



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN
ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO
TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO
CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015”**

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

Autora

BACH. SEGURA MIO EVELYN TATIANA

Asesora

MG. CD. AÍDA NOLASCO TORRES

CHIMBOTE– PERU

2015

TÍTULO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES
DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA
PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE
NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015”**

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 primeramente A Dios por darme la fortaleza para terminar mis estudios con este proyecto de investigación.

A mis Padres por estar ahí cuando más los necesité y apoyarme incondicionalmente. Gracias

A mi esposo por estar pendiente de Mí día a dia y brindarme las fuerzas para culminar mi carrear con éxito.

También a mis hermanos, cuñada y sobrinos por ser parte de mi vida, representar la unidad familiar y apoyarme siempre en las decisiones que he tomado.

Y por último y más importante a mis hijos JHEYCO YPARIS, por enseñarme a ser valiente y fuerte para todo, espero ser tu ejemplo a seguir hijito Te amo.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo de felicidad.

A los docentes que tuve la suerte que me enseñaran y sean parte de mi formación a lo largo de mi carrera gracias por su tiempo, amistad y por los conocimientos que me transmitieron.

A la Dra. Aida Nolasco por el apoyo en la asesoría brindándome los conocimientos para culminar mi tesis.

A mi familia por su amor y paciencia. Gracias.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado de secundaria de IEP “Santo Tomas El Apóstol”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash, Setiembre 2015“, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria 24 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. Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal es regular con un 87,5% de los estudiantes encuestados, sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en la cual se obtuvo el porcentaje 70,8 % en el nivel regular, con respecto a las principales enfermedades bucales, como se aprecia en los resultados presentados obtuvo el 66,7% con un nivel regular, y del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, el 50% poseen un conocimiento malo.

Palabras clave: Desarrollo dental, enfermedades bucales, medidas preventivas, nivel de conocimiento y salud bucal.

ABSTRACT

This research is observational, descriptive cross-sectional; main objective is to determine the level of knowledge of oral health in "Knowledge about oral health in 4th grade students of secondary IEP" Saint Thomas the Apostle ", the District of Chimbote, Ancash, September 2015" for which a structured survey of 24 participating voluntarily in that institution was applied. 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 obtained in this study indicates that the level of knowledge on Oral Health is to regulate with 87.5% of the surveyed students on knowledge of oral health preventive measures in which the percentage was 70.8% at the regular level, with respect to the major oral diseases, as seen in the presented results obtained showed 66.7% regular level of knowledge about the development of the teeth, 50% have a bad knowledge.

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.....	x
I INTRODUCCIÓN.....	01
II REVISIÓN DE LITERATURA.....	04
2.1 Antecedentes de la investigación.....	04
2.2 Bases teóricas de la investigación.....	06
III METODOLOGÍA.....	15
3.1 Tipo y diseño de la investigación.....	15
3.2 Población y muestra.....	15
3.3 Técnicas e instrumentos.....	16
3.4 Plan de análisis	16
IV RESULTADOS.....	17
4.1 Resultados.....	17
4.2 Análisis de resultados.....	21
V CONCLUSIONES.....	22
5.1.- Conclusiones.....	22
5.2- Aspectos complementarios.....	23
5.3.- Referencias bibliográficas.....	24
VI Anexos.....	26
6.1 Cuestionario.....	26
6.2 Ubicación.....	31
6.3 fotografía.....	32

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01:

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, DEPARTAMENTO ANCASH SETIEMBRE 2015.....18

TABLA N° 02:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, DEPARTAMENTO ANCASH, SETIEMBRE 2015.....19

TABLA N° 03:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, DEPARTAMENTO ANCASH, SETIEMBRE, 2015.....20

TABLA N° 04:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, DEPARTAMENTO ANCASH, SETIEMBRE 2015.....21

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01:

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE DEPARTAMENTO ANCASH, SETIEMBRE 2015.18

GRÁFICO N° 02:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE DEPARTAMENTO ANCASH, SETIEMBRE 2015.....19

GRÁFICO N° 03:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE DEPARTAMENTO ANCASH, SETIEMBRE 2015.....20

GRÁFICO N° 04:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE DEPARTAMENTO ANCASH, SETIEMBRE 2015.....21

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue realizado en el Distrito de Nuevo Chimbote que es uno de los nueve distritos de la Provincia Del Santa, se encuentra localizado en la región de Ancash. Nuevo Chimbote fue creado mediante Decreto Ley 26 318 el 27 de mayo de 1994. Este distrito, que comprende una extensión de 1,641.44 Km², se encuentra dividido en urbanizaciones y se caracteriza por ser la zona con más crecimiento de la provincia.

