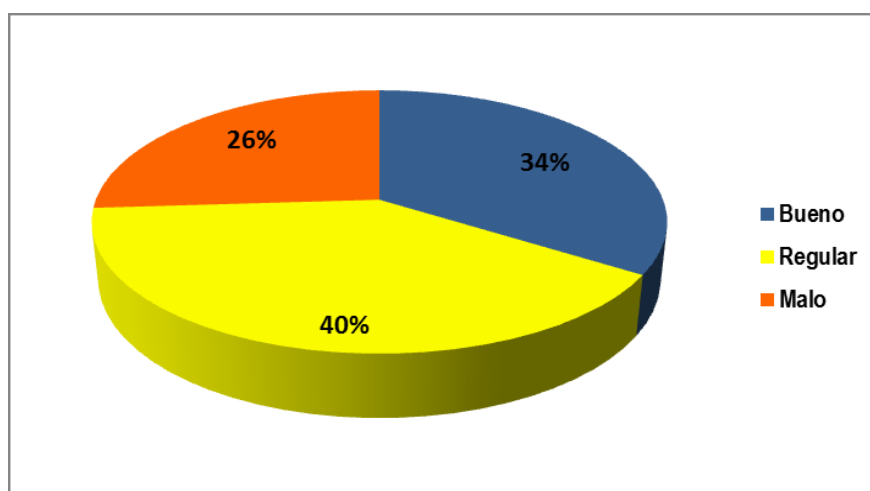
**TABLA N° 03**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	13	34,0
Regular	16	40,0
Malo	9	26,0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de secundaria, Mayo 2015

**Gráfico 03.** NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015



Fuente: Tabla 03.

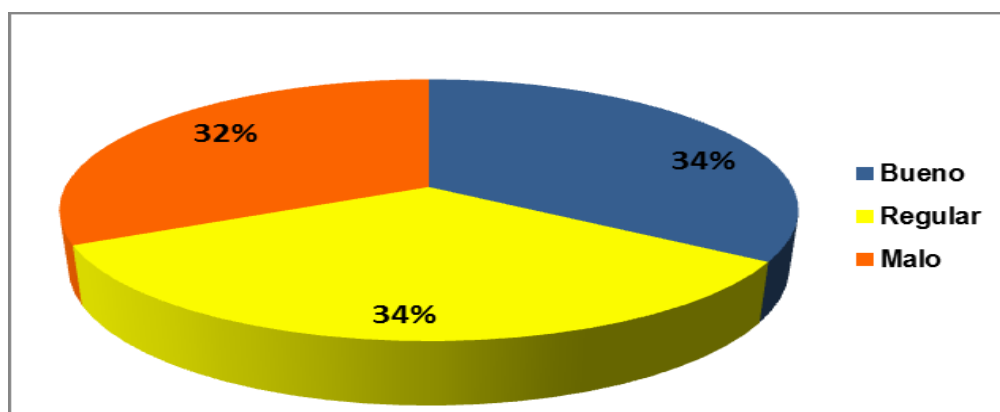
**TABLA 04**

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	13	34,0
Regular	13	34,0
Malo	12	32,0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de secundaria, Mayo 2015

**GRÁFICO 04.** NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GÁLVEZ EGÚSQUIZA” N° 88016, DISTRITO DE CHIMBOTE DEPARTAMENTO DE ANCASH, MAYO 2015.



Fuente: Tabla 04.

## 4.2 Análisis de resultados

La única posibilidad de poder mantener la Salud Bucal, es prevenir la enfermedad de manera precoz, debe considerarse la oportunidad de interceptar o modificar patrones de conducta que puedan resultar dañinos, es por eso que se considera importante enfocar a reconocer el nivel de conocimiento de los estudiantes para tener un patrón base y así poder crear programas de Promoción de Salud donde se incluya orientación y atención bucodental para niños.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal, se encontró que el mayor porcentaje 60% correspondía al nivel de conocimiento regular, seguido por el 28% que corresponde a bueno y el menor porcentaje 12% que corresponde al nivel de conocimiento malo (ver Tabla N° 1), porcentaje menor al estudio de Morillo<sup>4</sup> donde sus resultados revelaron un 76,7 %; con un nivel regular, En este estudio no sólo se limitó a ver el conocimiento sobre las principales medidas preventivas, sino también estudió el conocimiento sobre las enfermedades bucales más frecuentes en cavidad oral, así como sobre el desarrollo dental.

