



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 SECUNDARIA
DE I.E “SANTA MARÍA REINA”, DISTRITO DE
CHIMBOTE, MARZO 2015”**

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

**Autora
MORILLO FERNÁNDEZ DHEYLI CAROLYN**

**Asesora
MG. CD. AÍDA NOLASCO TORRES**

CHIMBOTE- PERÚ

2015

TÍTULO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA DE I.E “SANTA MARÍA REINA”, DISTRITO DE CHIMBOTE, MARZO 2015”

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA DE I.E “SANTA MARÍA REINA”, DISTRITO DE CHIMBOTE, MARZO 2015”

Autor: Morillo Fernández Dheyli Carolyn

Asesora de Tesis: Mg. CD. Nolasco Torres Aida

**MG.CD. IMER CORDOVA SALINAS
PRESIDENTE DE JURADO**

**MG.CD PABLO MILLONES GÓMEZ
SECRETARIO DE JURADO**

**ESP. CD. ESTHER BERNAOLA PORRAS
MIEMBRO DE JURADO**

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi familia que siempre estuvo conmigo y nunca me dejaron sola, ellos fueron mi motivo para dar todo de mí.

A mi madre que en todos estos años estuvo apoyándome en todo lo que necesite y me dio valor para seguir adelante con mente positiva.

AGRADECIMIENTO

Por el apoyo brindado de mis docentes
que siempre estuvieron guiándome para
hacer las cosas bien y aprender cada día más,
Gracias a ellos pude encaminarme para lograr cumplir
mis objetivos trazados.

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 los estudiantes de 4to grado secundario de I.E “Santa María Reina”, distrito de Chimbote, Marzo 2015”, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 28 participantes en dicha Institución. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etéreo y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 60,7 % mostró un nivel malo, el 39,3% tuvo un nivel regular y 0,0 % un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 50,0 % tuvo un nivel regular, el 39,3 % un nivel bueno y 10,7 % obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 67,9 % tuvo un nivel malo, el 32,1 % un nivel regular, y 0,0 % obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 50% tuvo un nivel malo ,el 28,6 % un nivel regular, mientras que el 21,4% un nivel bueno; por último, en desarrollo dental el 60,7% tuvo un nivel malo, el 35,7 % tuvo un nivel regular, y el 3,6% mostró un nivel bueno. El grado de instrucción más frecuente fue secundaria con un 88 %, el cual mostró un nivel de conocimiento malo con un 46,4%. El rango de edad más frecuente fue el de 15 a más años con un 46%, el cual mostro un nivel de conocimiento malo con un 42,9 %.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, salud bucal, medidas preventivas, enfermedades bucales, atención odontológica, y desarrollo dental.

ABSTRACT

The present research is observational, descriptive cross-sectional; Its main objective is to determine the level of knowledge of oral health in students 4th high degree of IE "Santa Maria Reina" district of Chimbote, in March 2015 ", for which a structured survey voluntarily applied to 28 participants that institution. The level of knowledge on Oral Health was divided into level of knowledge about preventive measures, knowledge of oral diseases, knowledge on dental care during pregnancy and knowledge about dental development; so does the level of knowledge related to the age group and educational attainment. The results are divided into three levels: good, average and bad. In general, knowledge in Oral Health 60.7% showed a poor level, 39.3% had a regular level and 0.0% solid. On knowledge on preventive measures, 50.0% had a regular level, a solid level of 39.3% and 10.7% earned a bad level; on the knowledge of oral diseases 67.9% had a bad level, 32.1% a regular level, and 0.0% got a good level; and with respect to knowledge about dental care in pregnant women 50% had a bad level 28, 6% a regular level, while a solid level of 21.4%; Finally, in dental development 60.7% had a bad level, 35.7% had a regular level, and 3.6% showed solid. The most common grade of instruction was high with 88%, which showed a poor level of knowledge with 46.4%. The most common age range was 15 years to 46%, which showed a level of bad knowledge 42.9%.

Keywords: Level of knowledge, oral health, preventive measures, dental diseases, dental care and dental development.

CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| Título de la tesis..... | ii |
| Hoja de firma del jurado y asesor..... | iii |
| Dedicatoria..... | iv |
| Agradecimiento..... | v |
| Resumen | vi |
| Abstract..... | vii |
| Contenido..... | viii |
| Índice de tablas..... | ix |
| Índice de gráficos..... | xii |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 01 |
| II. REVISIÓN DE LITERATURA..... | 04 |
| III. METODOLOGÍA..... | 22 |
| 3.1 Tipo y diseño de la investigación..... | 22 |
| 3.2 Población y muestra..... | 22 |
| 3.3 Técnicas e instrumentos..... | 22 |
| 3.4 Plan de análisis..... | 24 |
| IV. RESULTADOS..... | 25 |
| 4.1 Resultados..... | 25 |
| 4.2 Análisis de resultados..... | 42 |
| V. CONCLUSIONES..... | 43 |
| 5.1.- Conclusiones..... | 43 |
| 5.2- Aspectos complementarios..... | 44 |
| 5.3.- Referencias bibliográficas..... | 47 |
| 5.4.- Anexos..... | 50 |

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1

Nivel de conocimiento en salud bucal según la edad de los estudiantes de 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....25

TABLA 2

Nivel de conocimiento en salud bucal según genero de los estudiantes de 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote ,Marzo 2015.....26

TABLA 3

Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal según la edad de los estudiantes de 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....27

TABLA 4

Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal según genero de los estudiantes de 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....28

TABLA 5

Nivel de conocimiento sobre atención odontológica a gestantes según la edad de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....29

TABLA 6

Nivel de conocimiento sobre atención odontológica a gestantes según género de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....30

TABLA 7

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal según la edad de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....31

TABLA 8

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal según género de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....32

TABLA 9

Nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales según la edad de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....33

TABLA 10

Nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales según género de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....34

TABLA 11

Promedio y desviación estándar de las calificaciones obtenidas en cuestionario sobre conocimiento en salud bucal en estudiantes del 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....35

TABLA 12

Distribución de frecuencias por pregunta del cuestionario sobre conocimientos de salud bucal según la clasificación correcta e incorrecta, en los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa Maria Reina”, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....36

TABLA 13

Distribución de estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa Maria Reina”, según visita al dentista, Distrito de Chimbote, Marzo 201538

TABLA 14

Distribución de estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa Maria Reina”, según recepción actual de tratamiento odontológico, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....39

TABLA 15

Distribución de estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa Maria Reina” según motivo de última visita al dentista, Distrito de Chimbote, Marzo 2015.....40

TABLA 16

Distribución de estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa Maria Reina” según motivo por el cual no visita actualmente al dentista, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....41

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....25

GRÁFICO 1

Nivel de conocimiento en salud bucal según la edad de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....25

GRÁFICO 2

Nivel de conocimiento en salud bucal según genero de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”, Distrito Chimbote,Marzo 2015.....26

GRÁFICO 3

Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal según la edad de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”, Distrito de Chimbote,Marzo 2015.....27

GRÁFICO 4

Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal según genero de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I. E. “Santa María Reina”,Distrito Chimbote,Marzo 2015.....28

GRAFICO 5

Nivel de conocimiento sobre atención odontológica a gestantes según la edad de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”,Distrito Chimbote,Marzo 2015.....29

GRÁFICO 6

Nivel de conocimiento sobre atención odontológica a gestantes según género de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E.“Santa María Reina”,Distrito Chimbote ,Marzo 2015.....30

GRÁFICO 7

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal según la edad de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”, Distrito Chimbote, Marzo 2015..... 31

GRÁFICO 8

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal según género de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....32

GRÁFICO 9

Nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales según la edad de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E “Santa María Reina”, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....33

GRÁFICO 10

Nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales según género de los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....34

GRÁFICO 11

Distribución de frecuencias porcentuales por pregunta del cuestionario sobre conocimientos de salud bucal según la clasificación correcta e incorrecta, en los estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....37

GRÁFICO 12

Distribución porcentual de estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina”, según visita al dentista, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....38

GRÁFICO 13

Distribución porcentual de estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina” según recepción actual de tratamiento odontológico, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....39

GRÁFICO 14

Distribución porcentual de estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina” según motivo de última visita al dentista, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....40

GRÁFICO 15

Distribución porcentual de estudiantes del 4to grado secundaria de la I.E. “Santa María Reina” según motivo por el cual no visita actualmente al dentista, Distrito Chimbote, Marzo 2015.....41

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue realizado en el distrito de Chimbote, es una ciudad de la Costa Norcentral del Perú, capital de la Provincia del 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.

La ciudad de Chimbote según el Instituto Nacional de Estadística e Informática es la octava ciudad más poblada del Perú y según el censo del 2014 alberga una población de 371.012. Es la ciudad más poblada de la Región Ancash.

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. A mediados del siglo XX, el puerto de Chimbote llegó a ser el puerto pesquero con mayor producción en el mundo.

Según el censo 2014, los distritos de Cercado de Chimbote y Nuevo Chimbote albergan 371.012 habitantes. Es una población mayoritariamente compuesto por migrantes -de costa y sierra-. Su población vivió una explosión demográfica severa en la segunda mitad del siglo XX. Por estas características se la llama también: la síntesis demográfica del Perú.¹

La Institución Educativa "Santa María Reina" fue Creado el 9 de setiembre de 1964 por R.M. 932-ED. Se inició con una sección de excedentes del Colegio Inmaculada de la Merced. Fue su primera directora la Prof. Rosa Amelia Moreno Quintana.

Mediante R.M. N° 3121, del 19 de julio de 1965, se designó el nombre de Santa María Reina; el 4 de mayo de 1966 asume la dirección la Sra. Manuela León de Barrios, la que alquila un local en la calle Buenos Aires N° 506, debido al incremento de la población escolar. El 29 de marzo de 1969 se traslada a su actual local en la urbanización 21 de Abril; cuenta actualmente con el turno de nocturna.²

En ese marco, sigue presente en nuestro entorno los altos índices epidemiológicos bucales de enfermedades prevalentes, principalmente en nuestra zona de influencia; como lo señalan estudios exploratorios previos realizados en el distrito de Chimbote que así lo demuestran; hechos que nos preocupan y que esperamos contribuir para superarlos.³

La experiencia nos indica que la prevención de la salud bucal debe ser una responsabilidad de todos los actores sociales de la comunidad no solamente de profesionales de la especialidad.

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud Oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos.⁴

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.

Los aspectos anteriormente mencionados, han sido los motivadores para realizar el presente estudio, el cual, ha sido encaminado específicamente a analizar las concepciones que tiene el personal que labora instituciones prestadoras de salud.

En tal sentido, el enunciado del problema fue ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria de I.E “Santa María Reina”, distrito de Chimbote, marzo 2015?, el objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria de I.E “Santa María Reina”, distrito de Chimbote, marzo 2015, y los objetivos específicos fueron formulados para:

determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud bucal, de las principales enfermedades bucales, sobre atención odontológica a gestantes, sobre desarrollo dental, según el género y según el grupo etario.

La investigación estuvo justificada porque La ejecución del proyecto en el Distrito de Chimbote es muy necesaria, debido a que no existen estadísticas en nuestra población sobre los niveles de conocimientos de salud bucal de los trabajadores de mantenimiento que laboran en instituciones prestadoras de salud lo que nos permitirá dar a 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.