Entre los atractivos del distrito podemos mencionar que presenta la Plaza de Armas de mayor tamaño en territorio nacional. La Plaza Mayor presenta en su espacio un monumento hecho por Enrique Olivera Arroyo, aquel monumento alude a una garza migratoria, un ave que representa el rasgo ecológico del distrito.¹

Hoy en día cuando la pesca y la siderurgia ya no son en Chimbote el emporio de antes, en Nuevo Chimbote se siente cada vez con más intensidad los embates de la pobreza, lo que nos lleva a pensar que urgentemente debemos impulsar, crear y mirar otras fuentes de riqueza y de trabajo como la agroindustria, la acuicultura, el turismo que solventa la economía local del distrito.²

Buenos Aires y las demás urbanizaciones que se instalan, nacen así como una comunidad en extensión de Chimbote, en consecuencia dependiente totalmente de la economía de esa localidad, sin una actividad productiva y económica propia. Con proyecciones para albergar a futuro el Parque Industrial "San Antonio" y zonas para la instalación de Industrias Ligeras.³

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 la región de Ancash que así lo demuestran; hechos que nos preocupan y que esperamos contribuir para superarlos.

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” (citado por Aguirre, 2015).

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.

“La Educación para la Salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades” (citado por Aguirre, 2015).⁴

“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” (citado por Aguirre, 2015)⁵

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” (citado por Aguirre, 2015).

Los aspectos anteriormente mencionados, “han sido los motivadores para realizar el presente estudio, el cual, ha sido encaminado específicamente a analizar las concepciones” (citado por Aguirre, 2015) que tienen los estudiantes de nuestra comunidad.

En “tal sentido, el enunciado del problema fue ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado de secundaria de Institución Educativa

Particular “Santo Tomas el Apóstol”, del distrito de Nuevo Chimbote en Setiembre 2015”; el objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado de secundaria de Institución Educativa Particular “Santo Tomás El Apóstol”, del distrito de Nuevo Chimbote, departamento de Ancash, Setiembre 2015“, y los objetivos específicos fueron formulados para ddeterminar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal, de las principales enfermedades bucales y sobre desarrollo dental” (citado por Aguirre, 2015).

“La investigación estuvo justificada porque la ejecución del proyecto en el Distrito de nuevo Chimbote fue muy necesaria, debido a que existen escasas estadísticas en nuestra población sobre los niveles de conocimientos de salud bucal de los estudiantes de instituciones educativas lo que nos permitirá dar a conocer a la sociedad y hacer entender a las autoridades del distrito nuevo Chimbote y de la Región Ancash la problemática de salud bucal persistente en nuestro entorno” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación:

Albino Rodríguez CA. (Nuevo Chimbote, Marzo 2015) Tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 4to de secundaria de la I.E. N°88024, Distrito de Nuevo Chimbote, Marzo 2015”, 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 etario y género. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal 65,4% regular y según edad 13 años con 52.2% en nivel regular. Según género femenino con 39.1% en nivel regular. En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas 78,3% regular y según edad 13 años con 60.9% en nivel regular. Según género femenino con 47.8% un nivel regular. En el nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales 69,5% malo y según edad de 13 años con 47.8% un nivel malo. Según género femenino con el 34.8% en nivel malo. En el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental 69,6 % malo y según edad 13 años con un 56.5% un nivel malo. Según género, el femenino con 43.5% en un nivel malo.⁶

Bazán R. (Chimbote 2014), realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; que tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria de la I.E “ José Gálvez Egúsquiza” N° 88016 Distrito de Chimbote – Departamento de Ancash, Setiembre 2014, para lo cual 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 78,1% tuvo un nivel regular, el 17,4 % un nivel bueno y 4.5 % obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 78.3% 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 regular, mientras que el 4.3 % un nivel bueno; por último, en desarrollo dental el 91,3 % tuvo un nivel malo, el 8,7% tuvo un nivel regular, y el 0 % mostró un nivel bueno. ⁷