Acerca del conocimiento sobre medidas preventivas, se pudo observar que el conocimiento bueno fue de 50%, para conocimiento regular fue de 44% y el 6% fue malo de estudiantes en esta categoría (Ver tabla N° 2), diferente a lo hallado por Morillo<sup>4</sup> que obtuvo 60% en nivel Regular, aquí se consignaron preguntas como dieta, flúor, higiene bucal infantil, conocimientos sobre prevención de caries, maloclusiones, etc. Nuestro resultado podría ser interpretado como que la mayoría de estudiantes tiene el conocimiento bueno de las consecuencias de una mala higiene bucal.

La segunda parte o categoría se refiere al conocimiento de los estudiantes a las principales enfermedades bucales, como caries, enfermedad periodontal, se pudo observar que el conocimiento regular obtiene la mayoría con un 40% de estudiantes, mientras que el 34% de las mismas tienen un conocimiento bueno y con el 26% alcanzan el conocimiento malo. (Ver tabla N° 3), semejante a lo hallado por Morillo<sup>4</sup> que obtuvo 36,7% en un nivel regular.

La tercera parte, acerca del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, nos presenta resultados pocos satisfactorios, en donde el mayor porcentaje de estudiantes es de un 34%, que poseen un nivel de conocimiento bueno, 34% regular y 32% malo (Ver tabla N° 4), muy diferente a lo hallado por Morillo<sup>4</sup> que obtuvo 70% de nivel malo.

## V. CONCLUSIONES

### 5.1 Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal, se encontró que el mayor porcentaje 60% correspondía al nivel de conocimiento regular, seguido por el 28% que corresponde a bueno y el menor porcentaje 12% que corresponde al nivel de conocimiento malo.

Acerca del conocimiento sobre medidas preventivas, se pudo observar que el conocimiento bueno fue de 50%, para conocimiento regular fue de 44% y el 6% fue malo de estudiantes en esta categoría.

La segunda parte o categoría se refiere al conocimiento de los estudiantes a las principales enfermedades bucales, como caries, enfermedad periodontal, se pudo observar que el conocimiento regular obtiene la mayoría con un 40% de estudiantes, mientras que el 34% de las mismas tienen un conocimiento bueno y con el 26% alcanzan el conocimiento malo.

La tercera parte, acerca del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, nos presenta resultados pocos satisfactorios, en donde el mayor porcentaje de estudiantes es de un 34%, que poseen un nivel de conocimiento bueno, 34% regular y 32% malo.

## **5.2 Aspectos complementarios**

### **Recomendaciones:**

1. Se requieren de más estudios continuados, que nos permita en base al nivel de conocimiento de los estudiantes que van a contribuir a disminuir los índices de enfermedades bucales.
2. Realizar mayor labor preventiva promocional en las Instituciones educativas, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre salud Bucal.
3. Reforzar y apoyar al programa preventivo-promocional que opera en estos momentos en nuestra Universidad y el Ministerio de Salud, donde se considera al escolar de manera prioritaria, poniendo en práctica métodos de prevención a través de nuestra Universidad.



### 5.3 Referencias Bibliográficas

1. Reseña de Chimbote (monografía en internet); Chimbote, año 2014.  
Disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Chimbote>
2. Loyaga Musayon C. Historia José Gálvez Egusquiza URL Disponible en:  
<http://es.scribd.com/doc/96833996/Historia-colegios>
3. Fuente Hernández. y colab. Promoción y educación para la salud en odontología. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno, 2014.  
ProQuest ebrary. Web. 5 August 2016.
4. Morillo F. D. Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 4to grado de secundaria de institución educativa nacional Santa María Reyna de Chimbote, marzo 2015 [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015.
5. Díaz P. Nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la institución educativa particular "Santo Tomas El Apóstol del 4to secundaria del distrito de nuevo Chimbote Junio 2015 (Tesis para optar el título de cirujano dentista). Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2015
6. Moya Cañas, Patricia. El conocimiento: nuestro acceso al mundo. Cinco estudios sobre filosofía del conocimiento. Santiago de Chile, CL: Editorial Universitaria de Chile, 2013. ProQuest ebrary. Web. 5 August 2016.
7. Rodríguez Calzadilla, Amado, and Valiente Zaldívar, Carolina. Estrategias y resultados de la atención estomatológica a niños y adolescentes. La Habana, CU: Scielo Cuba, 2008. ProQuest ebrary. Web. 5 July 2016.
8. Cueto, Marcos, and Zamora Mesía, Víctor. Historia, salud y globalización. Lima, PE: IEP Ediciones, 2013. ProQuest ebrary. Web. 5 July 2016.

