



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
EN ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA “AUGUSTO SALAZAR
BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,
SETIEMBRE 2015”**

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

**Autor
PRADO JULCA JEANCARLOS**

**Asesora
Mg. CD. Aída Nolasco Torres.**

CHIMBOTE- PERÚ

TÍTULO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “AUGUSTO SALAZAR BONDY” 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 a mis padres con todo mi cariño y mi amor para esas personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda.

Les dedico mi tesis.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecer a Dios, por ayudarme a cumplir mis metas...

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

También me gustaría agradecer a mis profesores por su guía, consejos, y apoyo.

Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, muchas gracias por formar parte de mí.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 6to de Primaria de la institución educativa “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Provincia del Santa Setiembre 2015, 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, y conocimiento sobre desarrollo dental. Así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el género. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal mostró un nivel malo con 79,4 % y según género femenino el 41,2% nivel malo y género masculino el 38,2% nivel malo; en cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas el 41,7% tuvo un nivel regular, sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 63,3% tuvo un nivel malo; por último, en desarrollo dental el 88,3% tuvo un nivel malo.

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

ABSTRACT

This research is observational, descriptive cross-sectional; It's main objective is to determine the level of knowledge of oral health in students of 6th Primary school "Augusto Salazar Bondy" district of New Chimbote Province of Santa September 2015, for which a structured survey voluntarily applied to 30 Participants in that institution. The level of knowledge on Oral Health was divided into level of knowledge about preventive measures, knowledge of oral diseases, and knowledge about dental development. Likewise, the level of knowledge related to gender. In general, knowledge in Oral Health showed a poor level as 79.4% and 41.2% female and male bad level 38.2% bad level; in knowledge about preventive measures 41.7% had a regular level, knowledge of oral diseases 63.3% had a bad level; finally, in dental development 88.3% had a bad level.

Keywords: Dental Development, oral diseases, preventive measures, level of knowledge, and oral health.

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
III. METODOLOGÍA.....	16
3.1 Diseño de la investigación.....	16
3.2 Población y muestra.....	16
3.3 Técnicas e instrumentos.....	17
IV. RESULTADOS.....	19
4.1 Resultados.....	19
4.2 Análisis de resultados.....	23
V. CONCLUSIONES.....	24
5.1.- Conclusiones.....	24
5.2- Aspectos complementarios.....	25
5.3.- Referencias bibliográficas.....	27
VI. ANEXOS.....	31
6.1 Cuestionario.....	31
6.2 Carta de presentación.....	35
6.3 Ubicación.....	36
6.4 Fotografías.....	37

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01:

Nivel de conocimiento en salud bucal según género de los estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Setiembre 2015.19

TABLA N° 02:

Nivel de conocimiento en medidas preventivas de los estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Setiembre 2015.20

TABLA N° 03:

Nivel de conocimiento en enfermedades bucales de os estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Setiembre 2015.21

TABLA N° 04:

Nivel de conocimiento en desarrollo dental de los estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Setiembre 2015.22

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

GRÁFICO N° 01:

Nivel de conocimiento en salud bucal según género de los estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Setiembre 2015.19

GRÁFICO N° 02:

Nivel de conocimiento en medidas preventivas de los estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Setiembre 2015.20

GRÁFICO N° 03:

Nivel de conocimiento en enfermedades bucales de los estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Setiembre 2015.21

GRÁFICO N° 04:

Nivel de conocimiento en desarrollo dental de los estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Setiembre 2015.22

I. INTRODUCCIÓN

El Distrito de Nuevo Chimbote se encuentra ubicado en la zona árida de la Costa Norte del Perú, a la orilla de la Bahía El Ferrol y la Bahía de Samanco, a 420 Km. Al norte de la ciudad de Lima, a 9° 12' 30" de latitud Sur 76° 55' 00" de longitud Oeste. Es uno de los distritos de la Provincia del Santa en el Departamento de Ancash con importancia estratégica pues es la zona priorizada con fines de expansión urbana y suelos de relieve y consistencia apropiada para el cultivo agrícola intensivo, razón por la cual forma parte del Proyecto Especial de Irrigación CHINECAS, para ampliar la frontera agrícola. Nuevo Chimbote cuenta con una superficie de 389,73 Km², y cuenta con 78 asentamientos urbanos entre Urbanizaciones residenciales, urbanizaciones progresivas de interés social, habilitaciones urbanas progresivas, asociaciones de vivienda, asentamientos humanos; y seis centros poblados rurales.

Límites. - Limita por el Norte con el Distrito de Chimbote, por el Sur con el Distrito de Samanco y Nepeña, por el Este con el Distrito de Nepeña y por el Oeste con el Océano Pacífico.

Nuevo Chimbote tiene una población de 113.166 habitantes según datos del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). De los 113.166 habitantes de Nuevo Chimbote, 57.483 son mujeres y 55.683 son hombres. Por lo tanto, el 49,20% por ciento de la población son hombres y 50,80% mujeres. Si comparamos los datos de Nuevo Chimbote con los del departamento de Ancash concluimos que ocupa el puesto 2 de los 166 distritos que hay en el departamento y representa un 10,6413 % de la población total de ésta.

A nivel nacional, Nuevo Chimbote ocupa el puesto 42 de los 1.833 distritos que hay en Perú y representa un 0,4128 % de la población total del país. Sus habitantes mayormente se dedican a la pesca, al comercio y la industria.

Las principales especies de pescado extraídas son la anchoveta, el jurel y la caballa, entre otros. Otra industria importante es la siderúrgica, que se abastece de las extracciones mineras de las regiones del interior de la región. Por ello se le conoce como "La capital de la pesca y el acero". También es importante la agroindustria, tomando relevancia los cultivos de caña de azúcar y de marigold, empleado en la elaboración de alimentos para el ganado avícola. La Institución Educativa Augusto Salazar Bondy - se encuentra en la dirección Av. Chimbote S/N (Cerca de la Sub-Región del Pacífico) en Ancash / Santa / Nuevo Chimbote, es un colegio nacional mixto, de educación primaria y secundaria, que inició sus actividades el 6 de junio de 1965. ¹

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 anchas 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.