Con la finalidad de aportar elementos que enriquezcan las políticas de salud bucal que permitirá tomar decisiones en los planos científico-técnico, administrativo y político para mejorar la calidad de salud bucal de nuestra colectividad.⁵

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación:

Saenz E. (2014) 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 año de educación secundaria de la I.E. “Cesar Abraham Vallejo Mendoza” en el distrito de Casma en Septiembre del 2014, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 30 participantes en dicha Institución.

El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etáreo y con el género.

En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 56.7 % mostró un nivel regular (Según género masculino y 15 años de edad). En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 46.7 % tuvo un nivel regular (Según edad 15 años) y el 36.7 % un nivel regular (Según género masculino); sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 36.7 % tuvo un nivel regular (Según edad 15 años), y el 33.3 % un nivel regular (Según género masculino); y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 26.3 % tuvo un nivel regular (Según edad 15 años), y el 23.3 % un nivel regular (Según género femenino); por

último, en desarrollo dental el 43.3 % tuvo un nivel malo (Según edad 15 años), y el 33.3 % tuvo un nivel malo (Según género masculino).⁶

Bazán C. (2014) 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 de la I.E " José Gálvez Egusquiza " n° 88016 Distrito de Chimbote – Departamento de Ancash, Setiembre 2014, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 23 participantes en dicha Institución.

El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etáreo y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 34,8 % mostró un nivel regular, el 65,2 % tuvo un nivel malo y 0,0 % un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 78,3% tuvo un nivel regular, el 17,4 % un nivel bueno y 4.3 % obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 65.2% tuvo un nivel malo, el 34.8 % un nivel regular, y 0.0% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 78,3 % tuvo un nivel regular, el 17,4 % un nivel bueno, mientras que el 4.3 % un nivel malo; por último, en desarrollo dental el 47.8 % tuvo un nivel malo, el

30.4% tuvo un nivel regular, y el 21.7 % mostró un nivel bueno. El grado de instrucción más frecuente fue secundaria con un 100 %, el cual mostró un nivel de conocimiento regular con un 8.7 %. El rango de edad más frecuente fue el de 15 a más años con un 35%, el cual mostro un nivel de conocimiento regular con un 8.7 %.⁷

2.2 Bases teóricas de la investigación

La Salud Bucal de la población peruana se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas. En el ámbito nacional, más del 95% de los peruanos presentan caries dental, de enfermedad Periodontal 85% y maloclusiones 80%. De manera similar los dientes son afectados por las caries desde muy temprano en la vida; por ejemplo, a los 12 años de edad el Índice de Dientes Cariados, Perdidos u Obturados en Dentición Permanente y Primaria (CPOD o CEOD) es de aproximadamente 6, lo que nos muestra que el Perú no solo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que luego van incrementándose paulatinamente, conforme aumenta la edad, de tal manera que cuando se es adulto, se está parcial o totalmente desdentado.

Esta realidad revela la necesidad de promover cambios trascendentales en la odontología que generen una nueva orientación, y formulación de estrategias y desarrollo de actividades acorde a las necesidades de la población.

Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentales, pero las de mayor prevalencia son: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares.⁸

El comportamiento humano en salud es complejo, no siempre comprensible y las conductas en salud son motivadas por estímulos externos provenientes del medio que rodea al sujeto. La respuesta a estos estímulos puede o no estar directamente relacionada con la salud. La motivación que influye las conductas en salud puede no estar directamente relacionada con ellas.

Una ventaja de la escuela es ser una de las instituciones más adecuadas para llevar a cabo programas focalizados en el mejoramiento integral de los estilos de vida, ya que congrega permanentemente al mayor número de personas. A través de ella se puede alcanzar al niño, a sus profesores y padres; los profesores son las personas más idóneas para educar y, finalmente, es más probable lograr cambios de conducta si la educación se inicia a temprana edad y se lleva a cabo en forma permanente y sistemática a lo largo de la niñez.⁹

Organización Mundial de la Salud (OMS) integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional a la salud bucal, reorientando sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas de salud.

La mayoría de las afecciones bucales, y en particular las maloclusiones no son riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los denominados "problemas de salud".¹⁰

De la práctica educativa surge la transformación que se advierte como una capacitación y una formación cuya finalidad es posibilitar dicha adaptación, educar es el arte de crear o reafirmar una conducta deseada. La educación logra su objetivo cuando se produce un cambio de actitud o hábito del educando, o cuando el conocimiento o información se traducen en la práctica rutinaria y efectiva de ciertas acciones.

La Declaración Mundial sobre Educación para Todos establece que su propósito principal es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. En el artículo 1º manifiesta que cada persona, niño, joven o adulto, deberá estar en condiciones de beneficiarse de las oportunidades educacionales, ofrecidas para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje.

El concepto de educación ha sido aplicado a las actividades del hombre desde el comienzo de la humanidad, pero donde primero se aplicó, sin lugar a dudas, fue en la transmisión de generación en generación de los valores culturales y medicina tradicional de las primeras agrupaciones de seres humanos.¹¹

En la actualidad, nos encontramos en la fase de la promoción en salud iniciada en 1975 y llamada también "La segunda revolución epidemiológica". Según Greene el concepto de promoción en salud es: "Cualquier combinación de educación para la salud con los correspondiente apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud".

En 1986 se realiza la primera reunión internacional sobre promoción de la salud en Ottawa. En esa oportunidad se formula la Carta de Ottawa, que hasta hoy representa un gran referente conceptual y estratégico en el mundo entero. Se definió la promoción como el "Proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla".

En la escuela andaluza de Salud Pública la promoción en salud se definió como la "Estrategia racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de carácter complementario e integral, que reivindica como responsabilidad social (y del Estado) la provisión de

cuidados individuales y comunitarios". Enfatiza en los proveedores de la salud las categorías familia, grupo, infraestructura social y otras supraestructuras públicas o privadas. El acento está en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS la define como "Proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud". La Promoción de la Salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.

La promoción en salud es un medio de conseguir la salud para todos, es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social. De esta manera la promoción en salud depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, por lo tanto, la educación para la salud constituye su componente operativo esencial.

Educación para la Salud, es el proceso educativo (enseñanza aprendizaje) por el cual los individuos y colectividad aprenden a mejorar, a proteger o a recuperar su salud. En el presente, la Educación para la Salud se focaliza en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influido por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países. Esto, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud. Se requiere concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones que participan en el proceso de adopción de los comportamientos característicos de determinados estilos de vida: la familia, la escuela y eventualmente los lugares de trabajo.

La motivación hacia las conductas favorables, es un proceso dinámico; puede reflejar las etapas que el individuo ha alcanzado en la adopción y desarrollo de una conducta en particular. Cuando se aplican teorías del comportamiento individual a situaciones de salud, el nivel de riesgo de contraer una enfermedad o discapacidad involucrado es, a menudo, el factor clave para determinar la respuesta del individuo enfrentado a una toma de decisión con relación a conductas conducentes a la salud.

Aunque no existe una fórmula exacta, la probabilidad de que los individuos adopten conductas que fomenten la salud sobre conductas desfavorables o riesgosas, es una función del nivel de conocimientos, de las actitudes y las destrezas que la persona posea en relación con el riesgo.¹²

Medidas preventivas odontológicas:

Instrucción de higiene oral

Este procedimiento tiene como objetivo fundamental enseñar al paciente a efectuar una adecuada higiene bucal. Esto no sólo quiere decir que el paciente debe ser instruido para que limpie correctamente su boca, sino también implica que sea lo suficientemente motivado para que adopte esta práctica como un hábito.

Se recomienda que en el paciente pediátrico la instrucción de higiene oral (IHO) sea efectuada en presencia de los padres, quienes deben ser debidamente concientizados sobre su responsabilidad en la supervisión del procedimiento. En los adolescentes, la IHO puede ser directa. Son importantes las características que debe tener el cepillo dental. Es recomendable que el cepillo sea pequeño, diseñado especialmente para niños; de cerdas suaves; y que sus puntas formen un plano paralelo al mango del cepillo. Es preferible que el mango sea recto.

Generalmente no se recomienda la utilización del hilo dental para higienizar los dientes de los niños pequeños. Los diastemas y espacios primates, característicos de la dentición decidua, permiten la limpieza de las superficies proximales sin necesidad de emplear el hilo dental. Sin embargo, los niños mayores y los adolescentes sí deben utilizarlo. El hilo dental puede

ser encerado o no, pero debe tener hebras paralelas, que formen una especie de cinta cuando sea presionado sobre la superficie proximal de los dientes.

Importancia del cepillado de los dientes

De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), “cuando el cepillado se realiza de manera correcta y habitual, puede reducir la cantidad de placa que contiene las bacterias asociadas con la enfermedad de las encías y las caries dentales, y también aporta los beneficios de prevención de caries del flúor”. El cepillado es importante principalmente por dos motivos:

1. El cepillado remueve la placa que contiene gérmenes que provocan las caries dentales. La placa tiende a formarse después de comidas o bebidas que contienen azúcar o carbohidratos. El cepillado después de comer/beber puede eliminar y controlar el desarrollo de bacterias (gérmenes) de la placa que se forma en los dientes.
2. El cepillado con pasta dental que contiene flúor fortalece los dientes y reduce el riesgo de desarrollar caries dentales.¹³

Técnicas de cepillado

Existen varias **técnicas de cepillado**. No está claro cuál es la mejor de ellas en la remoción de la placa. De todos modos la técnica que se recomienda más por parte del periodoncista o el dentista es la técnica de Bass modificada.

Barrido horizontal

Colocación de las cerdas del cepillo perpendiculares al eje axial del diente y realización de movimientos en dirección antero-posterior.

Barrido vertical

Colocación de las cerdas del cepillo perpendiculares al eje axial del diente y realización de movimientos en sentido encía-diente.

Cepillado rotacional

Realización de pequeños movimientos circulares por todas las superficies dentarias axiales.

Técnica de Bass

Se aplica la cabeza del cepillo en un ángulo de 45° respecto al eje axial de los dientes y se presiona contra el surco gingival. Se realizan movimientos muy cortos en dirección antero-posterior y de vibración. La técnica de Bass modificada consiste en colocar el cepillo de un modo similar a la técnica de Bass, pero tras aplicar el ligero movimiento en dirección antero-posterior, la cabeza del cepillo se rota aplicando un movimiento encía diente.

Técnica de Stillman modificada

El cepillo se coloca parte sobre los dientes y parte sobre la encía adyacente. Se aplica presión lateral contra el margen de la encía y movimientos cortos en sentido antero-posterior. Simultáneamente se desplaza la cabeza del cepillo en sentido expulsivo a lo largo de la encía insertada, margen gingival y superficie del diente. Se evita penetrar las cerdas en el surco de la encía. El método de Stillman se recomienda para la limpieza de las zonas con recesión gingival progresiva y exposición radicular, con el fin de prevenir la destrucción abrasiva de los tejidos.

Técnica de Charters

Se coloca el cepillo con las cerdas formando un ángulo de 45¼ con respecto al plano oclusal y dirigidas hacia la zona de corte o masticación. Se realiza un movimiento rotatorio. Este método es particularmente eficaz en los casos de pérdida de altura de las papilas interdentes, es decir,

cuando esos espacios están abiertos y así, accesibles a la penetración de las cerdas.¹⁴

Hilo de seda

El uso del **hilo de seda** es determinante para conseguir un alto nivel de higiene oral. El hilo de seda consigue remover placa de las superficies interdetales que no se eliminan con el cepillo manual o el eléctrico. Si se utiliza con destreza puede acceder a 2 o 3mm dentro del surco de la encía. De todos modos es el sistema más difícil de eliminación de placa, y si se utiliza con precipitación puede causar leves traumatismos de la encía y sangrado.

La dificultad radica en adaptar correctamente el hilo de seda a cada una de las dos superficies dentales que se encuentran en cada espacio interdental, y usando tramos de hilo limpios en cada uno de ellos.

Administración de fluoruros

Los agentes fluorurados constituyen un arma eficaz en la prevención de la caries dental. Son numerosas las investigaciones y las publicaciones sobre los mecanismos de acción, la homeostasis y la toxicología de los fluoruros en el ser humano.

Y aunque todavía hay muchos aspectos que no se conocen totalmente, se sabe con certeza que en dosis adecuadas, las sales de flúor constituyen uno de los métodos más eficaces para prevenir la enfermedad bucal de mayor prevalencia en el hombre, es decir, la caries dental.

Agentes fluorurados recomendados

Las sustancias fluoruradas que el DAENA recomienda para la prevención y el tratamiento de la caries dental son:

Agentes sistémicos

Sal fluorurada (aprox. 200 mg NaF/kg)

Agentes tópicos

De aplicación profesional:

1. Gel de fluorfosfato acidulado (FFA) 1,23%
2. Gel de fluoruro de sodio (NaF) neutro 2,0%
3. Solución de diaminofluoruro de plata 30%

De autoaplicación :

1. Solución de NaF 0,05%
2. Solución de NaF 0,02%
3. Solución de NaF 0,2%
4. Dentífricos con 1000 mgF/kg.¹⁵

Enfermedades bucales:

Caries

Se le define como una enfermedad infecciosa y transmisible en donde la destrucción progresiva de la estructura dental se inicia a partir de una actividad microbiana (*Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus mutans*) en la superficie del diente. Puede afectar cualquiera de las caras de la corona, cuello o raíz (oclusal, mesial, distal, vestibular y lingual). Aunque para que se desarrolle la caries se requiere de una condición bacteriana, algunos factores internos de la estructura dental pueden contribuir a desarrollarla; también incide el tipo de dieta alimenticia y la calidad de la higiene dental. Dentro de los factores internos tenemos la calidad del esmalte y las vías de penetración bacteriana; una cavidad pulpar expuesta genera un área propicia de infección de alto riesgo que puede conducir a la aparición de abscesos y a la destrucción de los tejidos gingival y óseo; finalmente, a la exfoliación de la cavidad alveolar y a la resorción ósea.¹⁶

Enfermedad periodontal

La encía forma parte de la mucosa oral, que rodea a los dientes y finaliza en un borde delgado adherido estrechamente a ellos. En general, la enfermedad periodontal incluye una respuesta inflamatoria de la encía a uno o más irritantes. Los factores locales que contribuyen a su desarrollo incluyen microorganismos, cálculos, enclavamiento de alimentos y otros agentes externos. La inflamación si no es tratada progresa hacia una

periodontitis crónica severa que debilita y destruye al periodoncio. Habitualmente se observa en personas con precaria higiene oral.¹⁷

Abscesos

La invasión de bacterias orales en las caries dentales o cuando el desgaste dental es muy severo expone la cavidad pulpar, que se inflama produciendo pulpitis. Al existir una fuerte presión en el interior de la cámara pulpar se disemina la inflamación; si continúa la inflamación se puede producir un necrosamiento de la pulpa, se propaga la inflamación a través de los conductos radiculares hacia la región periapical.

El absceso periapical se desarrolla a partir de la necrosis pulpar, ya sea en forma directa o después de la formación de granulomas o quistes periapicales. Si no se trata la lesión se puede extender hacia el hueso adyacente produciendo osteomielitis.¹⁸

Atención odontológica en gestantes:

El embarazo es una condición fisiológica de la mujer durante un periodo determinado de su vida, por lo cual, está en periodo de gestación, debe de ser considerada como un paciente normal en la consulta dental; solamente habrá que tener en cuenta algunas consideraciones en cuanto a algunos cambios fisiológicos que se producen en su organismo y que también afectan a la cavidad bucal así como en lo referente al momento más adecuado para realizar tratamientos dentales.

No obstante, el embarazo es un momento excelente para concienciar a la mujer de la importancia del cuidado de su salud general y también de su salud oral así como de los cuidados más adecuados para su hijo. Será en estos aspectos en los que habrá que insistir fundamentalmente, siendo, pues, primordial llevar a cabo programas de educación sanitaria en aspectos de salud oral que deberán ser incluidos dentro del programa de preparación al parto.

Consideraciones sobre el embarazo

El embarazo no es una enfermedad y la mujer gestante no debe de ser considerada como enferma, ello no implica que no existan una serie de cambios en la fisiología de la mujer que deban de conocerse y tomarse en consideración ante cualquier tratamiento que se le vaya de realizar, así mismo, hay que tomar en consideración algunas medidas preventivas específicamente indicadas en esta situación. Otro aspecto muy importante a considerar es el desarrollo del feto que también puede verse afectado por algunas medidas terapéuticas que pudiéramos tener que aplicar durante el embarazo.

Durante el **primer trimestre** se forman todas las estructuras y órganos corporales del feto, es el periodo de la organogénesis, el de mayor susceptibilidad a los agentes agresores externos es en este periodo en el que se producen el 50% de los abortos espontáneos por lo que hay que ser especialmente cuidadoso con las intervenciones orales en este periodo y tener en cuenta que los procesos infecciosos y febriles dependientes de la cavidad bucal pueden desencadenar un aborto espontáneo. Hay que evitar situaciones de estrés, tener precaución con la administración de determinados fármacos y evitar la realización de radiografías. Desde el punto de vista odontológico sólo se realizaran tratamientos urgentes.

El **segundo trimestre** se caracteriza por el crecimiento y la maduración de los órganos fetales, no se producen efectos teratógenos, aunque determinados fármacos pueden interferir con la maduración y desarrollo de los órganos fetales, como es el caso de los corticoides, que aceleran la maduración, o las tetraciclinas, que se incorporan a la dentina y el esmalte produciendo alteraciones de la coloración dentaria. Durante este trimestre, siguiendo las recomendaciones de la ADA, estaría indicado realizar los tratamientos dentales, aunque aquellos que requieran mucho tiempo de trabajo o especialmente complejos deberían de posponerse hasta finalizar el embarazo.

El **tercer trimestre** se caracteriza por los efectos tóxicos que pueden afectar al neonato, durante este periodo la gravidez uterina es máxima y pueden producirse algunos problemas como el síndrome de hipotensión de decúbito dorsal debido a la compresión que sufre la cava por parte del útero, se caracteriza por taquicardia, palidez e hipotensión seguida de una reacción vagal con nauseas, vómitos, bradicardia y sudoración fría e incluso pérdida de conciencia, esta situación puede presentarse en la consulta dental si colocamos a la mujer en posición inferior a los 45 ° en el sillón dental, basta con colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo para revertir la situación. ¹⁹

Desarrollo de los dientes y la oclusión.

Boca del neonato.

El desarrollo dentario está indisolublemente ligado al crecimiento cráneo facial en general, y al de los maxilares en particular, por lo que sí ocurre, alguna alteración en el crecimiento de alguno de estos componentes se producirán posiciones incorrectas de los dientes.

Al nacer los procesos alveolares están cubiertos por almohadillas gingivales, las que pronto son segmentadas para indicar los sitios de los dientes en desarrollo. Las encías son firmes como las de un adulto desdentado. La forma básica de los arcos está determinada en la vida intrauterina.

El arco superior tiene forma de herradura y las almohadillas gingivales tienden a extenderse bucal y labialmente mas allá de los maxilares, además el arco mandibular esta por detrás del superior cuando las almohadillas contactan.

Las almohadillas superior e inferior se tocan en buena parte de la circunferencia del arco en sus relaciones maxilares neonatales, de ninguna manera es una mordida precisa o relación maxilar.

En realidad, al nacer hay tal variabilidad en las relaciones de las almohadillas superior e inferior que la relación neonatal no puede ser utilizada como criterio diagnóstico de predicción de oclusión primaria.

La boca del neonato esta ricamente dotada de un sistema de guía sensorial

que brinda el impulso para muchas funciones neuromusculares vitales, como la succión, la respiración, la deglución, el bostezo y la tos.

Desarrollo de los dientes y la oclusión temporal.

El desarrollo de la dentición, como ya se mencionó, 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 posteriormente, la de los permanentes, y el proceso de reabsorción de las raíces de los temporales, constituyen una serie de fenómenos muy complejos que explican el por qué de la frecuencia de anomalías en la formación de la dentición definitiva y en la correspondiente oclusión dentaria. El conocimiento del proceso de calcificación y erupción de los dientes, tanto temporales como permanentes es indispensable para el estomatólogo general, lo que le ayudara a determinar alteraciones que conducirán a la formación de anomalías y así tomar lo antes posible, las medidas que impidan el agravamiento de las mismas.

Dentro del desarrollo de los dientes y la oclusión debemos estudiar detalladamente tres aspectos fundamentales:

- Calcificación
- Erupción dentaria
- Factores que regulan y afectan la erupción.

El período de dentición mixta

Se conoce como dentición mixta a la presencia simultánea en la boca, de dientes temporales y permanentes, abarca de los seis hasta los doce años de edad.

Es un periodo de gran importancia e interés en la etiología de anomalías de la oclusión, porque en estos años debe realizarse una serie de complicados procesos que conducen al cambio de la dentición temporal por la permanente y al establecimiento de la oclusión normal definitiva.

Desde el punto de vista clínico hay dos aspectos muy importantes en el período de la dentición mixta:

- La utilización del perímetro del arco.
- Cambios adaptativos en la oclusión que ocurren durante el cambio de una dentición a otra.

Utilización del perímetro del arco: Todos los autores están de acuerdo en que el perímetro del arco mandibular se acorta durante la dentición mixta, pero hay divergencias respecto a dónde, cómo y cuándo se produce ese acortamiento. Baume plantea que el espacio de primate y otros diastemas interincisivos pueden cerrarse desde atrás con la erupción de los primeros molares permanentes. El empleo del espacio libre de Nance es la consideración clínica más importante, ya que este espacio libre se debe a la diferencia de tamaño entre los dientes temporales y sus sucesores permanentes.

Erupción de los dientes permanentes

Los dientes permanentes pueden ser de sustitución, aquellos que reemplazan un predecesor temporal (incisivos, caninos y premolares), o complementarios los que hacen erupción por detrás del arco temporal (primero, segundo y tercer molar) Los dientes de sustitución o sucesores hacen su erupción de modo general, simultáneamente con el proceso de reabsorción de las raíces de sus predecesores temporales.

Los dientes permanentes no comienzan el movimiento eruptivo hasta después que se ha completado la corona y pasan por la cresta del proceso alveolar cuando se ha formado aproximadamente dos tercios de su raíz y perforan el margen gingival cuando más o menos tres cuartos de su raíz está formada.

Para poder recordar mejor las fechas de erupción de los dientes permanentes se puede aceptar que salen con un intervalo de un año entre cada grupo de dentario. En la dentición permanente también es normal que los dientes inferiores salgan antes que los superiores. Los terceros molares, no tienen precisión en su erupción considerándose normal entre 18 y 30 años.

Para facilitar el estudio brindamos el siguiente

CUADRO:

Dientes Superiores 6 1 2 4 5 3 7

Edad (años) 6 7 8 9 10 11 12

Dientes Inferiores 6 1 2 3 4 5 7

Se puede considerar como anomalías de tiempo de los dientes permanentes los retrasos o adelantos de la erupción, que se aparten más o menos 6 meses de las fechas que hemos indicado.