9. Duggal, Monty, Cameron, Angus, and Toumba, Jack. Odontología pediátrica. México, D.F., MX: Editorial El Manual Moderno, 2014. ProQuest ebrary. Web. 5 July 2016.
10. Doctuo. A. Las enfermedades bucales más comunes y sus formas de prevención. Revista virtual Doctuo; publicado el 23 de mayo 2013. Disponible en: <http://blog.doctuo.net/es/las-enfermedades-bucal-es-mas-comunes-y-sus-formas-de-prevencion/>
11. González Díaz y colab.. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. La Habana, CU: Scielo Cuba, 2008. ProQuest ebrary. Web. 5 July 2016.
12. Barranca Enríquez, A. Técnicas de Higiene Oral. (En Línea) ( acceso 31/05/2014) URL Disponible: <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>
13. Saenz Guzmán, A. Los sellantes de fosas y fisuras: una alternativa de tratamiento "preventivo o terapéutico" revisión de la literatura. Acta Odontológica. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/sellantes\\_fosas\\_fisuras.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/2/sellantes_fosas_fisuras.asp)
14. Chacón Medina IM. Alteraciones en la Erupción Dentaria. Tacna, Perú Nov 14, 2011. (En Línea). (Fecha de acceso 21 de octubre del 2015). URL Disponible: <http://www.slideshare.net/ivettechacon/alteraciones-en-la-erupcin-dentaria>

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO

#### **Instrucciones:**

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar el conocimiento sobre prevención bucal en los docentes, por lo que le solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

#### **II. CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL**

#### **Instrucciones:**

Esta parte del cuestionario contiene 18 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

#### **DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS**

##### **1. ¿Cuáles consideras que son medidas preventivas en Salud bucal?**

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental ( )
- b) Flúor, pasta dental, leche ( )
- c) Cepillo, hilo dental, sellantes ( )

##### **2. Principalmente, ¿cuándo debes cepillarte los dientes?:**

- a) Antes del desayuno ( )
- b) Después del desayuno ( )
- c) Antes de acostarme ( )
- d) Después de todas las comidas ( )

**3. ¿Crees que la alimentación llevada durante la gestación afecta los dientes en el futuro?**

SI ( ) NO ( )

**4. ¿Considera al flúor importante para proteger los dientes?**

SI ( ) NO ( )

**5. ¿Crees que se debe lavar las encías de los bebés antes de que salgan los dientes?**

SI ( ) NO ( )

**6. ¿Crees que se debe hacer dormir al niño con su biberón?**

SI ( ) NO ( )

**7. ¿Crees que si un niño se succiona el dedo, chupones u otras cosas afectará su dentición futura?**

SI ( ) NO ( )

**8. ¿A qué edad se debe ir por primera vez al dentista?**

- a) Al erupcionar el primer diente ( )
- b) Desde que nacemos ( )
- c) Cuando duele algún diente ( )
- d) Cuando salgan todos los dientes ( )

#### **DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES**

**9. La placa bacteriana que se adhiere en los dientes es:**

- a) Restos de dulces y comida ( )
- b) Manchas blanquecinas en los dientes ( )

c) Restos de alimentos y microorganismos ( )

d) No sé ( )

**10. La caries temprana en los niños es:**

a) La caries causada por dulces ( )

b) La caries que afecta los dientes de leche ( )

c) La caries causada por falta de aseo ( )

d) No sé ( )

**11. ¿Consideras que la caries es una enfermedad contagiosa?**

SI ( ) NO ( )

**12. Haz escuchado y crees cierto que “por cada embarazo la mamá pierde uno de sus dientes”**

SI ( ) NO ( )

