



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM
VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO
CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015"**

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

Autora:

SOPLA PANDURO SUSY MARIBEL

Asesora:

Mg. C.D. Aída Nolasco Torres

CHIMBOTE-PERÚ 2015

TÍTULO

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM
VALLEJO MENDOZA" 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

Esta tesis se la dedico a Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la fe, ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres Humberto Soplá Ramos y Dolibeth Panduro Velásquez, por sus consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y por el apoyo con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, principios, mi carácter, empeño, mi perseverancia y coraje, para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos, por estar siempre presentes, incondicionales, acompañándome y apoyándome en todo lo que necesitaba para poder realizarme.

Y no puedo dejar de mencionar a la personita más importante de mi vida mi Alvarito, tú mi hijito que has sido y eres mi motivación, inspiración y felicidad, a ti mi amor, que también fuiste mi compañero de aulas, te dedico todos mis logros; gracias por tu paciencia, comprensión y por el tiempo que tuvimos que sacrificar al no poder estar juntos en este largo camino de mi formación profesional.

A mis grandes amigos, Juan Carlos; Diana y Lupe; ya que al no tener cerca a mi familia; se convirtieron en parte muy importante de mi vida, gracias por su amistad sincera, apoyo y aliento.

A mis maestros, por todas sus enseñanzas y experiencias impartidas, las cuales sabré poner en práctica, para todos ustedes mi cariño sincero y mi agradecimiento eterno.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, por haberme permitido desarrollarme como profesional en su casa de estudios.

A todos mis docentes por impartirme sus enseñanzas durante mi formación profesional, siempre los tendré presente y a mi asesora MG. CD. Aída Nolasco Torres.

Agradezco a las autoridades y estudiantes de la Institución Educativa “César Abraham Vallejo Mendoza”, por haberme dado la oportunidad de realizar mi investigación en su institución.

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 3ro de secundaria de la Institución Educativa "César Abraham Vallejo Mendoza" Distrito de Nuevo Chimbote, Setiembre-2015; para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 28 alumnos del grado en mención. El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; se relacionó el nivel de conocimiento con el género de los estudiantes. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En relación al nivel de conocimiento sobre salud bucal se obtuvo un nivel de conocimiento malo con 53,6 % y según género masculino el 35,7% tuvo un nivel malo, en el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas se obtuvo un nivel de conocimiento regular de 67.8%, y según género masculino el 35,7% un nivel regular; en el nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales se obtuvo un nivel de conocimiento malo de 78.6% de igual forma según género masculino con 46,4%, y en desarrollo dental se obtuvo un nivel de conocimiento malo con 89.3%, y según género masculino el 50% tuvo un nivel malo.

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

ABSTRACT

This research is observational, descriptive cross-sectional; main objective is to determine the level of knowledge of oral health in 3rd high school students of School "César Abraham Vallejo Mendoza" District of New Chimbote, September-2015; for which a structured voluntary survey was applied to 28 students of the degree in question. The level of knowledge on oral health was divided into level of knowledge about preventive measures, knowledge about oral diseases and dental knowledge sobre development; the level of knowledge with students' gender related. the results were divided into three levels: good, fair and bad. Regarding the level of knowledge on oral health knowledge level wrong with 53.6% and was obtained as male 35.7% had a bad level, at the level of knowledge on preventive measures regulate a level of knowledge was obtained 67.8% and by 35.7% male regular level; the level of knowledge about oral diseases a level of bad knowledge of 78.6% was obtained similarly as male with 46.4%, and dental development level of bad knowledge 89.3% was obtained, and according to the male gender 50% had a bad level.