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.²

La Educación para la Salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades.³

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.⁴

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.⁵⁻⁷

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 estudiantes de 6to de Primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa Setiembre 2015, el objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal estudiantes de 6to de Primaria y los objetivos específicos fueron formulado para determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud bucal, de las principales enfermedades bucales, sobre desarrollo dental.

La investigación estuvo justificada porque la ejecución del proyecto en el Distrito de Nuevo Chimbote es muy necesaria, debido a que existen escasas estadísticas en nuestra población sobre los niveles de conocimientos de salud bucal de los estudiantes de nivel primaria lo que nos permitirá dar a conocer a la sociedad y hacer entender a las autoridades del Distrito de Nuevo 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.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación:

Pareja Fuentes V. M. (Chimbote 2014), realizó su investigación respecto al nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en la I.E. "88072" de 6to de primaria en el Distrito de Chimbote Provincia del Santa Región Ancash- 2014.sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con la edad y con el género. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal según la edad se obtuvo un 60,0 % en el nivel malo. Según el género el 46,7% en el nivel malo (femenino). En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, se obtuvo 66,7% nivel regular; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 86,7% obtuvo nivel malo. Por último, en desarrollo dental se obtuvo un 100 % en el nivel malo⁸

Moreno Marreros Eder Jaider (Trujillo-2015), el propósito de su estudio fue medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los alumnos del 6° grado del nivel primario de la Institución Educativa Pública José Olaya del Distrito de La Esperanza. El estudio realizado fue una investigación de tipo cuantitativo, observacional, transversal, prospectivo, descriptiva, Se incluyeron en el estudio a 130 niños a quienes se aplicó un cuestionario estructurado de 15 preguntas, encontrándose como resultados que el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los alumnos del 6° grado del nivel primario de la Institución Educativa Pública José Olaya del Distrito de la Esperanza de Trujillo, es regular con 75 %, según sexo, fue regular en mujeres con 72 % y regular en varones con 76%, el nivel de conocimiento sobre salud bucal

según sección es bueno en la sección A con 50 %, en la sección B es regular con 85%, en la sección C es regular con 100%, en la sección D es regular con 50% y en la sección E es regular con 85%.⁹

2.2 Bases Teóricas de la Investigación:

Medidas preventivas en salud bucal

La promoción de la salud bucodental infantil incluye la prevención primaria de la caries dental, el tratamiento precoz de los traumatismos dentales, y la prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria.

De los tres procesos, el más prevalente es la caries dental, los últimos estudios epidemiológicos en preescolares españoles indican que, independientemente de la comunidad autónoma, casi el 20% de los niños tiene caries a los tres años y el 40% a los cinco años¹⁰. Afecta a la calidad de vida infantil, por producir dolor e infecciones que pueden desencadenar enfermedades sistémicas o la destrucción de la pieza dental. Las medidas de prevención primaria de la caries son más eficientes que las recomendaciones frente a las maloclusiones o los traumatismos por lo que nos dedicaremos con mayor profundidad a la caries dental^{11,12}.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental se puede definir como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad, se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo el diente. Se acepta que esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente de la placa dental. Clínicamente, la caries se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades. En cuanto a los grupos de riesgo en la infancia, todos los niños la pueden padecer, pero existen grupos de riesgo que tienen mayor probabilidad de desarrollarla.

Con respecto a las medidas de prevención, los procedimientos más útiles en la profilaxis de la caries se pueden agrupar en cuatro apartados: empleo de flúor (F), higiene bucodental, medidas dietéticas y tratamiento de las lesiones activas.

Empleo de flúor, cuando se consume en cantidades óptimas, se consigue aumentar la mineralización dental y la densidad ósea, reducir el riesgo y prevalencia y ayudar a la remineralización del esmalte en todas las épocas de la vida.

Desde 1909 se conoce el efecto preventivo del F sobre la caries. Los trabajos de Cox, Dean y Armstrong¹³ permitieron concluir que el F aumentaba la resistencia, pero producía manchas en el esmalte, y que la concentración de 1 ppm de fluoruro en el agua se relacionaba con la máxima reducción y el mínimo porcentaje de moteado dental. Este moteado dental se denominó más tarde fluorosis dental (FD) debido a su relación causal con el F¹⁴.

En las últimas décadas, su prevalencia en los niños había disminuido en la mayoría de países industrializados. Esto se atribuyó al empleo de F tanto sistémico (agua de consumo, bebidas y alimentos) como tópico (dentífricos, geles, colutorios), así como a una mejoría del estado de nutrición y de la higiene dental¹⁵⁻¹⁶. Sin embargo, de nuevo se asiste a un aumento de prevalencia, posiblemente por un abandono de las medidas de salud pública anteriores¹⁷.

Mecanismos de acción del flúor

El mecanismo de acción del F es múltiple:

1. Transformación de la hidroxiapatita (HAP) en fluorapatita (FAP), que es más resistente a la descalcificación. Esta reacción química entre la HAP y la FAP presenta una reversibilidad en función de la concentración de F en el entorno del esmalte dental, de modo que la FAP no sería una situación definitiva y estable¹⁸.

2. Inhibición de la desmineralización y catálisis de la remineralización del esmalte desmineralizado. Este proceso es dinámico y dura toda la vida del diente. La reversibilidad de este mecanismo justifica, por un lado, la recomendación del empleo de F durante toda la vida y no solo durante la infancia. Además, el empleo de F tópico a bajas dosis, de forma continua, induce la remineralización dental¹⁹.

3. Inhibición de las reacciones de glucólisis de las bacterias de la placa dental (sobre todo *Streptococcus mutans*), con lo que disminuye la formación de ácidos.

4. Reducción de la producción de polisacáridos de la matriz extracelular en la placa dental^{20,21}.

En todos los casos, parece que el factor más importante en la prevención de la caries dental es la exposición a dosis bajas pero continuadas de fluoruro en la cavidad oral.