Desde el punto de vista de diagnóstico ortodóncico, es más importante tener en cuenta las alteraciones en orden de erupción pues pueden ocasionar trastornos en la posición de los dientes y en la oclusión. ²⁰

Factores que influyen en las conductas en salud:

El conocimiento.

En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje.

Fases entre el conocimiento y la conducta.

De lo anterior se desprende que:

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.

- 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.

Actitudes, valores, creencias y conductas.

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud.

- Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.
- Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.
- Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.²¹

III.- METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal.

3.2 Determinación de la Población y muestra:

Población

La población la conformó los 160 estudiantes de 4to grado de secundaria de I.E “Santa María Reina”, distrito de Chimbote, marzo 2015

Muestra

La muestra –no probabilística- estuvo conformada por 28 estudiantes de 4to grado secundaria de I.E “Santa María Reina”, distrito de Chimbote, marzo 2015; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- A todos los estudiantes del 4to grado que aceptaron participar voluntariamente.
- Que pertenezcan las 4to grado.

Criterios de exclusión:

- Los estudiantes que no pertenezcan al 4to grado.
- A los profesores que enseñan en el 4to grado.

3.3 Técnicas e instrumentos

Técnicas

El procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un test/ prueba (cuestionario) previamente calibrado. El cuestionario se entregó a todos los estudiantes de 4to grado de secundaria de I.E “Santa María Reina”, distrito de Chimbote, marzo 2015, al azar.

El cuestionario en mención tuvo información adicional que consigno estudiantes de 4to grado de secundaria de I.E “Santa María Reina”, en los datos específicos.

Este cuestionario consta de 22 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómica y respuestas múltiples) sobre conocimientos sobre salud bucal, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se considero:

En forma general:

Conocimiento sobre salud bucal (22 preguntas).

- Bueno (16-22 puntos)
- Regular (9-15 puntos)
- Malo (0-8 puntos)

En forma específica:

Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal

- Bueno (6-8 puntos)
- Regular (3-5 puntos)
- Malo (0-2 puntos)

Conocimientos sobre enfermedades bucales.

- Bueno (5-6 puntos)
- Regular (3-4 puntos)
- Malo (0-2 puntos)

Conocimientos sobre atención odontológica a gestantes.

- Bueno (3-4 puntos)
- Regular (2 puntos)
- Malo (0-1 puntos)

Conocimientos sobre desarrollo dental.

- Bueno (3-4 puntos)
- Regular (2 puntos)
- Malo (0-1 puntos)

Instrumento

Consta de 3 partes: primera son los datos generales, la segunda datos específicos y la tercera el cuestionario sobre conocimiento sobre salud bucal. (Anexo N° 1).

3.4 Plan de análisis

Para el análisis de los datos se utilizó cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas 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.

III. RESULTADOS

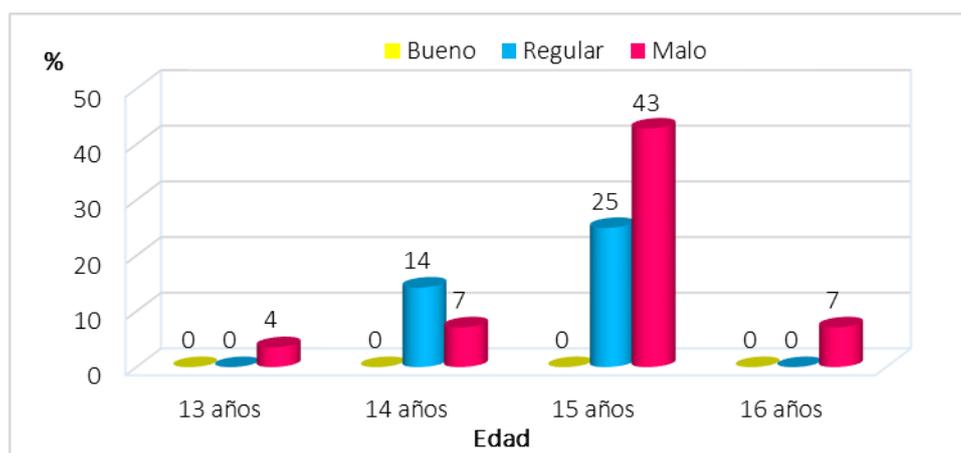
4.1 Resultados

TABLA 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E. "SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Edad | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|---------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 13 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,6 | 1 | 3,6 |
| 14 años | 0 | 0,0 | 4 | 14,3 | 2 | 7,1 | 6 | 21,4 |
| 15 años | 0 | 0,0 | 7 | 25,0 | 12 | 42,9 | 19 | 67,9 |
| 16 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 7,1 | 2 | 7,1 |
| Total | 0 | 0,0 | 11 | 39,3 | 17 | 60,7 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E "SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



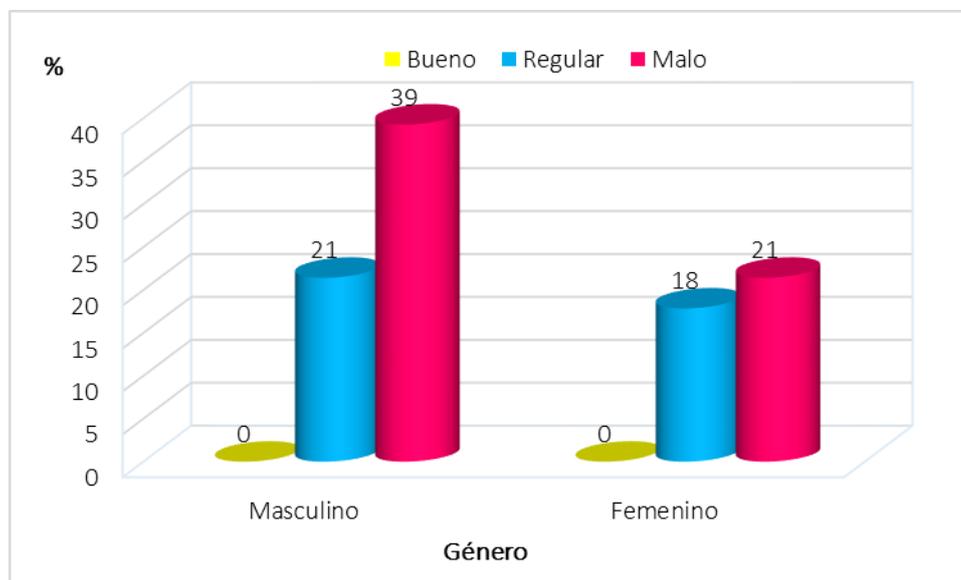
Fuente: Tabla 1.

TABLA 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E. "SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 0 | 0,0 | 6 | 21,4 | 11 | 39,3 | 17 | 60,7 |
| Femenino | 0 | 0,0 | 5 | 17,9 | 6 | 21,4 | 11 | 39,3 |
| Total | 0 | 0,0 | 11 | 39,3 | 17 | 60,7 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E. "SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



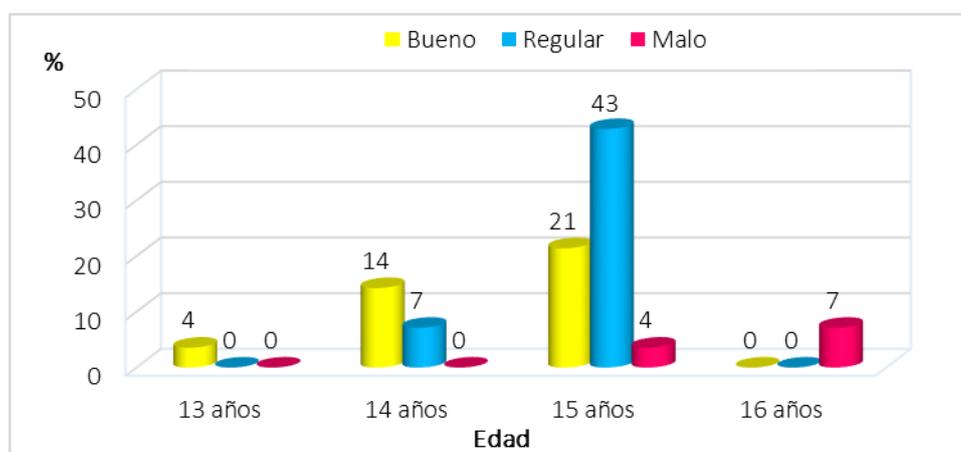
Fuente: Tabla 2.

TABLA 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E. "SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE ,MARZO 2015.

| Edad | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|---------|-----------------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 13 años | 1 | 3,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,6 |
| 14 años | 4 | 14,3 | 2 | 7,1 | 0 | 0,0 | 6 | 21,4 |
| 15 años | 6 | 21,4 | 12 | 42,9 | 1 | 3,6 | 19 | 67,9 |
| 16 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 7,1 | 2 | 7,1 |
| Total | 11 | 39,3 | 14 | 50,0 | 3 | 10,7 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE ,MARZO 2015.



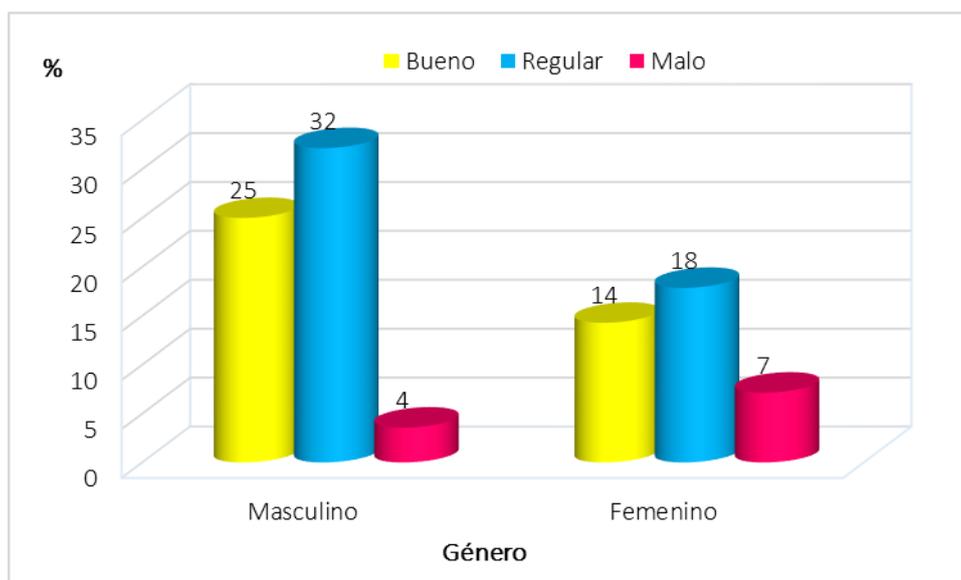
Fuente: Tabla 3.

TABLA 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL SEGÚN GENERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE,MARZO 2015.

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 7 | 25,0 | 9 | 32,1 | 1 | 3,6 | 17 | 60,7 |
| Femenino | 4 | 14,3 | 5 | 17,9 | 2 | 7,1 | 11 | 39,3 |
| Total | 11 | 39,3 | 14 | 50,0 | 3 | 10,7 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL SEGÚN GENERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE,MARZO 2015.