Keywords: Dental Development, oral diseases, preventive measures, level of knowledge, 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..... | xii |
| | |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. REVISIÓN DE LITERATURA | 5 |
| 2.1 Antecedentes de la Investigación..... | 5 |
| 2.2 Bases Teóricas..... | 6 |
| III. METODOLOGÍA | 20 |
| 3.1 Tipo y diseño de la investigación | 20 |
| 3.2 Población y muestra | 20 |
| 3.3 Técnicas e instrumentos | 20 |
| 3.4 Plan de análisis..... | 22 |
| IV. RESULTADOS..... | 23 |
| 4.1 Resultados | 23 |
| 4.2 Análisis de resultados | 27 |
| V. CONCLUSIONES | 28 |
| 5.1 Conclusiones | 28 |
| 5.2 Aspectos complementarios | 28 |
| 5.3 Referencias bibliográficas | 31 |
| VI. ANEXOS..... | 34 |
| 6.1 Cuestionario..... | 34 |
| 6.2 Ubicación..... | 39 |
| 6.3 Fotografías..... | 40 |

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE -2015”.....23

TABLA N° 02:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL, SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015”24

TABLA N° 03:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE -2015”.....25

TABLA N° 04:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL SEGÚN GÉNERO, EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015”.....26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL, SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE -2015”.....23

GRÁFICO N° 02:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL, SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015”24

GRÁFICO N° 03:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE -2015”.....25

GRÁFICO N° 04:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL SEGÚN GÉNERO, EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA" DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015”.....26

I. INTRODUCCIÓN

El enfoque actual de cuidados de la salud nos menciona hace varios años que uno de los pilares más importantes de la misma es la prevención. Diversos estudios buscan soluciones y métodos muy efectivos para el control de enfermedades, la ciencia de la salud bucal no es ajena a esto y más aún tiende a dirigir medios hacia el cuidado temprano y la prevención de las enfermedades asociadas al complejo sistema de estructuras que la forman. Es así que el presente estudio estuvo dirigido a determinar niveles de conocimiento sobre salud bucal en un establecimiento de educación pública donde por diversas razones se han encontrado deficiencias sobre dichos conocimientos, además de ello la investigación busca manifestar a los dirigentes los fallos y hacer prevalecer la prevención mediante motivación y charlas dinámicas.

El presente estudio fue realizado en el Distrito de Nuevo Chimbote que es uno de los 9 distritos de la Provincia del Santa, ubicada en el Departamento de Ancash, perteneciente a la Región Ancash, Perú. Según los resultados del censo de población y vivienda del año 2012; la población del distrito de Chimbote para ese año era de 361.291 habitantes.¹

El Distrito de Nuevo Chimbote es una ciudad de la costa noroccidental del Perú, capital de la Provincia de la Santa, en el extremo noroeste del Departamento de Ancash. Se ubica a orillas del Océano Pacífico en la bahía El Ferrol, en la desembocadura del río Lacramarca. Chimbote es conocido por ser sede importante de la industria pesquera y siderúrgica del país, además de eje comercial de esta parte del Perú. A mediados del siglo XX, el puerto de Chimbote llegó a ser el puerto pesquero con mayor producción en el mundo. Debido a su ubicación en el trópico y la presencia de los Andes, la zona costera peruana, en la que se ubica Chimbote, presenta un clima desértico subtropical, de precipitaciones casi nulas. La temperatura oscila entre 28 °C en verano y 13 °C en invierno. Es

una población mayoritariamente compuesto por migrantes de costa y sierra. En la ciudad el idioma predominante es el castellano en su variante costeña, si bien una parte importante de los inmigrantes de mayor edad hablan el quechua ancashino en el ámbito familiar.

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. ²

La Educación para la Salud fue definida por la OPS y la OMS, como un campo especial de las ciencias de la salud, cuyo objetivo es la trasmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo, el colectivo y la sociedad. Por tanto esta educación interacciona de forma directa con las acciones de prevención primaria y secundaria y es fundamental para lograr que los individuos modifiquen sus comportamientos no saludables.