Porras D. (Chilca 2014), realizó un trabajo de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; que tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 4to año de educación secundaria de la I.E. “Politécnico Túpac Amaru” en el distrito de Chilca en diciembre del 2014, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 34 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 32.4% mostró un nivel regular (Según género femenino y 15 años de edad). En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 35.3% tuvo un nivel regular (Según edad 15 años) y el 44.1% un nivel regular (Según sexo femenino); sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 29.4% tuvo un nivel malo (Según edad 15 años), y el 41.2% un nivel malo (Según sexo femenino); y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 17.6 % tuvo

un nivel bueno (Según edad 15 años), y el 26.5 % un nivel malo (Según sexo femenino); por último, en desarrollo dental el 32.4% tuvo un nivel malo (Según edad 15 años), y el 44.1% tuvo un nivel malo (Según sexo femenino).⁸

2.2 Bases teóricas de la investigación

“Medidas preventivas odontológicas: Instrucción de higiene oral” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).¹⁰

“Importancia del cepillado de los dientes” (citado por Aguirre, 2015)

“De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)” (citado por Aguirre, 2015), “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:” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“2. El cepillado con pasta dental que contiene flúor fortalece los dientes y reduce el riesgo de desarrollar caries dentales” (citado por Aguirre, 2015).¹¹

“Técnicas de cepillado” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

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” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“Técnica de Stillman modificada” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

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.

“Hilo de seda” (citado por Aguirre, 2015)

“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 interdentes 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” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).¹²

“Administración de fluoruros” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).

Agentes fluorados recomendados

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

Agentes sistémicos

Sal fluorada (aprox. 200 mg NaF/kg)

Agentes tópicos

De aplicación profesional:

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

De auto aplicación:

1. Solución de NaF 0,05%
2. Solución de NaF 0,02%
3. Solución de NaF 0,2%
4. Dentífricos con 1000 mgF/kg. ¹⁰

“Enfermedades bucales:

Caries” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“Enfermedad periodontal” (citado por Aguirre, 2015)

“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 incluye 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 periodonto.

Habitualmente se observa en personas con precaria higiene oral” (citado por Aguirre, 2015).

“Abscesos” (citado por Aguirre, 2015)

“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 necrosis 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” (citado por Aguirre, 2015).¹³

“Desarrollo de los dientes y la oclusión” (citado por Aguirre, 2015).

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 más 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” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“Dentro del desarrollo de los dientes y la oclusión debemos estudiar detalladamente tres aspectos fundamentales:” (citado por Aguirre, 2015)

“• Calcificación.

• Erupción dentaria.

• Factores que regulan y afectan la erupción” (citado por Aguirre, 2015).

“El período de dentición mixta” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“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.” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“Erupción de los dientes permanentes” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).

Para facilitar el estudio brindamos el siguiente esquema:

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” (citado por Aguirre, 2015).¹⁴

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.¹⁵

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 24 estudiantes de 4to grado de secundaria de IEP “Santo Tomas El Apóstol”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash, Setiembre 2015”.

Muestra

La muestra –no probabilística- estuvo conformada por 24 estudiantes de 4to A de secundaria de IEP “Santo Tomas El Apóstol”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash, Setiembre 2015“ Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

A todos los estudiantes de 4to grado de secundaria que aceptaron participar voluntariamente.

Criterios de exclusión:

Estudiantes de 4to grado de secundaria que no hayan asistido el día de recolección de datos.

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 IEP “Santo Tomas El Apóstol del distrito de Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash, Setiembre 2015“

Este cuestionario consta de 18 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 consideró:

En forma general:

Conocimiento sobre salud bucal (18 preguntas).

Bueno	(13-18 puntos)
Regular	(6-12 puntos)
Malo	(0-5 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 desarrollo dental.

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

Instrumento

Consta de 2 partes: primera son los datos generales, la segunda 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, 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.