Efecto sistémico

Pre eruptivo. Tras su absorción intestinal y su paso a la sangre, el F se incorpora a la estructura mineralizada de los dientes en desarrollo y probablemente incrementa levemente la resistencia a la desmineralización frente a la acción de ácidos orgánicos, ya que solamente un 8-10% de los cristales del esmalte están compuestos por fap en niños residentes en zonas con agua fluorada²².

Al principio de la investigación sobre el F, este se creía que era el efecto más importante. Por ello se recomendaba dar F a la embarazada, así como antes de los seis meses de vida (antes de la erupción del primer diente) y se aconsejaba retirar los suplementos tras la erupción de la segunda dentición, pues no tendría sentido su administración tras el desarrollo dental.

Pos eruptivo. Tras la erupción dental, el F sistémico sigue estando poco implicado en la formación de la estructura orgánica dental. Tan solo la fracción excretada por saliva tendría una acción significativa protectora¹⁹.

Efecto tópico (posteruptivo)

El F presente en la fase fluida de la superficie dental es el que realmente disminuye la desmineralización y aumenta la remineralización del esmalte, siendo clave la frecuencia de la exposición al F. Este efecto posteruptivo tópico es el que se cree más adecuado para prevenirla.

La saliva es el principal transportador del F tópico. La concentración de F en el ductus salivar tras la secreción de las glándulas salivares es bajo (0,016 ppm en zonas con agua fluorada y 0,0006 ppm en áreas con agua no fluorada). Esta concentración probablemente tenga una débil actividad cariostática. Sin embargo, la pasta dentífrica o los geles logran una concentración en la boca 100 a 1000 veces superior.

Así pues, con esta perspectiva, y a diferencia de lo que se creía inicialmente, se debe:

Hacer más hincapié en los distintos medios de administración tópica del F.

Recomendar el F tópico toda la vida y no solo restringir nuestras recomendaciones a la época del desarrollo y erupción dental.

Desaconsejar el empleo de excesivo F sistémico, sobre todo antes de la erupción dental (en la embarazada y antes de los seis meses de vida).

Insistir en el papel remineralizador de dosis bajas de F administradas de forma continua²³.

Higiene bucodental

El cepillado. Antes de que erupcionen los primeros dientes se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la

boca e instaurar un hábito precoz. La limpieza debe hacerse una vez al día, aprovechando el momento del baño. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o una gasa humedecida en agua.

Después de que erupcionen los primeros dientes se debe comenzar con la limpieza bucodental dos veces al día. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o cepillos dentales infantiles^{24,25}.

Después de que erupcionen los primeros molares primarios, alrededor de los 18 meses, se debe optar por el uso del cepillo dental. El cepillo debe presentar un mango recto y largo; una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible con la boca del niño.

La técnica debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos antero-posteriores. La posición del adulto debe permitir una buena visibilidad de la boca, manteniendo la cabeza del niño en una posición estable.

Se explicará al niño y a los padres (hasta la adolescencia) la técnica del cepillado. Es más importante la minuciosidad que el tipo de técnica empleada; con un cepillado minucioso la mayoría de las técnicas resultan eficaces. Si hay problemas de alineación, ausencia de dientes, prótesis bucales o el niño es torpe para cepillarse, es preciso recomendar técnicas especiales. Se debe recomendar un cepillo de cabeza pequeña, de cerdas sintéticas y puntas redondeadas para evitar la lesión de la encía si el niño lo usa con fuerza²⁶.

El cepillado debe comenzar con un barrido siguiendo el eje del diente, empezando por la encía y sin desplazamientos horizontales, tanto en la cara exterior como en la cara interior. Posteriormente se realiza un movimiento a modo de remolino sobre la cara oclusal, de atrás hacia delante, limpiando posteriormente con suavidad la lengua. Debe enjuagarse varias veces.

El cepillado debe completarse en algunos casos con el empleo de seda dental, particularmente para las áreas interproximales y mesiales de los

primeros molares permanentes. Para ello se emplea hilo compuesto de fibras microscópicas de nylon no enceradas, facilitando la operación el uso de pinzas especiales. En cualquier caso, el empleo de colorantes diagnósticos de la placa dental (eritrosina o fluoresceína sódica) permite su eliminación completa.

El dentífrico

El uso de un dentífrico adecuado aumenta los beneficios del cepillado. En general, una pasta dentífrica se compone de un producto abrasivo y un agente cariostático. Se recomiendan abrasivos suaves (pirofosfato de calcio, metafosfato insoluble de sodio, etc.) y compuestos fluorados, como se ha indicado anteriormente.

La utilización de dentífricos fluorados es el método más recomendado para la prevención de la CD, tanto por el aspecto tópico y continuado de su aplicación, como por la aceptación social de la higiene dental mediante el cepillado dental.

En cuanto a su concentración en F, las pastas dentífricas fluoradas carecen prácticamente de contraindicaciones en el adulto por su acción exclusivamente local. Sin embargo, se ha calculado que un preescolar, con dos cepillados diarios, puede deglutir alrededor de 1 g de pasta dental al día, debido a la inmadurez del reflejo de deglución. Por ello y para evitar la FD, debe conocerse la concentración de F de los dentífricos a emplear en el niño. En este sentido, en el etiquetado no siempre consta la concentración en ppm de fluoruro, que se puede calcular fácilmente (2,2 g de NaF = 1000 mg de ion fluoruro = 9,34 g de PO_3FK_2 = 7,6 g de PO_3FNa_2)^{27,28}.

Enfermedades bucales

Caries dental. En el último siglo, la investigación científica ha permitido establecer un concepto mucho más detallado de la naturaleza de la caries dental, ya que actualmente se reconoce que una cavidad es la última manifestación de una infección bacteriana. Las bacterias presentes en la boca

forman una comunidad compleja que se adhiere a la superficie del diente en forma de una biopelícula comúnmente denominada placa dental.