**13. La gingivitis que da en la boca es:**

a) El dolor de diente ( )

b) La enfermedad de las encías ( )

c) Inflamación del labio ( )

d) No sé ( )

**14. ¿La enfermedad periodontal qué es?:**

a) Heridas en la boca ( )

b) La que afecta a los soportes del diente ( )

c) La pigmentación de los dientes ( )

d) No sé ( )

**DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL**

**15. ¿Sabes cuándo empiezan a formarse los dientes de un niño?**

- a) A las 6 semanas de gestación ( )
- b) A los 6 meses de gestación ( )
- c) A los 6 meses de nacido ( )
- d) No sé ( )

**16. ¿Sabes cuántos tipos de dentición tienen los niños?**

- a) 1 ( )
- b) 2 ( )
- c) 3 ( )
- d) No sé ( )

**17. ¿Sabes cuántos dientes temporales tienen los niños?**

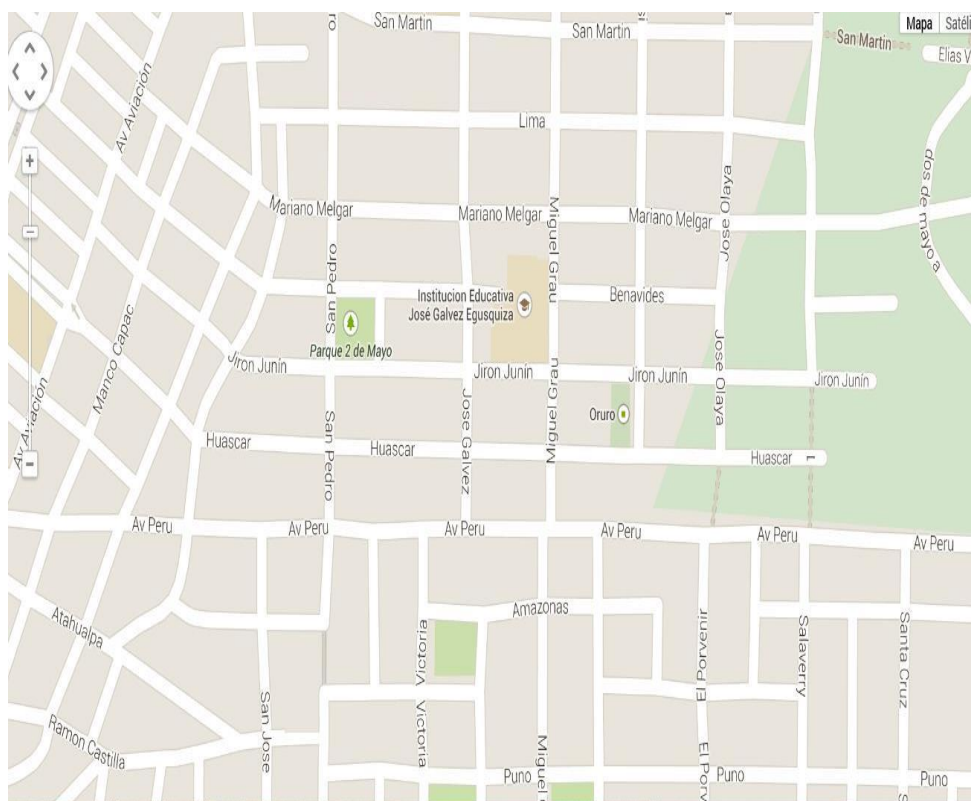
- a) 10 ( )
- b) 20 ( )
- c) 24 ( )
- d) No sé ( )

**18. ¿Sabes cuándo aparecen en boca los dientes de un bebé?**

- a) A los 3 meses de nacido ( )
- b) A los 6 meses de nacido ( )
- c) Al año de nacido. ( )
- d) No sé ( )

## Anexo N° 2

### Mapa de ubicación de institución educativa “José Gálvez Egúsqiza” PPJJ. Dos de Mayo-Chimbote



**Anexo 3**  
**Fotografías**

INVESTIGADOR BRICEÑO OLIVERA CARLOS ALBERTO EN EL  
FRONTIS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “JOSÉ GALVEZ  
EGÚSQUIZA”





## ENCUESTANDO A ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN