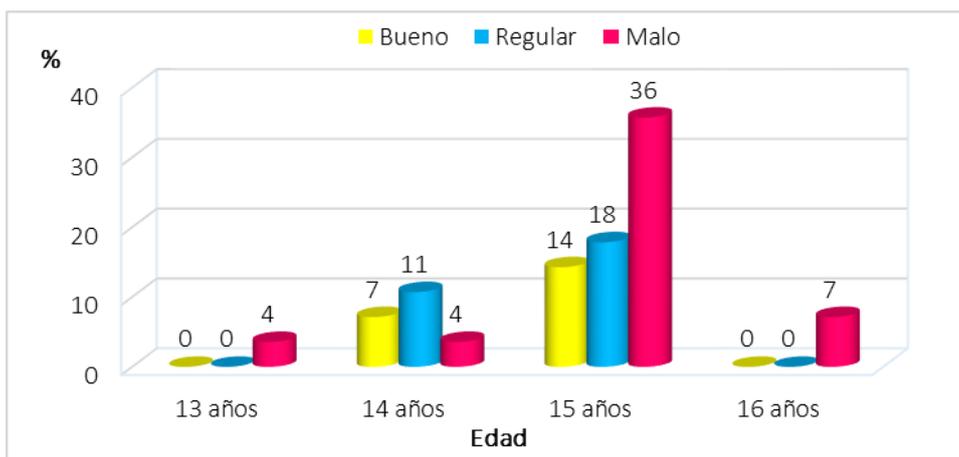
Fuente: Tabla 4.

TABLA 5. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A GESTANTES SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Edad | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|---------|-----------------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 13 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,6 | 1 | 3,6 |
| 14 años | 2 | 7,1 | 3 | 10,7 | 1 | 3,6 | 6 | 21,4 |
| 15 años | 4 | 14,3 | 5 | 17,9 | 10 | 35,7 | 19 | 67,9 |
| 16 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 7,1 | 2 | 7,1 |
| Total | 6 | 21,4 | 8 | 28,6 | 14 | 50,0 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 5. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A GESTANTES SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



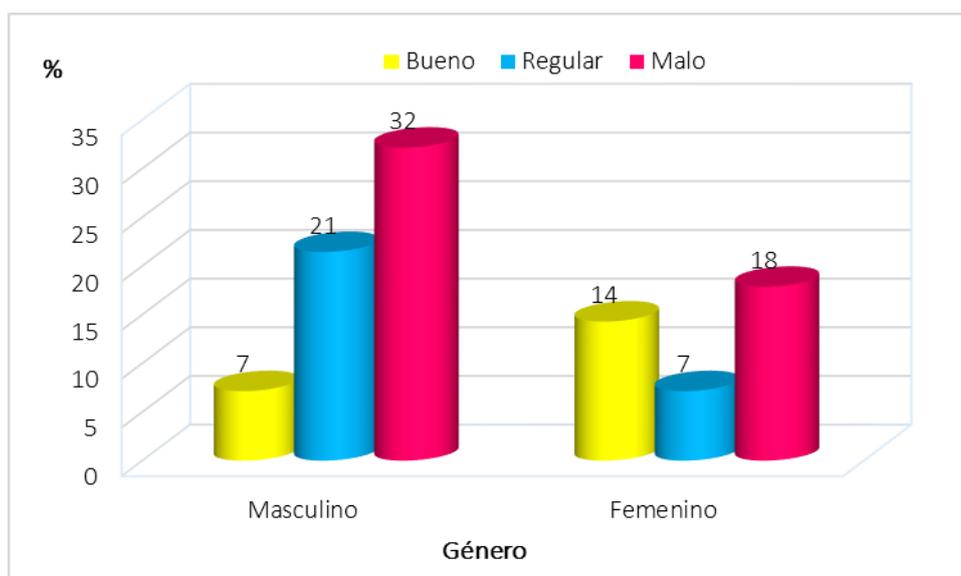
Fuente: Tabla 5.

TABLA 6. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A GESTANTES SEGÚN GENERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 2 | 7,1 | 6 | 21,4 | 9 | 32,1 | 17 | 60,7 |
| Femenino | 4 | 14,3 | 2 | 7,1 | 5 | 17,9 | 11 | 39,3 |
| Total | 6 | 21,4 | 8 | 28,6 | 14 | 50,0 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 6. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A GESTANTES SEGÚN GENERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



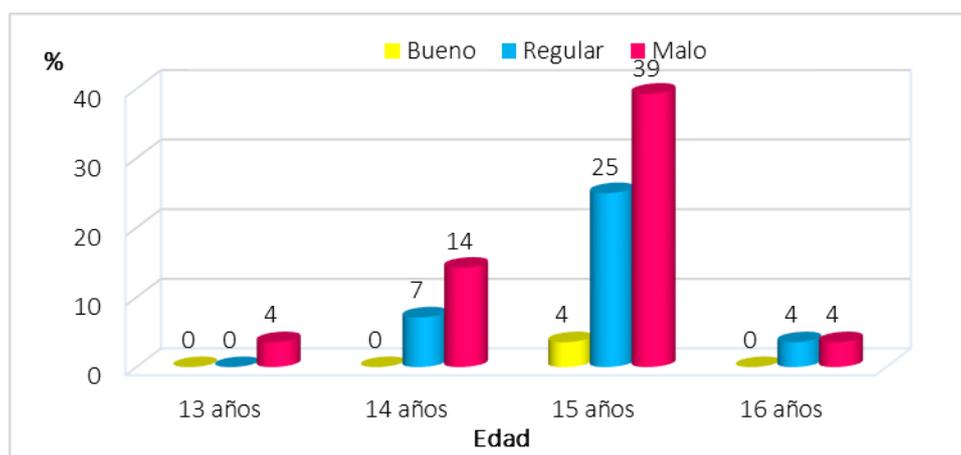
Fuente: Tabla 6.

TABLA 7. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I.E “SANTA MARIA REINA”, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Edad | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|---------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 13 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,6 | 1 | 3,6 |
| 14 años | 0 | 0,0 | 2 | 7,1 | 4 | 14,3 | 6 | 21,4 |
| 15 años | 1 | 3,6 | 7 | 25,0 | 11 | 39,3 | 19 | 67,9 |
| 16 años | 0 | 0,0 | 1 | 3,6 | 1 | 3,6 | 2 | 7,1 |
| Total | 1 | 3,6 | 10 | 35,7 | 17 | 60,7 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 7. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E “SANTA MARIA REINA”, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



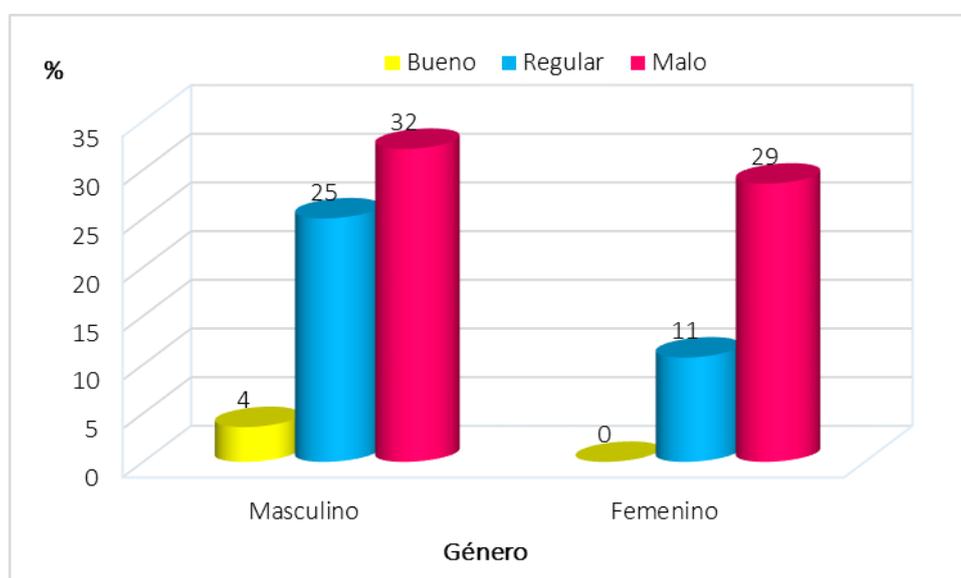
Fuente: Tabla 7.

TABLA 8. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I.E “SANTA MARIA REINA”, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 1 | 3,6 | 7 | 25,0 | 9 | 32,1 | 17 | 60,7 |
| Femenino | 0 | 0,0 | 3 | 10,7 | 8 | 28,6 | 11 | 39,3 |
| Total | 1 | 3,6 | 10 | 35,7 | 17 | 60,7 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 8. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E “SANTA MARIA REINA”, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



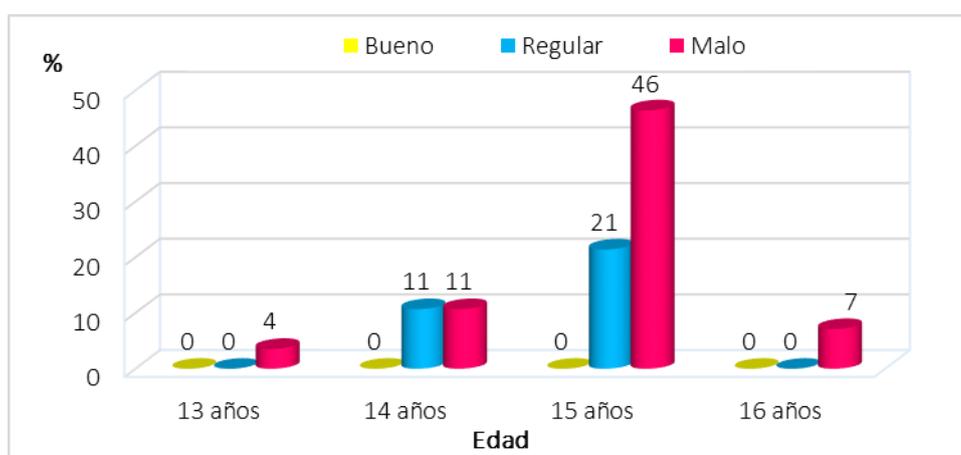
Fuente: Tabla 8.

TABLA 9. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E. “SANTA MARIA REINA”, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Edad | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|---------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 13 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,6 | 1 | 3,6 |
| 14 años | 0 | 0,0 | 3 | 10,7 | 3 | 10,7 | 6 | 21,4 |
| 15 años | 0 | 0,0 | 6 | 21,4 | 13 | 46,4 | 19 | 67,9 |
| 16 años | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 7,1 | 2 | 7,1 |
| Total | 0 | 0,0 | 9 | 32,1 | 19 | 67,9 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 9. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA I.E. “SANTA MARIA REINA”, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



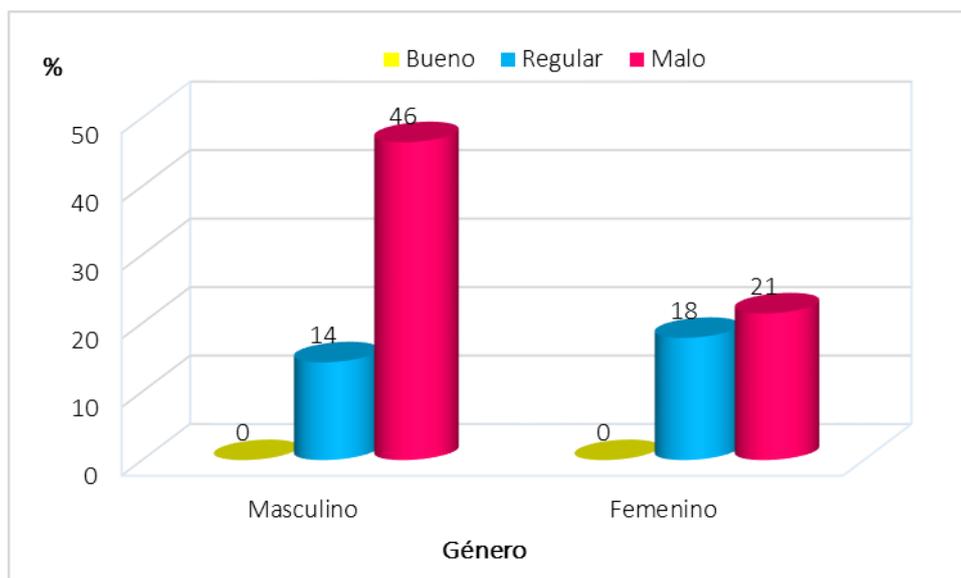
Fuente: Tabla 9.