Como proceso de aprendizaje, la educación para la salud está orientada a fomentar conocimientos, crear una actitud positiva para el cambio de un comportamiento, desarrollar una habilidad de autocuidado, promover el cambio de un estilo de vida poco saludable, desarrollar habilidades de negociación, o crear una conciencia ciudadana para reclamar los derechos a la salud, entre muchos otros propósitos. Dicho de otra manera, se mueve en un amplio campo que va desde fortalecer o modificar, según el caso, los estilos de vida de los individuos o grupos más vulnerables, hasta capacitar a la población para que defienda sus espacios y alcanzar salud y calidad de vida.

En los problemas de salud bucal es necesario incidir con acciones de autocuidado desde la niñez. Debido a que las enfermedades bucales pueden aparecer desde temprana edad, son uno de los problemas de salud de

mayor prevalencia en el mundo y una vez declaradas no tienen curación espontánea, sin embargo, la mayoría son prevenibles con hábitos correctos de higiene, alimentación y conducta. ³

La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial a futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes. ⁴

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 las regiones de Ancash y el norte del país 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.

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, especialmente en nuestros estudiantes; 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.

Lo referido líneas arriba, han sido los motivadores para realizar el presente estudio, el cual, ha sido encaminado específicamente a analizar las concepciones que tienen los estudiantes de las Institución Educativa "César Abraham Vallejo Mendoza".

En tal sentido, el enunciado del problema fue ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 3ro de secundaria de la Institución Educativa "César Abraham Vallejo Mendoza" Distrito de Nuevo Chimbote,

Setiembre-2015? El objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes de 3ro de secundaria de la Institución Educativa “César Abraham Vallejo Mendoza” Distrito de Nuevo Chimbote, Setiembre- 2015; los objetivos específicos fueron formulados para determinar el nivel de conocimientos sobre medidas de prevención en Salud bucal, de las principales enfermedades bucales, y sobre desarrollo dental; según género.

La investigación estuvo justificada debido a que la ejecución del proyecto en el Distrito de Nuevo Chimbote es muy necesaria, ya que no existen estadísticas en nuestra población que nos demuestren que los niveles de conocimientos de salud bucal de los estudiantes de secundaria de la Institución Educativa “César Abraham Vallejo Mendoza “ sean los adecuados lo que nos permitió dar a conocer a la sociedad y hacer entender a las autoridades del distrito de Nuevo Chimbote y de la Región de Ancash la problemática de salud bucal persistente en nuestro distrito, con la finalidad de aportar elementos que enriquezcan las políticas de salud bucal para los estudiantes, y va a permitir tomar la decisión en los planos científico-técnico, administrativo y político para mejorar la calidad de salud bucal de nuestra colectividad, principalmente en los colegios.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

Guaylupo K. S. (Nuevo Chimbote, Marzo 2015) Publicó su trabajo de investigación desarrollado en la ciudad de Nuevo Chimbote, en estudiantes de 3ero de secundaria de la I.E. Pedro Pablo Atusparia de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal evaluando mediante una encuesta estructurada de manera voluntaria a 38 estudiantes de dicha institución en el mes de marzo. Los resultados sobre conocimiento en salud bucal concluyeron que el 63,2% mostró un nivel regular, el 36,8 % tuvo un nivel malo y el 00.0 % un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 55,3 % tuvo un nivel bueno, el 42.1 % un nivel regular y 2,6 % obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 81,6 % tuvo un nivel malo, el 10,5% un nivel regular, y 7,9% obtuvo un nivel bueno; y con respecto al desarrollo dental el 92,1 % tuvo un nivel malo, el 000 % tuvo un nivel bueno, y el 7,9 % mostró un regular. ⁵

Morillo Herrera E. K. (Chimbote, Setiembre 2014) Realizó un trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; teniendo como objetivo principal determinar nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 3ro de secundaria de la sección "C" de la I. E. politécnico nacional del santa Distrito de Chimbote departamento de Ancash setiembre 2014, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 20 estudiantes en dicha Institución. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se relacionó con el grupo etáreo y género. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal según la edad (14años) el 60% mostró un nivel regular, según género (masculino) el 50% tuvo un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas

preventivas según edad (14años), el 40 % tuvo un nivel bueno, según género (femenino), el 30 % tuvo un nivel bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales según edad (14años) el 40 % tuvo un nivel malo, según género (masculino) el 30 % tuvo un nivel malo; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes según edad (14años) el 35 % tuvo un nivel bueno, el 35 % un nivel regular, según género (masculino) el 35 % tuvo un nivel bueno; en cuanto a desarrollo dental según edad (14años) el 50 % tuvo un nivel malo, según género (masculino) el 45 % tuvo un nivel malo.⁶