IV. RESULTADOS

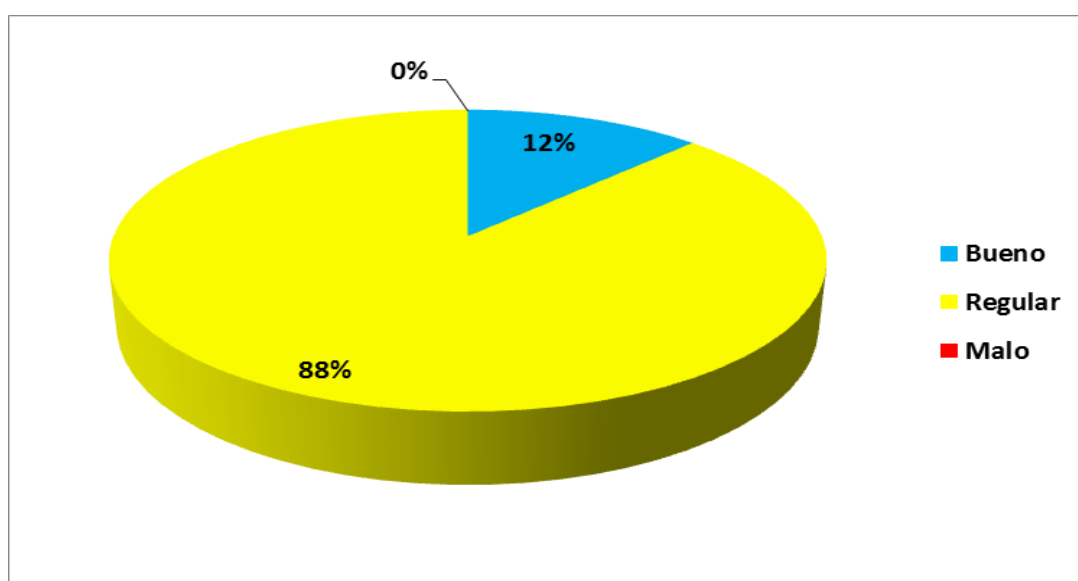
4.1 Resultados

TABLA N° 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015.

<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Bueno</i>	3	12,5
<i>Regular</i>	21	87,5
<i>Malo</i>	0	0,0
<i>Total</i>	24	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de secundaria. Setiembre 2015.

GRÁFICO N°1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE IEP “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015



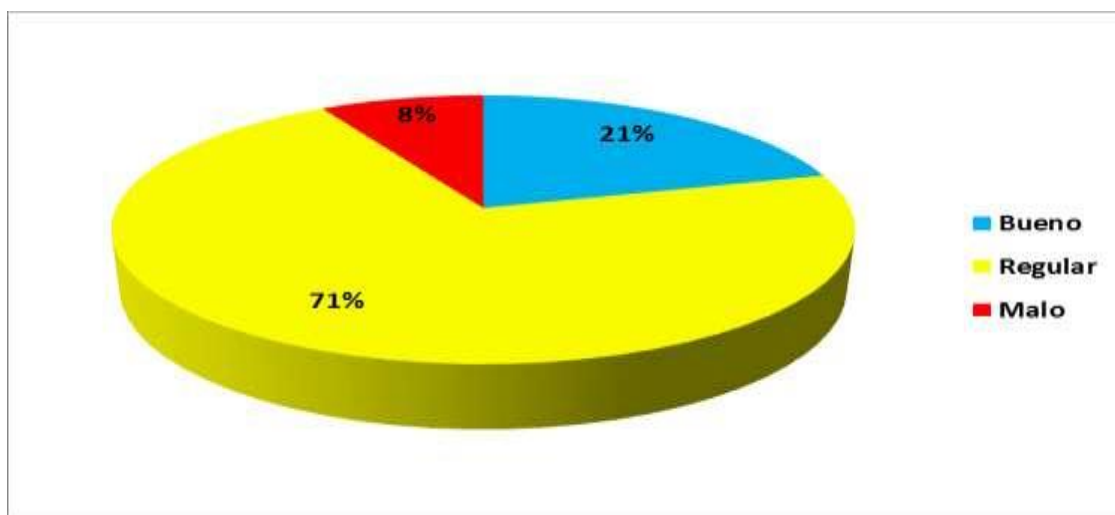
Fuente: Tabla 1.

TABLA N°2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015.

<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Bueno</i>	5	20,8
<i>Regular</i>	17	70,8
<i>Malo</i>	2	8,3
<i>Total</i>	24	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de secundaria. Setiembre 2015.