TABLA 10. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN GENERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE,MARZO 2015.

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Masculino | 0 | 0,0 | 4 | 14,3 | 13 | 46,4 | 17 | 60,7 |
| Femenino | 0 | 0,0 | 5 | 17,9 | 6 | 21,4 | 11 | 39,3 |
| Total | 0 | 0,0 | 9 | 32,1 | 19 | 67,9 | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria. Marzo 2015.

GRAFICO 10. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN GENERO DE LOS ESTUDIANTES DE LA I. E."SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE,MARZO 2015.



Fuente: Tabla 10.

MEDIDAS DESCRIPTIVAS DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS POR LOS ESTUDIANTES SOBRE CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL

TABLA 11. PROMEDIO Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS EN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA I. E. "SANTA MARIA REINA", DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Dimensiones: | Promedio \bar{X} | Desviación estándar (D.S.) | Nota máx. | Nota mín. |
|--|-----------------------|----------------------------------|--------------|--------------|
| Conocimiento sobre salud bucal. | 7,9 | 3,0 | 14 | 3 |
| Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal. | 4,0 | 1,5 | 7 | 1 |
| Conocimiento sobre atención odontológica en gestantes. | 1,4 | 1,1 | 3 | 0 |
| Conocimiento sobre desarrollo dental. | 1,0 | 0,9 | 2 | 0 |
| Conocimiento sobre principales enfermedades bucales. | 1,5 | 1,3 | 4 | 0 |

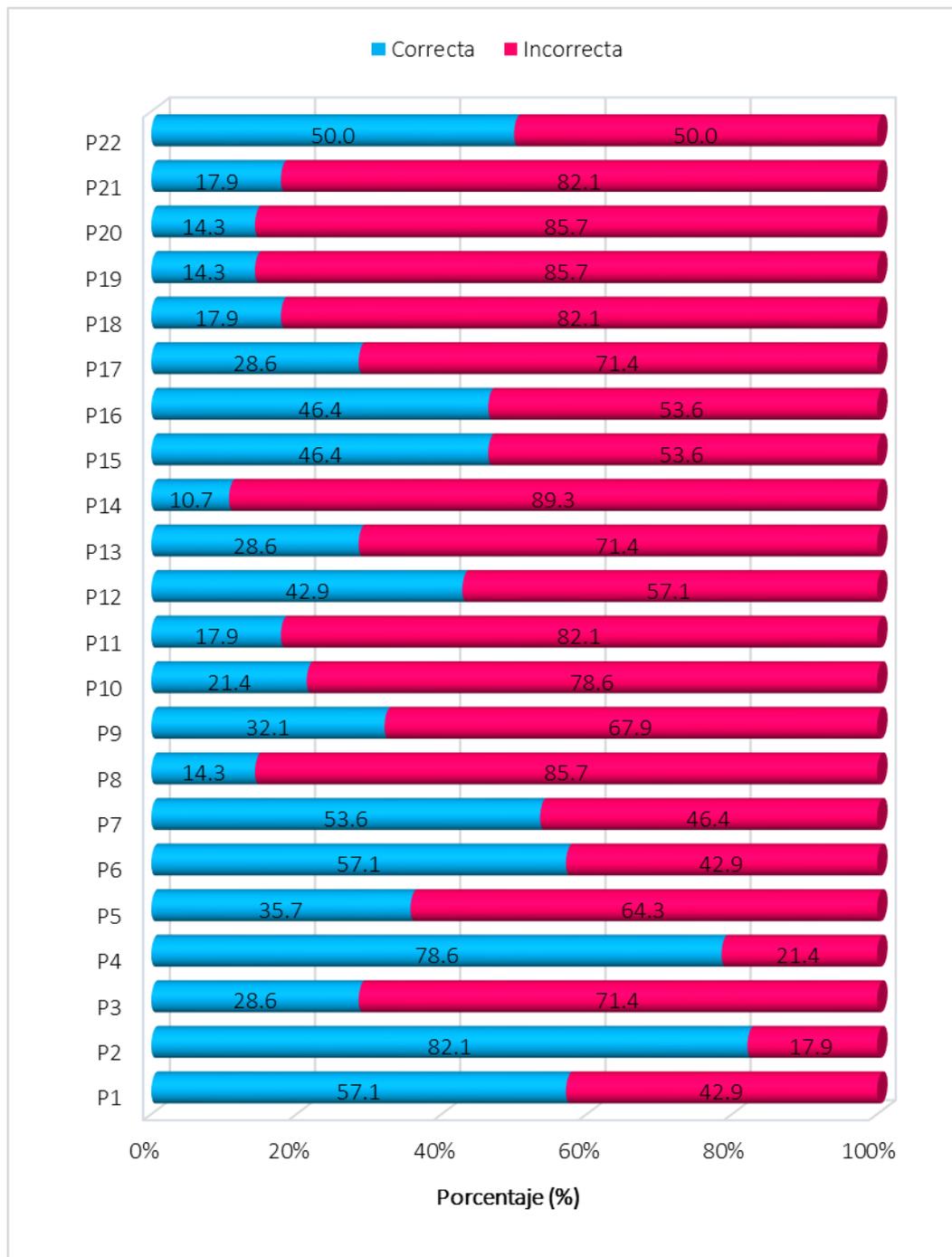
Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria, Marzo 2015.

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS POR PREGUNTA DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN CORRECTA E INCORRECTA, EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Pregunta | Respuestas | | | | Total | |
|----------|------------|------|------------|------|-------|-----|
| | Correcta | | Incorrecta | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 16 | 57,1 | 12 | 42,9 | 28 | 100 |
| 2 | 23 | 82,1 | 5 | 17,9 | 28 | 100 |
| 3 | 8 | 28,6 | 20 | 71,4 | 28 | 100 |
| 4 | 22 | 78,6 | 6 | 21,4 | 28 | 100 |
| 5 | 10 | 35,7 | 18 | 64,3 | 28 | 100 |
| 6 | 16 | 57,1 | 12 | 42,9 | 28 | 100 |
| 7 | 15 | 53,6 | 13 | 46,4 | 28 | 100 |
| 8 | 4 | 14,3 | 24 | 85,7 | 28 | 100 |
| 9 | 9 | 32,1 | 19 | 67,9 | 28 | 100 |
| 10 | 6 | 21,4 | 22 | 78,6 | 28 | 100 |
| 11 | 5 | 17,9 | 23 | 82,1 | 28 | 100 |
| 12 | 12 | 42,9 | 16 | 57,1 | 28 | 100 |
| 13 | 8 | 28,6 | 20 | 71,4 | 28 | 100 |
| 14 | 3 | 10,7 | 25 | 89,3 | 28 | 100 |
| 15 | 13 | 46,4 | 15 | 53,6 | 28 | 100 |
| 16 | 13 | 46,4 | 15 | 53,6 | 28 | 100 |
| 17 | 8 | 28,6 | 20 | 71,4 | 28 | 100 |
| 18 | 5 | 17,9 | 23 | 82,1 | 28 | 100 |
| 19 | 4 | 14,3 | 24 | 85,7 | 28 | 100 |
| 20 | 4 | 14,3 | 24 | 85,7 | 28 | 100 |
| 21 | 5 | 17,9 | 23 | 82,1 | 28 | 100 |
| 22 | 14 | 50,0 | 14 | 50,0 | 28 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria, Marzo 2015.

GRAFICO 11. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS PORCENTUALES POR PREGUNTA DEL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN CORRECTA E INCORRECTA, EN LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



Fuente: Tabla 12.

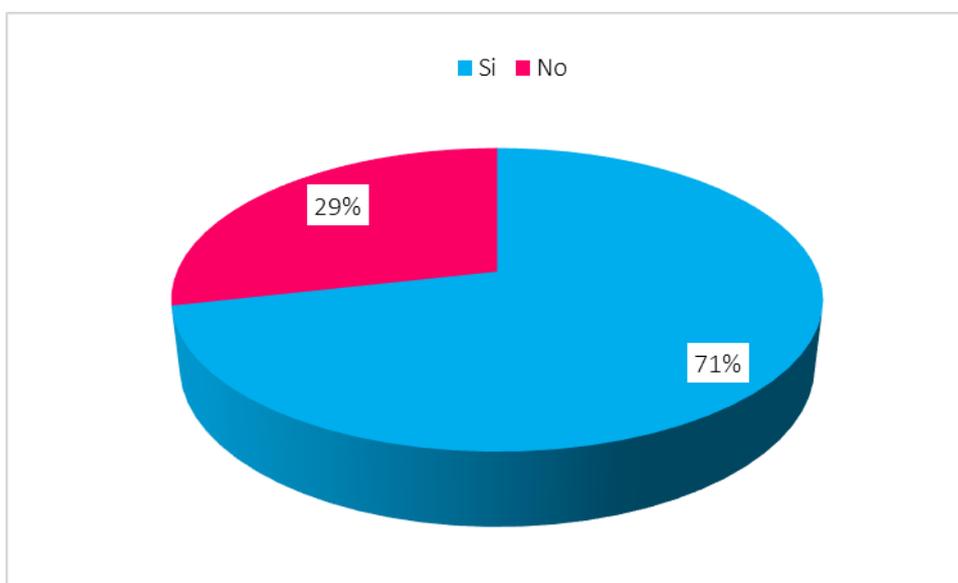
RESPECTO A LA RECEPCIÓN DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN VISITA AL DENTISTA, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| ¿Visitó alguna vez al dentista? | Número de estudiantes | Porcentaje |
|---------------------------------|-----------------------|--------------|
| Si | 20 | 71,4 |
| No | 8 | 28,6 |
| Total | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria, Marzo 2015.