Si la infección de la caries en el esmalte no es controlada, la disolución ácida puede avanzar para formar una cavidad que se extienda a través del esmalte dental hacia el tejido pulpar, el cual contiene una gran cantidad de vasos sanguíneos y terminaciones nerviosas. Si en esta etapa no es controlada la infección de la pulpa, puede conducir al absceso, a la destrucción del hueso y a la extensión de la infección vía circulación sanguínea. La caries dental es un proceso dinámico donde se alternan periodos de desmineralización con periodos de remineralización, a través de la acción del fluoruro, calcio y fosfatos presentes en la saliva.

Aún no está clara la razón por la cual algunos individuos son más susceptibles que otros. Sin embargo, estas diferencias se refieren a diferentes factores:

Las diferencias genéticas en la estructura, la bioquímica de las proteínas y de los cristales del esmalte.

Las variaciones de las características y la cantidad de saliva.

El mecanismo inmunológico de defensa.

La influencia de aspectos socioeconómicos y culturales.

La caries dental se presenta con una serie de signos y/o síntomas (cavitación y/o dolor), afectando diferentes órganos dentarios y superficies dentales, las cuales pueden tener distintos grados de severidad. Es decir, la caries dental debe ser vista como un proceso acumulativo donde los factores de riesgo determinan el inicio del proceso, su avance, su evolución y la posibilidad de reversión en la primera fase del proceso.²⁹

Enfermedad Periodontal

La gingivitis se caracteriza por el sangrado y la inflamación de las encías. También se deriva de la placa bacteriana. Sin tratamiento, la gingivitis puede evolucionar a un estado crónico y provocar bolsas periodontales, sangrado excesivo y pérdida de piezas dentales. Para evitarla, realiza una higiene adecuada de los dientes y lengua con pasta de dientes al menos tres veces al día, evita alimentos ricos en almidón, azúcares y grasa, y acude a un dentista por lo menos una vez al año.

Es una enfermedad que afecta a los tejidos que unen el diente al hueso. Comienza a partir de una “gingivitis” que es la inflamación de la encía, generalmente provocada por una mala higiene bucal, donde queda mucha placa bacteriana (restos de alimentos, bacterias, etc.) depositada sobre la misma, lo que hace que se enrojezca, se inflame y sangre al cepillado. Esto se puede revertir con una higiene bucal adecuada y otras opciones terapéuticas recomendadas adecuadamente por el odontólogo.

Luego si este proceso continúa, hace que la placa bacteriana se desplace por el interior de la encía en busca del hueso una vez que lo encuentra lo reabsorbe, éste se pierde y es “irrecuperable”, los dientes comienzan a moverse, pierden estabilidad porque no tienen de dónde agarrarse y se caen. En muchas ocasiones el diente está libre de caries, pero su tejido de fijación está afectado y se pierde el mismo. Esto no es afortunadamente muy común en niños y adolescentes, sí en adultos. Por eso tanto la carie como la enfermedad periodontal se pueden prevenir con:

Dieta adecuada.

Uso de fluoruros (sistémicos y tópicos).

Correcta higiene bucal.

Control periódico cada 6 meses al odontólogo. Y saber que, si durante la niñez y la adolescencia aprendemos a mantener un periodonto sano y hábitos

de higiene bucal adecuados, ayudamos a prevenir las caries y la enfermedad periodontal en el adulto.

Halitosis. Las causas de la halitosis son múltiples y pueden relacionarse con una escasa higiene bucal, con consecuencias de la gastritis crónica y, en casos más severos, con enfermedades graves como el cáncer de pulmón. Sin embargo, la mayoría de los casos se originan por problemas en la propia boca. La halitosis se caracteriza por el mal aliento y se estima que un 25% de la población padece este problema a nivel crónico. Las personas con más de 50 años son más susceptibles a presentar casos de halitosis y también es común identificarla al despertarse después de un largo periodo de sueño, cuando la boca ha estado en reposo y ha producido poca saliva. Las formas de prevención incluyen la higiene bucal con pasta, cepillo e hilo dental y las visitas frecuentes al dentista, que también podrá indicar si el problema adviene de otra causa.³⁰

Desarrollo Dental

La morfología dental ha sido crítica en la clasificación y ecología mamífera. Los cambios en los patrones cuspídeos de los molares tienen especial importancia en el seguimiento de los mamíferos en nuevos nichos ecológicos³¹. Los vertebrados tempranos poseían una fila de pequeños tubérculos (odontode) generalmente compuestos de aspidin (un tipo de hueso acelular) cubiertos por un tejido enamelode o dentina³².

El término odontode fue propuesto para denominar las estructuras dentales tempranas llamadas “dientes dermales” o “dentículos”, luego, también se le llamó odontode a todas las estructuras de tejido duro del esqueleto dermal caracterizadas por una corona dentinal y una cavidad pulpar, frecuentemente cubierta por una capa hipermineralizada de ganoine o enamelode. Se acepta que, durante la evolución de los gnatóstomos, los odontodes evolucionaron en la cavidad oral, al mismo tiempo con el desarrollo de los maxilares, dando lugar a los dientes. Aunque los odontodes se desarrollan de interacciones recíprocas entre epitelio y mesénquima, difieren en número respecto de los dientes. El órgano dental epitelial del desarrollo de los odontodes no se forma de la

invaginación de la lámina dental, sino que es una sola capa de células columnares en la parte basal del epitelio correspondiendo al epitelio interno del esmalte; y la papila del odontode proviene de la parte superficial de la mesénquima adyacente. Los odontodes siempre se forman en una posición superficial, nunca se sumergen, no erupcionan. Quizá al evolucionar los maxilares, ellos quedaron cubiertos por otros tejidos duros o por otros odontodes, formando lo que se conoce como odontocomplejos³².