GRÁFICO N°2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE IEP “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015.



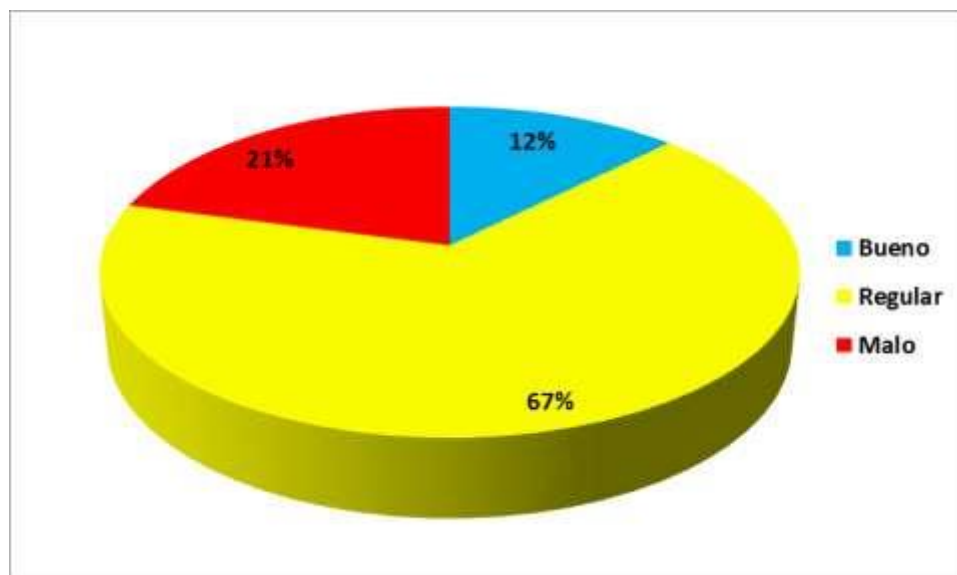
Fuente: Tabla 2.

TABLA N°3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015

<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Bueno</i>	3	12,5
<i>Regular</i>	16	66,7
<i>Malo</i>	5	20,8
<i>Total</i>	24	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de secundaria. Setiembre 2015

GRÁFICO N°3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE IEP “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015



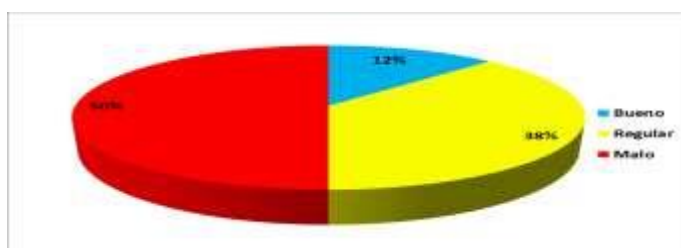
Fuente: Tabla 3.

TABLA N°4 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015

<i>Nivel de conocimiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Bueno</i>	3	12,5
<i>Regular</i>	9	37,5
<i>Malo</i>	12	50,0
<i>Total</i>	24	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes de secundaria. Setiembre 2015

GRÁFICO N°4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN ESTUDIANTES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA DE IEP “SANTO TOMAS EL APOSTOL”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE 2015



Fuente: Tabla 4

4.2.- Análisis de resultados

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal es regular con un 87,5% de los estudiantes encuestados (ver Tabla N° 01), diferente a lo hallado por Albino⁶ que obtuvo 65,4% nivel regular, Bazán⁷ que logró 65,2% en un nivel malo y Porras⁸ que obtuvo 32,4% en un nivel regular.

Sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en la cual se obtuvo el porcentaje 70,8 % en el nivel regular (ver Tabla N° 02); cercano a lo hallado por Albino⁶ que obtuvo 78,3% en un nivel regular, semejante a lo hallado por Bazán⁷ que obtuvo 78,1% en un nivel regular.

Con respecto a las principales enfermedades bucales, como se aprecia en los resultados presentados obtuvo el 66,7% mostro un nivel regular (ver Tabla N° 03); muy similar a lo hallado por Albino⁶ 69,5% en nivel malo, a lo hallado por Bazán⁷ 78,3 en un nivel malo.