GRAFICO 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN VISITA AL DENTISTA, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



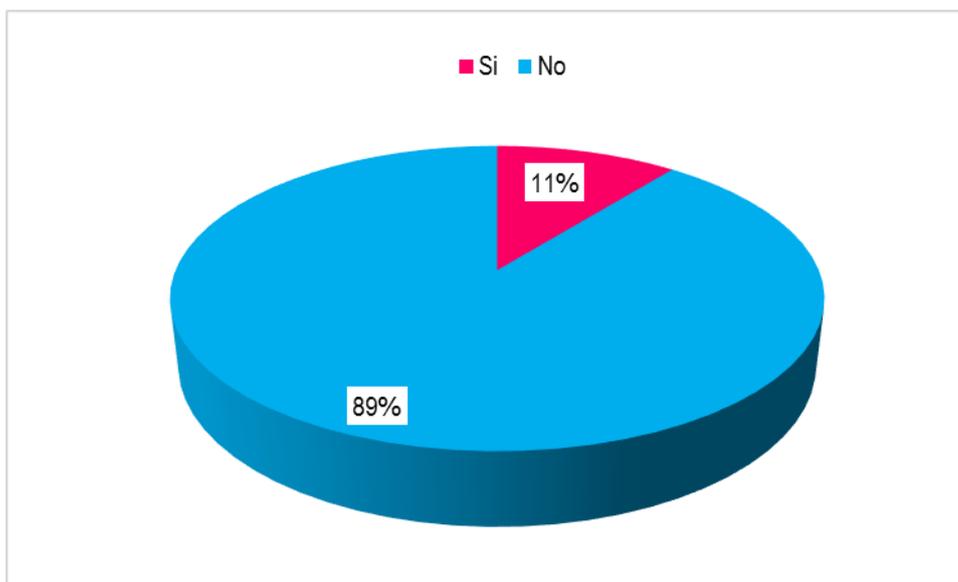
Fuente: Tabla 13.

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN RECEPCIÓN ACTUAL DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| ¿Actualmente recibe tratamiento odontológico? | Número de estudiantes | Porcentaje |
|---|-----------------------|--------------|
| Si | 3 | 10,7 |
| No | 25 | 89,3 |
| Total | 28 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria, Marzo 2015.

GRAFICO 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN RECEPCIÓN ACTUAL DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



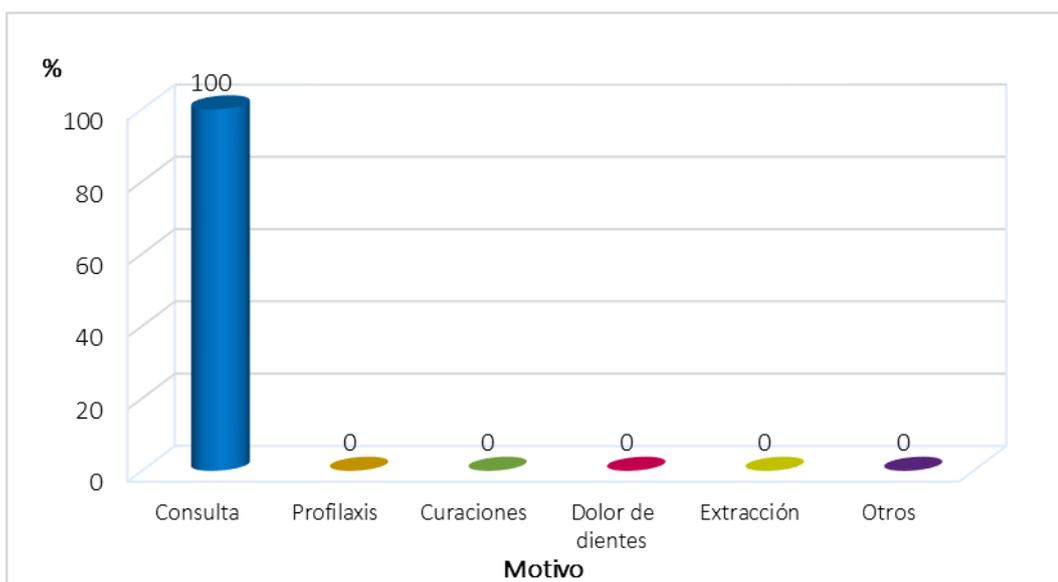
Fuente: Tabla 14.

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN MOTIVO DE ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Motivo de última visita al dentista | Número de estudiantes | Porcentaje |
|-------------------------------------|-----------------------|------------|
| Consulta | 20 | 100,0 |
| Profilaxis | 0 | 0,0 |
| Curaciones | 0 | 0,0 |
| Dolor de dientes | 0 | 0,0 |
| Extracción | 0 | 0,0 |
| Otros | 0 | 0,0 |
| Total | 20 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria, Marzo 2015.

GRAFICO 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA SEGÚN MOTIVO DE ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



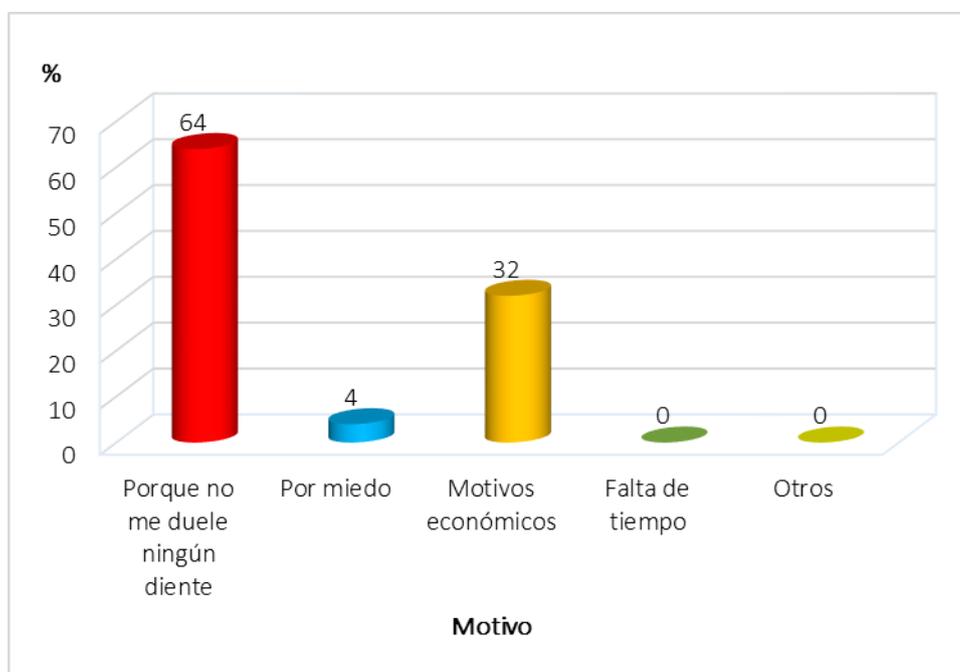
Fuente: Tabla 15.

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA SEGÚN MOTIVO POR EL CUAL NO VISITA ACTUALMENTE AL DENTISTA, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.

| Motivo por el cual no visita al dentista: | Número de estudiantes | Porcentaje |
|---|-----------------------|------------|
| Porque no me duele ningún diente | 16 | 64,0 |
| Por miedo | 1 | 4,0 |
| Motivos económicos | 8 | 32,0 |
| Falta de tiempo | 0 | 0,0 |
| Otros | 0 | 0,0 |
| Total | 25 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de secundaria, Marzo 2015.

GRAFICO 15. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA SEGÚN MOTIVO POR EL CUAL NO VISITA ACTUALMENTE AL DENTISTA, DISTRITO CHIMBOTE, MARZO 2015.



Fuente: **Tabla 16.**

4.2.- Análisis de resultados

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal es malo, con un 60,7 % de las personas encuestadas (ver Tabla N° 02), que coincide con el de estudio de Saenz⁶ donde obtuvo el 43,3 % en el nivel malo.

Sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal, en la cual se obtuvo el porcentaje 50 % en el nivel regular (ver Tabla N° 04); a diferencia con el estudio de Saenz⁶ que obtuvo un nivel regular con el 46,7 %.

Con respecto a las principales enfermedades bucales, como se aprecia en los resultados presentados 67,9% de las encuestadas presentó un conocimiento malo (ver Tabla N° 10); en contraste con el estudio de Bazan⁷ que obtuvo un nivel malo con un 65,2 %.

Acerca del conocimiento sobre atención odontológica en gestantes, el mayor porcentaje 64 % poseen un conocimiento regular (ver Tabla N° 06), a diferencia con el estudio realizado por Saenz⁶, donde obtuvo un nivel bueno con un 50 %.

Acerca del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, el mayor porcentaje 60,7% poseen un conocimiento malo (ver Tabla N° 08), con similitud en los resultados obtenidos en el estudio de Bazan⁷, donde obtuvo un nivel malo con un 47,8 %.

Se evaluó el nivel de conocimiento según la edad y grado de instrucción. Así tenemos que para el nivel de conocimiento en Salud bucal según la edad, se obtuvo que, la mayoría 67,9% esta en el rango de 13 a más años y según el grado de instrucción, el más frecuente es el secundaria con un 43 %.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones:

El total de estudiantes del 4to grado encuestados sobre conocimientos en Salud Bucal el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo 60,7%, el 39,3% tuvo un nivel regular y 0,0 % un nivel bueno. (ver Tabla N° 02).

En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular 50,0%, el 39,3 % un nivel bueno y 10,7 % obtuvo un nivel malo. (ver Tabla N° 04).

En el nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo 67,9%, el 32,1 % un nivel regular, y el 0,0 % obtuvo un nivel bueno. (ver Tabla N° 10).

En el nivel de conocimiento de atención odontológica en gestantes el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo 50,0 %, el 28,6 % un nivel regular, mientras que el 21,4% un nivel bueno, (ver Tabla N° 06).

En el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo 60,7 %, el 35,7 % tuvo un nivel regular, y el 3,6 % mostró un nivel bueno, (ver Tabla N° 08).

El grado de género más frecuente de los estudiantes fue masculino con un 60,7 %, el cual mostró un nivel de conocimiento malo con un 39 %. (ver Tabla N°02).

El rango de edad más frecuente fue el de 13 a mas años con un 67,9%, el cual mostro un nivel de conocimiento malo con un 43%. (ver Tabla N° 01).

5.2 Aspectos Complementarios

Variables

Nivel de Conocimiento sobre Salud bucal

Definido como el conocimiento general de salud bucal que tiene los estudiantes del 4to grado sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, atención odontológica en gestantes y en crecimiento y desarrollo dental, valorado por una escala de medición de Bueno con 16 a 22 respuestas correcta, Regular con 9 a 15 respuestas correctas y de Malo con 0 a 8 respuestas correctas con los indicadores señalados en las preguntas del cuestionario de salud bucal.

Dimensiones de la variable:

Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal

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

Conocimientos sobre enfermedades bucales.

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

Conocimientos sobre atención odontológica en gestantes.

Es definido sobre el nivel de conocimientos que tiene de atención odontológica relacionada con el proceso de gestación.

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.

Covariables:

Edad: Es definido como la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento.