Las células de la cresta neural constituyen el ectomesénquima de la cabeza y el cuello e inducen la formación de muchos tejidos conectivos de la cara, los cuales incluyen las estructuras dentales. Las células de la cresta neural migran desde el pliegue neural hasta encontrar la membrana bucofaríngea, la cual ha desarrollado una prolongación de células ectodermales que están en cercanía con el neuroectodermo y constituyen el ectodermo del estomodeo o cavidad oral primitiva. El ectomesénquima entra entre estas dos capas y se pone en contacto con el endodermo, es decir que, el desarrollo facial es dependiente, y así lo afirman varios autores, del crecimiento de la superficie ectodérmica de la membrana bucofaríngea y de la interacción de ésta capa epitelial con el soporte neuroectodérmico (tubo neural) y el ectomesénquima, como también con el endodermo de la membrana bucofaríngea. Las células mesenquimales inducidas siguen migrando hacia los arcos faríngeos, donde junto oral, sufre procesos de inducción epitelio/mesenquimal que inicia la formación con las células del mesodermo paraxial, forman los tejidos conectivos. Ese ectomesénquima particularmente localizado dentro de los arcos faríngeos y debajo del ectodermo oral^{33,34}.

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 mensaje³⁵.

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 actitud³⁶.

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 todos los estudiantes de 6to de Primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Provincia del Santa setiembre 2015.

Muestra

La muestra –no probabilística- estuvo conformada por 30 estudiantes de 6to de Primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Provincia del Santa septiembre 2015. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Todos los estudiantes de 6to de primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” que acepten participar voluntariamente.

Todos los alumnos matriculados en el grado.

A todos los estudiantes que están presente en el día de la encuesta.

Criterios de exclusión:

A los estudiantes que no están en el momento de la encuesta.

Estudiantes que no pertenece a la sección.

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 6to de Primaria de la I.E. “Augusto Salazar Bondy” del Distrito de Nuevo Chimbote Provincia del Santa septiembre 2015 al azar.

El cuestionario en mención tuvo información adicional que consignaron los estudiantes de 6to de primaria en los datos específicos.

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

El Cuestionario consta de 2 partes: Primera son los datos generales, la segunda el cuestionario de conocimiento sobre salud bucal. Este instrumento fue adaptado por el autor (Anexo N° 1).

Se utilizó herramientas y pruebas estadísticas porcentuales, de promedios y desviación estándar, en donde fueron analizados, y así mismo se realizó su representación gráfica, utilizando el paquete estadístico Excel 2016.

IV. RESULTADOS

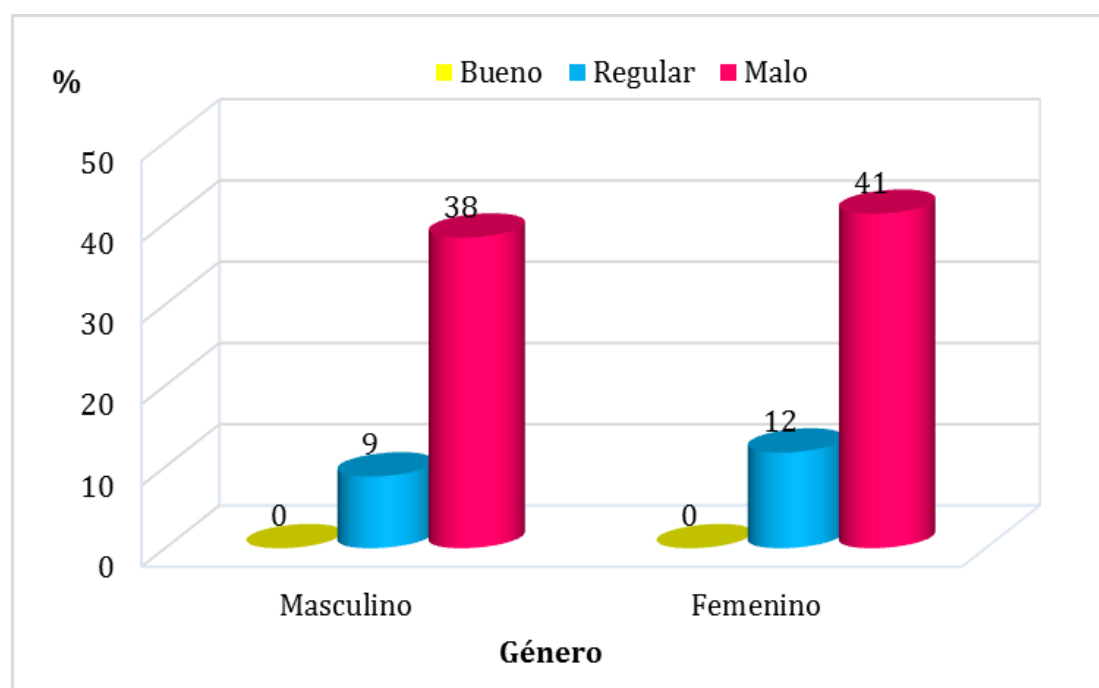
4.1 Resultados

TABLA N° 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E. “AUGUSTO SALAZAR BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE SETIEMBRE 2015.

Genero	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	n	%	N	%	N	%	n	%
Masculino	0	0,0	3	8,8	11	38,2	14	47,1
Femenino	0	0,0	4	11,8	12	41,2	16	52,9
Total	0	0,0	7	20,6	23	79,4	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de primaria. Setiembre 2015.

GRÁFICO N°1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E. “AUGUSTO SALAZAR BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE SETIEMBRE 2015.