Acerca del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, el 50% poseen un conocimiento malo (ver Tabla N° 04) cercano a lo obtenido por Albino⁶ 69,6% en nivel malo y Bazán⁷ 91,3% en nivel malo.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones:

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indican que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal es regular con un 87,5% de los estudiantes encuestados (ver Tabla N° 01).

Sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en la cual se obtuvo el porcentaje 70,8 % en el nivel regular (ver Tabla N° 02).

Con respecto a las principales enfermedades bucales, como se aprecia en los resultados presentados obtuvo el 66,7% mostro un nivel regular (ver Tabla N° 03).

Acerca del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, el 50% poseen un conocimiento malo (ver Tabla N° 04).

5.2 “Aspectos Complementarios” (citado por Aguirre, 2015)

“Variables

Nivel de Conocimiento sobre Salud bucal

Definido como el conocimiento general de salud bucal que tiene los estudiantes del 4to año de educación secundaria sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y desarrollo dental, valorado por una escala de medición de Bueno con 13 a 18 respuestas correcta, Regular con 6 a 12 respuestas correctas y de Malo con 0 a 5respuestas correctas con los indicadores señalados en las preguntas del cuestionario de salud bucal” (citado por Aguirre, 2015).

“Dimensiones de la variable:” (citado por Aguirre, 2015)

“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” (citado por Aguirre, 2015).

“Conocimientos sobre enfermedades bucales.

Es definido como el nivel que tiene sobre: placa bacteriana, sobre caries dental, sobre gingivitis, sobre enfermedad periodontal” (citado por Aguirre, 2015).

“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” (citado por Aguirre, 2015).

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	

5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Turismo. (página en internet). URL Disponible:
<http://turismo.i.pe/ciudades/distrito/nuevo-chimbote.htm>
2. Municipalidad Distrital de Nuevo Chimbote (página en internet). Lima. (2012).
URL Disponible: <http://bahiadechimbote.blogspot.com/>
3. Municipalidad Distrital de Nuevo Chimbote (página en internet)..
2014.URL Disponible:
<http://www.muninuevochimbote.gob.pe/paginas/2/1/historia.html>
4. Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997; 34 (1): 28-39.
5. Añé González B, Seguí León O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Rev Cubana Estomatol 1987;24(1):59-66.
6. Albino Rodriguez CA “Nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 4to de secundaria de la I.E. N°88024, Distrito de Nuevo Chimbote, Marzo 2015” [Tesis para optar el título de Cirujano dentista] ULADECH Católica 2015
7. Bazán R. Nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 4to grado secundaria de la I.E “ José Gálvez Egúsquiza “ N° 88016 Distrito de Chimbote – Departamento de Ancash, Setiembre 2014 (tesis para obtener el título de Cirujano Dentista). Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014
8. Porras D, Nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 4to año de educación secundaria de la I.E. “Politécnico Túpac Amaru” en el Distrito de Chilca en diciembre del 2014 [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
9. Dental San Antonio Huaraz. (página en internet). Lima. Facultad de Estomatología Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2009.(12/05/14).Disponible en:

<http://dentalsanantoniouhuaraz.com/manuales/odontologia.pdf>

10. Bphc.org. (página en internet). Massachusetts. Department of Public Health. 2009. (12/05/14). Disponible en: http://www.bphc.org/whatwedo/physical-health/oral-health/Documents/oral_grow_healthy_smiles_child_care_SPANISH_final.pdf
11. Encias.com. (página en internet). Lima. Encias sanas. 2014. (13/05/14). Disponible en: <http://encias.com/higieneoraltecnicas.html>
12. Rodríguez C. Enfermedades bucodentales. En. Las enfermedades en las condiciones de vida prehispánica de Colombia. 1ed. Bogotá. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. 2006. p. 166-170.
- 13.- Gobierno de Canarias. (página en internet). Puerto de la Cruz. Tenerife.2003. (13/05/14). Disponible en:
<http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/0e4c76f4-4333-11e0-be01-71b0882b892e/embarazadasanitarios.pdf>
14. Articulos.sld.cu. (página en internet). Lima. Massón Barceló. 2009. (14/05/14). Disponible en: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/desd-y-o-maestri.pdf>
15. Tabares I. "La educación como motor del desarrollo"; 18 de septiembre de 2002. (En Línea). (Fecha de acceso 14 de Mayo del 2014). URL Disponible:www.juenticus.com .