2.2 Bases teóricas de la investigación

Nociones Generales-Salud Bucal

La Salud Bucal de la población peruana se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas. En el ámbito nacional, más del 95% de los peruanos presentan caries dental, de enfermedad Periodontal 85% y maloclusiones 80%. De manera similar los dientes son afectados por las caries desde muy temprano en la vida; por ejemplo, a los 12 años de edad el Índice de Dientes Cariados, Perdidos u Obturados en Dentición Permanente y Primaria (CPOD o ceod) es de prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que luego van incrementándose paulatinamente, conforme aumenta la edad, de tal manera que cuando se es adulto, se está parcial o totalmente desdentado.⁷

Esta realidad revela la necesidad de promover cambios trascendentales en la odontología que generen una nueva orientación, y formulación de estrategias y desarrollo de actividades acorde a las necesidades de la población. Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentales, pero las de mayor prevalencia son: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares. La

mayoría de los estudios miden la morbilidad bucal a través de los índices de caries dental.

Unos de los índices más utilizados a nivel mundial son el CPOD y el ceod. Ambos miden el promedio de piezas cariadas, obturadas y/o perdidas por caries, en dentición permanente y temporal respectivamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional a la salud bucal, reorientando sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas de salud.⁸

La promoción en salud es un medio de conseguir la salud para todos, es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social. De esta manera la promoción en salud depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, por lo tanto, la educación para la salud constituye su componente operativo esencial. Educación para la salud, es el proceso educativo (enseñanza aprendizaje) por el cual los individuos y colectividad aprenden a mejorar, a proteger o a recuperar su salud. En el presente, la Educación para la Salud se focaliza en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influido por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países. Esto, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud.⁹

Se requiere concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones que participan en el proceso de adopción de los comportamientos característicos de determinados estilos de vida: la familia, la escuela y eventualmente los lugares de trabajo.

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

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

Medidas preventivas en salud bucal

La promoción de la salud bucodental infantil incluye la prevención primaria de caries dental (CD), 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 años 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 dental son más eficientes que las recomendaciones frente a las maloclusiones o los traumatismos por lo que nos dedicaremos con mayor profundidad.¹⁰

La Caries Dental. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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.¹¹

Esta enfermedad 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 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 de caries dental en la infancia, todos los niños pueden padecerlo, pero existen grupos de riesgo que tienen mayor probabilidad a 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.¹²

El Flúor

El empleo del flúor cuando se consume en cantidades óptimas, se puede conseguir aumentar la mineralización dental y la densidad ósea, reducir el riesgo y prevalencia de caries además ayuda a la remineralización del esmalte en todas las épocas de la vida. Desde 1909 se conoce el efecto preventivo del F sobre la CD. Los trabajos de Cox, Dean y Armstrong permitieron concluir que el F aumentaba la resistencia a esta patología, pero producía manchas en el esmalte, y que la concentración de 1 ppm de fluoruro en el agua se relacionaba con la máxima reducción de Caries y el mínimo porcentaje de moteado dental. Este moteado dental se denominó más tarde fluorosis dental (FD) debido a su relación causal con el Flúor.

En las últimas décadas, la prevalencia de esta enfermedad 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 dental. Sin embargo, de nuevo se asiste a un aumento de prevalencia, posiblemente por un abandono de las medidas de salud pública anteriores.

Mecanismos de acción del flúor

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 estable.

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 dental.

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

Reducción de la producción de polisacáridos de la matriz extracelular en la placa dental.