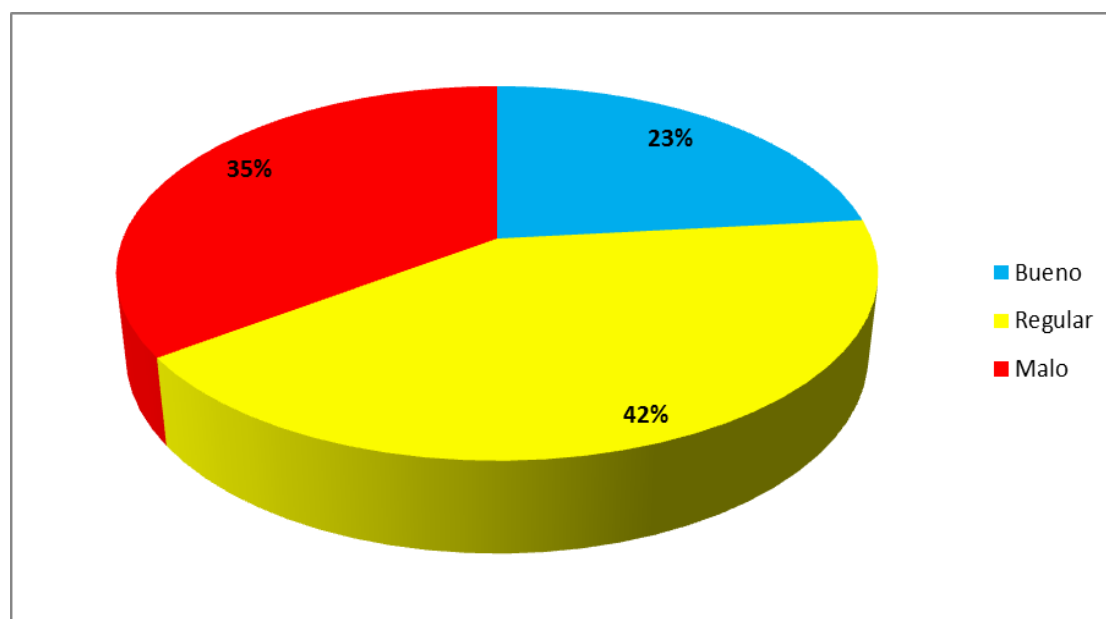
Fuente: Tabla 1.

TABLA N° 02. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LOS ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E. “AUGUSTO SALAZAR BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE SETIEMBRE 2015.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	7	23,3
Regular	12	41,7
Malo	11	35,0
Total	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de primaria. Setiembre 2015.

GRÁFICO N° 02. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LOS ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E. “AUGUSTO SALAZAR BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE SETIEMBRE 2015.



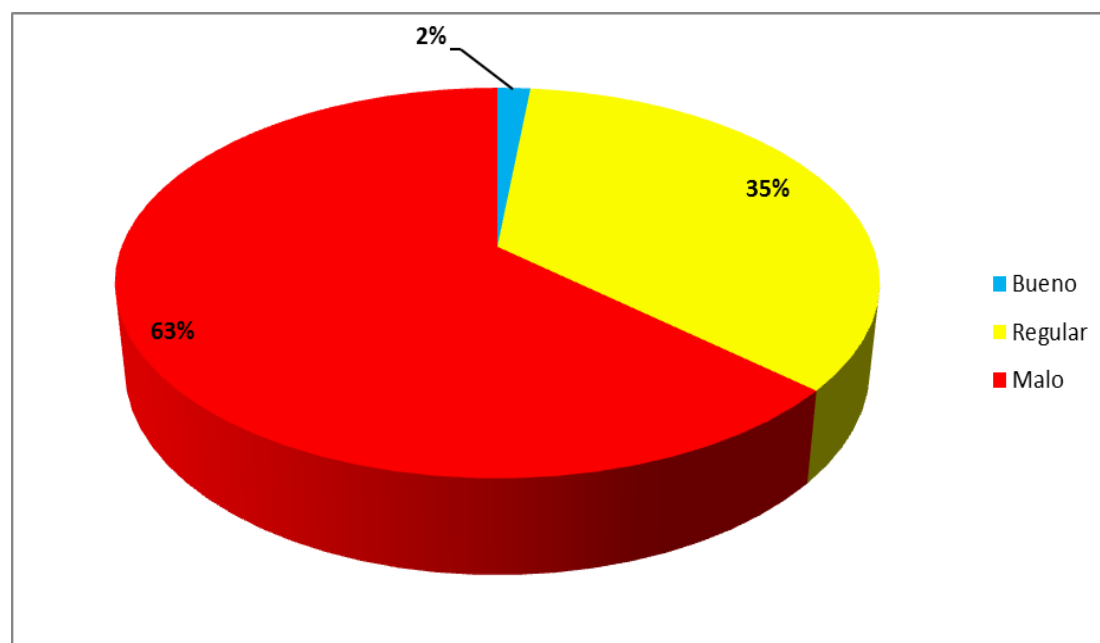
Fuente: Tabla 02.

TABLA N° 03. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES DE LOS ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E. “AUGUSTO SALAZAR BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE SETIEMBRE 2015

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	1	1,7
Regular	10	35,0
Malo	19	63,3
Total	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de primaria. Setiembre 2015

Gráfico 03. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES DE LOS ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E. “AUGUSTO SALAZAR BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE SETIEMBRE 2015



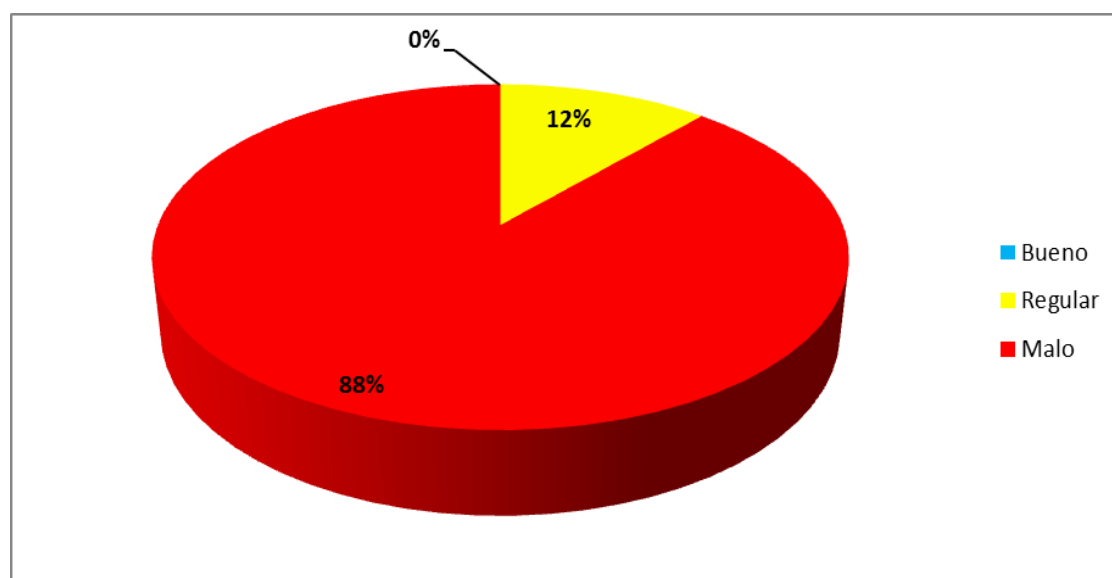
Fuente: Tabla 03.