VI. ANEXOS

Anexos

6.1 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. 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 DESARROLLO DENTAL

15. ¿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 ()

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

a) 1 ()

b) 2 ()

c) 3 ()

d) No sé ()

17. ¿Sabe cuántos dientes temporales tienen los niños?

a) 10 ()

b) 20 ()

c) 24 ()

d) No sé ()

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

a) A los 3 meses de nacido ()

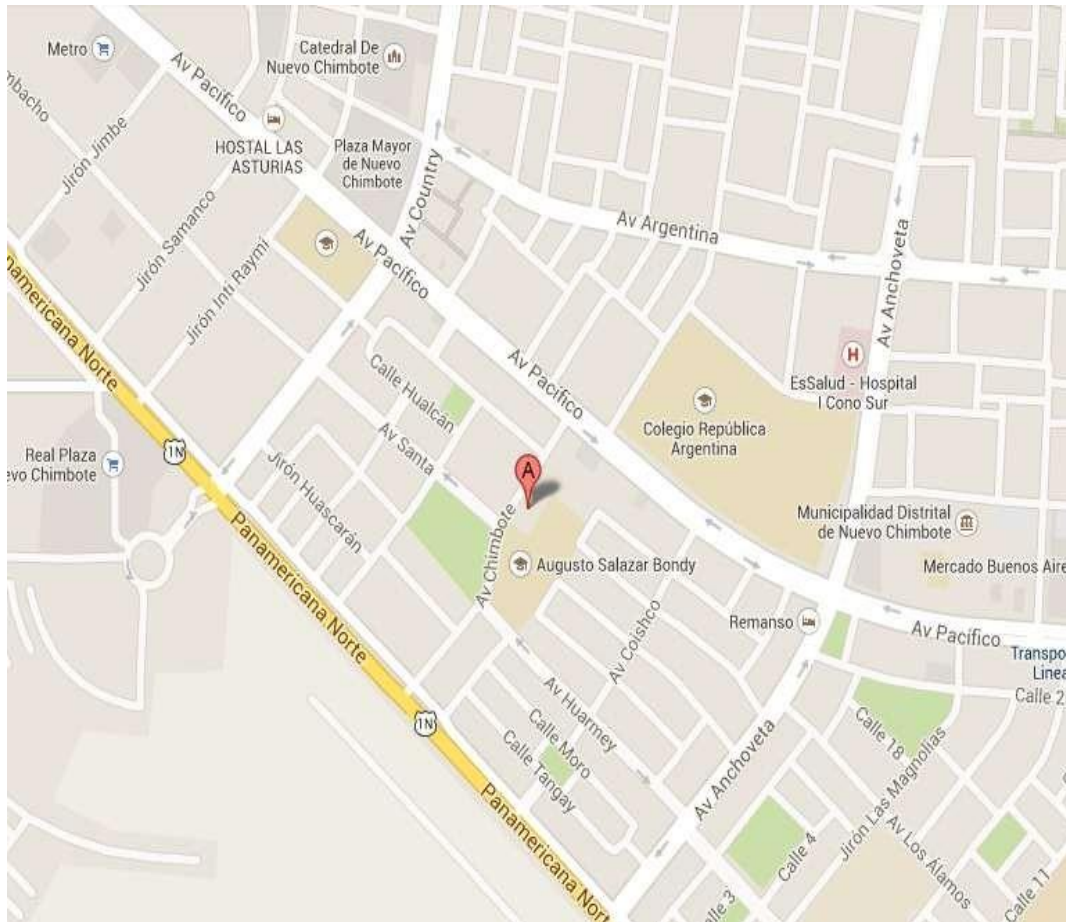
b) A los 6 meses de nacido ()

c) Al año de nacido. ()

d) No sé ()

6.2 UBICACIÓN

LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL” ESTA UBICADA EN AVENIDA CHIMBOTE 308 A ESPALDAS DE LA UNIVERSIDAD DE EL SANTA.



FOTOGRAFÍA



INVESTIGADORA EVELYN TATIANA SEGURA MIO EN EL FRONTIS DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARTICULAR “SANTO TOMAS EL APOSTOL” UBICADA EN LA AVENIDA CHIMBOTE 308 A ESPALDAS DE LA UNIVERSIDAD DE EL SANTA.