Grado de instrucción: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

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 atención odontológica en Etapa gestacional | Bueno 3-4 Regular 2 Malo 0-1 | |
| | Conocimiento sobre desarrollo dental | Bueno 3-4 Regular 2 Malo 0-1 | |
| COVARIABLES | | | |
| COVARIABLES | ESCALA | | INDICADOR |
| Edad | <ul style="list-style-type: none"> • De 13 años • De 14 años • De 15 años • De 16 años | | Número de años cumplidos |
| Grado de genero | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino | | Grado de sexualidad |

5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.-Bazan F. Historia de Chimbote.Chimbote 2012
- 2.http://www.colegiosenperu.com/colegio_santa_maria_reina_%28chimbote%29.htm
- 3.- Aliaga G, Durand M. Diagnóstico de la situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú.. Revista Peruana de Epidemiología. Abril 2008 .Vol 12 No 1
- 4.-Higashida,B.Odontología Preventiva, Editorial MC Graw – Hill Interamericana.México. 2000.
- 5.- Navas R, Rojas T. Educación para la Salud bucal : su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. INCI. Vol. 27. Caracas.2002
- 6.-Saenz E. Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en estudiantes de la I.E. “Cesar Vallejo”. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Uladech. Casma 2014
- 7.- Bazán R. Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en estudiantes de 4to grado de la I.E. “José Gálvez Egusquiza” N°88016. Tesis para optar el título de cirujano dentista. Uladech. Chimbote 2014
- 8.- Organización Panamericana de la Salud. La Salud Oral. Edición del 2002.
- 9.- Mercado M. Osmar J. Comportamiento Humano. Venezuela 2005
- 10.- Wagstaff, A. Programas de salud general a nivel comunitario y salud bucal. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de

artículos No. 3: 18-28. Recopilación de artículos publicados en inglés en el Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1-6)

11.- Tabares I. "La educación como motor del desarrollo"; 18 de septiembre de 2002. (En Línea). (Fecha de acceso 24 de abril del 2012). URL Disponible:www.juenticus.com

12.-Sosa M. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Garrigó Andreu MI, Sardiña Alñayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas. 2002 493

13.- Contreras N. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Universidad Cayetano Heredia, Lima, 2008

14.- Barranca E, A. Manual de Técnicas de Higiene Oral. (En Línea) (Fecha de acceso 31 de mayo del 2014). URL Disponible: <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-de-Hiegiene-Oral.pdf>

15.- Añé B, Seguí O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Rev Cubana Estomatol 1987;24(1):59-66.

16.-Nizama A, Calderón J. Prevalencia de caries y fluorosis dental y evaluación de los factores de riesgo asociados Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash. Tesis.Uladech. 2005.

17.-Hernández J, Tello T, Hernández F, Rosette R. Enfermedad periodontal: prevalencia y algunos factores asociados en escolares. Rev. Asociación Dental Mexicana 2000; 52(6): 222-230.

18.-Ámsterdam J. Medicina Oral. En: Marx JA, Hockberger RS, Paredes RM, et al, eds. Medicina de Emergencia de Rosen: Conceptos y Práctica Clínica. 8ª ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2013: cap 70.

19.-Fernández.O, Chávez M. Atención odontológica en la mujer embarazada. Revista virtual Medigraphic; Vol. II, no. 2 • Mayo-Agosto 2010 pp 80-84
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102g.pdf>

20.-Mendoza A. Desarrollo y erupción dentaria. En: Boj JR. Odontopediatría. 2º ed. Barcelona: Masson;2005: 55-65.

21.-Misrachi C., Sáez M.; “Comportamientos de búsqueda de salud oral:factores determinantes, en poblaciones urbano marginales”; Rev. Odontología Chilena; 43:7-13, 2006

5.4 ANEXOS:

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

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

I. DATOS GENERALES:

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincero.

Edad:.....años

Distrito donde vive:.....

Grado de instrucción:.....

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. Ha ido alguna vez al dentista:

SI () NO ()

2. Actualmente recibe tratamiento odontológico:

SI () NO ()

3. Responda el motivo de su última visita al dentista:

(Sólo responda esta pregunta, si es que Usted SI asistió alguna vez al dentista)

- Consulta ()
- Profilaxis ()
- Curaciones ()
- Dolor de dientes/muelas ()
- Extracción ()
- Otros () Especifique:.....

4. Responda el motivo por el cual Ud. no asiste al dentista (Sólo responda esta pregunta, si es que Ud. NO está asistiendo actualmente al odontólogo)

- Porque no me duele ningún diente ()
- Por miedo ()
- Motivos económicos ()
- Falta de tiempo ()
- Otros. () Especifique:.....

III. CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 22 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 considera Ud. 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 debo cepillarme los dientes?:

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

3. ¿La alimentación llevada durante la gestación afecta los dientes del bebé?

SI () NO ()

4. ¿Considera al flúor importante para los dientes del niño?

SI () NO ()

5. ¿Lavar las encías del bebé antes de que salgan los dientes es buena práctica?

SI () NO ()

6. ¿Hacer dormir al niño con el biberón es buena práctica?

SI () NO ()

7. ¿Cree Ud., que si un niño se succionara el dedo, chupones u otras cosas

afecta su dentición?

SI () NO ()

8. ¿A qué edad se debe llevar a los niños por primera vez al dentista?

- a) Al erupcionar el primer diente ()
- b) Desde que nace ()

- c) Cuando le duela algún diente ()
- d) Cuando le salgan todos sus dientes ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES

9. La placa bacteriana 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 de biberón 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. ¿Considera Ud. A la caries una enfermedad contagiosa?

SI () NO ()

12. Considera cierto que “por cada embarazo, se pierde un diente”

SI () NO ()

13. La gingivitis es:

- a) El dolor de diente ()
- b) La enfermedad de las encías ()

- c) Inflamación del labio ()
- d) No sé ()

14. La enfermedad periodontal 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 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A GESTANTES

15. Considera que los medicamentos tomados durante el embarazo puede provocar daño a los dientes del bebé?

SI () NO ()

16. ¿Considera Ud. que tomarse radiografías dentales sin protección contra rayos X durante la gestación afectará al bebé?

SI () NO ()

17. ¿Considera Ud. Que el uso de anestesia dental afecta la gestación?

SI () NO ()

18. En qué periodo de gestación se puede recibir atención odontológica segura?

- a) Entre el 1er y 3er mes ()
- b) Entre el 3er y 6to mes ()
- c) Entre el 6to y 9no mes ()
- d) En ningún mes de gestación ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL

19. ¿Sabe 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 ()

20. ¿Sabe cuántos tipos de dentición tienen los niños?

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

21. ¿Sabe cuántos dientes temporales tienen los niños?

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

22. ¿Sabe 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 ()

CARTA DE PRESENTACIÓN


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Chimbote, marzo 13 del 2015

CARTA N° 0026-2015- DIR-EPO-FCCS-ULADECH Católica

Señor
Lic. Napoleón Godo Olivera
Director de la Institución Educativa Santa María Reina-Chimbote
Presente.-

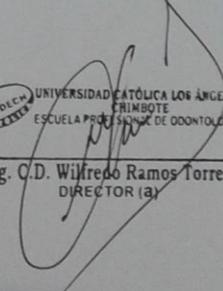
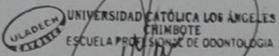
A través del presente, reciba usted el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Angeles de Chimbote; en esta ocasión, en calidad de Director de la Escuela Profesional, antes mencionada, cabe precisar lo siguiente:

En cumplimiento al Plan Curricular para la obtención del **TÍTULO PROFESIONAL**, de los estudiantes de la Carrera Profesional de Odontología, se ha diseñado el Taller Cocurricular, dirigido a los Bachilleres en Odontología de esta Casa de Estudios, el cual consiste en realizar la Tesis de Investigación denominada "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO SECUNDARIA DE LE "SANTA MARIA REINA", DISTRITO DE CHIMBOTE, MAR ZO 2015"

Para, realizar el presente trabajo de investigación, ha sido seleccionada la institución que usted acertadamente dirige, para lo cual solicito brindarle las facilidades del caso a la **Srta. MORILLO FERNANDEZ DHEYLI CAROLYN** las actividades que desarrollará comprende; recolección de datos y aplicación de cuestionario (anónimo), para ello es necesario la coordinación de fecha y hora, a fin que le permita desarrollar el trabajo programado.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal y especial consideración.

Atentamente;



Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR (a)

Recibido 12/03/15
Autoguardado la encuesta
[Signature]

| | |
|------------------------|-----|
| I.E. SANTA MARIA REINA | |
| 17 MAR. 2015 | |
| RECEPCION | |
| Exp. N° | 399 |

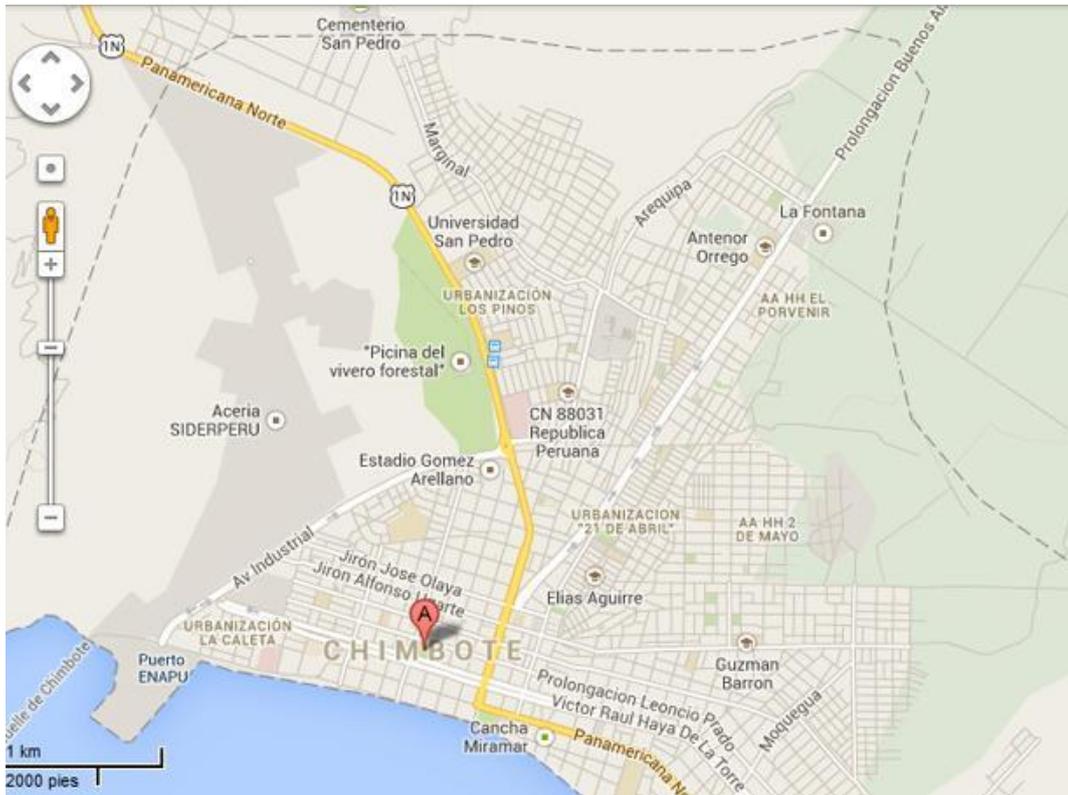
Jr. Leoncio Prado N°431 - C
Teléfono
Web Site: www

6.3.- UBICACIÓN

Dirección: Urb. 21 de Abril Zona "A"Chimbote

Teléfono:(043)343449

Correo: san.maria.reina@gmail.com



FOTOGRAFÍAS



Investigadora Morillo Fernández en el frontis de la I.E. “Santa Maria Reina”.



Investigadora Morillo Fernández en el frontis de la I.E. “Santa Maria Reina”.



Investigadora Morillo Fernández en la puerta de dirección de la I.E. “Santa Maria Reina”.



Investigadora Morillo Fernández con la secretaria de la I.E. “Santa Maria Reina”.



Los estudiantes de la I.E. “Santa Maria Reina” desarrollando el cuestionario.



Investigadora Morillo Fernández realizando el cuestionario en la I.E. “Santa Maria Reina”.



Investigadora Morillo Fernández realizando el cuestionario en el 4to grado de la I.E. “Santa Maria Reina”.



Investigadora Morillo Fernandez con la tutora del 4to grado de la I.E. “Santa Maria Reina”.