TABLA N° 04. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL DE LOS ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E. “AUGUSTO SALAZAR BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE SETIEMBRE 2015.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	0	0,0
Regular	3	11,7
Malo	17	88,3
Total	30	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes de primaria. Setiembre 2015

GRÁFICO N° 04. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE LOS ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA I.E. “AUGUSTO SALAZAR BONDY” DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE SETIEMBRE 2015.



Fuente: Tabla 04

4.2.- Análisis de resultados

El total de estudiantes de 6to de secundaria encuestados sobre conocimientos en Salud Bucal obtuvo un nivel de conocimiento malo con 79,4% y según género el mayor porcentaje 41,1% malo en niñas (ver Tabla N° 01). Semejante con el de estudio de Pareja ⁶ con el 60% tuvo un nivel malo y diferente al de Moreno que obtuvo 75% regular.

Con respecto al nivel de conocimientos sobre medidas preventivas, el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular 41,7% (ver Tabla N° 2). A similitud con el estudio de Pareja ⁶ que obtuvo 66,7% en nivel regular.

En dimensión sobre conocimientos sobre enfermedades bucales obtuvo un nivel malo de 63,3% (ver Tabla N° 3) A diferencia con el estudio de Pareja ⁶ que obtuvo 86,7% en nivel malo.

En dimensión sobre conocimiento sobre desarrollo dental el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo de 88.3 % (ver Tabla N° 04). Con similitud en los resultados obtenidos en el estudio de Pareja ⁶ donde obtuvo el 100% mostrando un nivel malo.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones:

El total de estudiantes de 6to de secundaria encuestados sobre conocimientos en Salud Bucal obtuvo un nivel de conocimiento malo con 79,4% y según género el mayor porcentaje 41,1% malo en niñas (ver Tabla N° 01).

Con respecto al nivel de conocimientos sobre medidas preventivas, el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular 41,7% (ver Tabla N° 2).

En dimensión sobre conocimientos sobre enfermedades bucales obtuvo un nivel malo de 63,3% (ver Tabla N° 3).

En dimensión sobre conocimiento sobre desarrollo dental el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo de 88.3 % (ver Tabla N° 04).

5.2 Aspectos Complementarios

Variables

Nivel de Conocimiento sobre Salud bucal

Definido como el conocimiento general de salud bucal que tiene los estudiantes de nivel secundaria sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, atención odontológica en gestantes y en crecimiento y desarrollo dental, valorado por una escala de medición de Bueno con 13 a 18 respuestas correctas, Regular con 6 a 12 respuestas correctas y de Malo con 0 a 5 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 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.

Covariable

Género: Es definido como la característica que diferencia femenina de masculino.

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 3-4 Regular 2 <i>Malo 0-1</i>	
	Conocimiento sobre desarrollo dental	Bueno 3-4 Regular 2 <i>Malo 0-1</i>	
COVARIABLES	DIMENSIÓN	CATEGORÍA DE ESCALA	INDICADOR
Sexo	Género	SI NO	Masculino Femenino

5.3 Referencias Bibliográficas

1. DePeru.com. Institución educativa Augusto Salazar Bondy. 18 de febrero de 2015. (En Línea). (Fecha de acceso 14 de abril del 2015). URL Disponible: <http://www.deperu.com/educacion/educacion-secundaria/colegio-88047-augusto-salazar-bondy-nuevo-chimbote-97294>
2. Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997; 34 (1): 28-39.
3. Restrepo HE. Promoción de la salud y equidad. Un nuevo concepto para la acción en salud pública. Educ Med Salud 1995;29(1):76-91.
4. Organización Mundial de la Salud. Manual informe técnico. Las enfermedades bucales constituyen problemas de salud mundial. Ginebra: 2004.
5. Pérez Borrego A, Barrios Felipe L, Fernández Fregio MJ, Rodríguez Llanes R. Estudio comparativo del nivel de educación para la salud en maestros de enseñanza primaria y media. Rev Cubana Estomatol 1989;26(4):268-76.
6. Salleras L. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. Med Clin 1994;102(Supl 1):5-12.
7. Salleras L, Martín Zurro A, Bertrán JM, Gené JM, Forés D, Taberner JL. La integración de la prevención en la práctica asistencial. Med Clin 1994;102 (Supl 1): 35-41.
8. Pareja V. Nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en estudiantes de 6to grado de primaria de la Institución Educativa N° 88072. [Tesis]. Chimbote: ULADECH; 2014 [citado 20 agosto 2014]
9. Moreno Marreros Eder Jaider. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los alumnos del sexto grado del nivel primario de la Institución Educativa pública José Olaya, Distrito La Esperanza, Región La Libertad, año 2015.

[Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Trujillo: Universidad católica los Ángeles de Chimbote. 2015.

10. Bravo Pérez M, Llodra Calvo JC, Cortés Martinicorena FJ, Casals Peidró E. Encuesta de Salud Oral de Preescolares en España 2007. RCOE. 2007;12:143-68
11. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Section on Pediatric Dentistry. Oral Health Risk Assessment Timing and Establishment of the Dental Home [consultado el 08/02/2010]. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;111/5/1113.pdf>
12. García Sábada JI, López Pérez P, Badillo C, Cabello A, Lozano M. Evaluación de la efectividad de un programa de educación bucodental en centros escolares. Arch Odontoestomatol Prev Comunit. 1997;13:755-64.
13. OMS. Fluoruros y salud. Serie de monografías n.o 59.1.a ed. Ginebra: OMS; 1972.
14. Browne D, Whelton H, O'Mullane D. Fluoride metabolism and fluorosis. J Dent. 2005;33:177-86.
15. Amid I, Hasson H. Fluoride supplements, dental caries and fluorosis: A systematic review. J Am Dent Assoc. 2008;139:1457-68.
16. Sheiham A. Dietary effects on dental diseases. Public Health Nutr. 2001;4:569-91.
17. Bagramian RA, García-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. Am J Dent. 2009;22:3-8.
18. Hellwig E, Lennon AM. Systemic versus topical fluoride. Caries Res. 2004;38:258-62.
19. Robinson C. Fluoride and the caries lesion: interactions and mechanism of action. Eur Arch Paediatr Dent. 2009;10:136-40.

20. Marquis RE, Clock SA, Mota-Meira M. Fluoride and organic weak acids as modulators of microbial physiology. *FEMS Microbiol Rev.* 2003;26:493-510.
21. Clarkson JJ, McLoughlin J. Role of fluoride in oral health promotion. *Int Dent J.* 2000;50:119-28.
22. American Dietetic Association. The impact of fluoride on health. *J Am Diet Assoc.* 2000;100:1208-13.
23. Oliveby A, Twetman S, Ekstrand J. Diurnal fluoride concentration in whole saliva in children living in a high-and a low-fluoride area. *Caries Res.* 1990;24:44-7.
24. Palma C, Cahuana A, Gómez L. Guía de orientación para la salud bucal en los primeros años de vida. *Acta Pediatr Esp.* 2010;68:351-7.
25. American Academy of Pediatrics. Policy Statement: Preventive Oral Health Intervention for Pediatricians. *Pediatrics.* 2008;122:1387-94.
26. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk Targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6-16 year olds presenting for dental care. *SIGN.* 2000;47:1-33. Disponible en: www.show.scot.nhs.uk/sign/pdf/sign47.pdf
27. Stephen KW. Fluoride prospects for the new millenium-community and individual patient aspects. *Acta Odontol Scand.* 1999;57:352-5.
28. Riordan PJ. Dental fluorosis decline alter changes to supplement and toothpaste regimens. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:233-40.
29. Fernández Ronquillo, T. 2005. Educación para la salud. La salud para todos. Quito.
30. Ocampo, M. (Centro Dental Ocampo). Fecha del post (27 de enero de 2014). Las Enfermedades Bucales [Facebook]. Disponible en: <https://www.facebook.com/CentroDentalOcampo/posts/738213322856951>
[Consultado el 14 de abril de 2015]

31. Gilbert S F Developmental biology. Seventh ed. Sinauer Associates, Sunderland, Massachusetts. 2003.
32. Meikle M.C. Craniofacial Development, Growth and Evolution. First edition. Bateson Publishing, Bressingham, Norfolk, England.
33. Sperber G.H. Craniofacial Embriology. Dental Handbook. Fourth Edition. Wright. Great Britain.1989.
34. Kjaer I., Keeling J.W. & Fischer B. The Prenatal Human Cranium- normal and pathologic development. Munksgaard. 1999.
35. ALMARALES C. Conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas. Rev Cubana Estomatol v.45 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2008. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol45_2_08/est03208.htm Citado el 15 de enero del 2014.
36. BARRIOS D. Nivel de conocimientos sobre prevención en salud oral en gestantes del HONADOMANI “San Bartolomé”- MINSA, en el año 2012. [Tesis – Bachiller]. UNMSM. 2012.

VI. 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.

Genero.....

Edad:.....años

Distrito donde vive:.....

Grado de instrucción:.....

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 consideras que son medidas preventivas en Salud bucal?

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

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

- a) Antes del desayuno ()

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

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

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

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES

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

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

- c) Restos de alimentos y microorganismos ()
- d) No sé ()

10. La caries temprana en los niños es:

- a) La caries causada por dulces ()
- b) La caries que afecta los dientes de leche ()
- c) La caries causada por falta de aseo ()
- d) No sé ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

13. La gingivitis que da en la boca es:

- a) El dolor de diente ()
- b) La enfermedad de las encías ()
- c) Inflamación del labio ()
- d) No sé ()

14. ¿La enfermedad periodontal qué es?:

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los soportes del diente ()
- c) La pigmentación de los dientes ()
- d) No sé ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL

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

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

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

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

17. ¿Sabes cuántos dientes temporales tienen los niños?

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

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

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

6.2 CARTA DE PRESENTACION



ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Chimbote, Setiembre 28 del 2015

CARTA N° 0025-2015- CADI-ODONTOLOGIA-ULADECH Católica

Señor

LIC. LUIS ALBERTO MUÑOZ PACHECO

Director de la IE Augusto Salazar Bondy -Distrito de Nuevo Chimbote

Presente.

A través del presente, reciba usted el cordial saludo de la que suscribe, docente investigadora asesora de Tesis de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; con la finalidad de solicitar su autorización para llevar a cabo en su institución educativa la Investigación denominada:

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 6TO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "AUGUSTO SALAZAR BONDY" DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE – SETIEMBRE 2015"

Por lo tanto, solicito brindarle las facilidades del caso a la tesista Sr. JEANCARLOS PRADO JULCA 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;



[Handwritten signature]
LIC. EDITH ANTONIO ROSALES
DOCENTE INVESTIGADORA
UEA

DOCENTE TUTORA INVESTIGADORA

AENT/aent

C.c Archivo



6.3 UBICACIÓN



6.4 FOTOGRAFIAS