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.¹³

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. 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 fuerza. 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 del 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 niño¹⁴

Dieta

La dieta no sólo es importante para su salud general, sino también para su salud oral. Si no se sigue una dieta adecuada, es más probable que desarrollemos caries dental y enfermedades de las encías. Las mujeres embarazadas necesitan una dieta adecuada para que el desarrollo de los dientes de sus hijos se lleve a cabo normalmente. En niños existe especialmente una relación de riesgo entre la presencia de desnutrición con las caries y la cronología de la erupción. La

malnutrición influye desfavorablemente en lo referente al crecimiento y desarrollo craneofacial y constituye un antecedente adverso que puede conllevar diversas secuelas entre las que se encuentran: alteraciones en la calidad y textura de ciertos tejidos (hueso, ligamento periodontal y dientes).

El estado de salud bucal se asocia de forma significativa al estado nutricional pudiendo determinar aparición más elevada de caries dental, mayor prevalencia de gingivitis en los niños e incremento de la frecuencia de maloclusiones. Podemos encontrar defectos del esmalte dental asociados a endocrinopatías desnutrición proteica, hipocalcemia, déficits vitamínicos y minerales, en el contexto de enteropatías (enfermedad celiaca, diarrea no específica). También se han señalado defectos en el esmalte dental secundarios a exceso/intoxicación por vitamina D, fluoruros u otros minerales.

Los estudios epidemiológicos demuestran que la leche humana y la lactancia materna en los niños favorecen el desarrollo físico y nutricional y supone unas ventajas psicológicas, sociales, económicas y ambientales, a la vez que disminuye significativamente el riesgo de padecer un importante número de enfermedades crónicas y agudas. Así, la lactancia materna, y como tal, la leche materna por sí sola, no resulta cariogénica. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que, en combinación con otros carbohidratos o administrada con un alta frecuencia por la noche o a demanda del niño, se asocia a caries tempranas. El riesgo de desarrollar caries dental es mayor si los azúcares son consumidos muy frecuentemente y están en una forma de presentación tal que el alimento queda en la boca durante períodos largos. La sacarosa es el azúcar más cariogénico, ya que puede formar glucano, una sustancia que permite una mayor adherencia bacteriana a los dientes y condiciona la difusión de ácido y los buffers en la placa. El consumo frecuente y elevado de bebidas edulcoradas con azúcar

y la falta de cepillado dental normal son considerados los factores que más se asocian al desarrollo de caries dental. Es aconsejable evitar el picoteo entre comidas y limitar el consumo de azúcares a las horas de las comidas. Se ha visto que alimentos que contienen entre un 15 y un 20% de azúcares, especialmente sacarosa, son de los más cariogénicos, sobre todo, si se toman entre comidas. Existen otros carbohidratos como la fructosa, con mayor poder edulcorante que la sacarosa completa, pero con menor poder cariogénico. Del mismo modo, el xilitol, al no ser utilizado por los microorganismos para producir ácidos, no resulta cariogénico, e incluso tendría un efecto anticaries al incrementar el flujo salival, aumentar el pH y al reducir los niveles de *Streptococcus mutans* por interferir con su metabolismo. Existen diferentes alimentos que pueden tener efectos cariostáticos. En estudios con animales se ha observado que las comidas con alto contenido en grasas, proteínas, calcio y flúor pueden proteger frente la caries dental. Las grasas cubren el diente, reduciendo la retención de los azúcares y la placa, además, pueden tener efectos tóxicos sobre las bacterias. Las proteínas incrementan la capacidad tampón de la saliva y tienen efecto protector sobre el esmalte. Conjuntamente, las grasas y proteínas elevan el pH tras la ingesta de carbohidratos. Otro tipo de alimentos con este perfil protector serían aquellos que, a través de su masticación, estimulan el flujo salival y, de esta forma, se tampona el pH ácido y se favorece la remineralización del esmalte. Los chicles sin azúcar usan edulcorantes acalóricos que pueden ayudar a prevenir la caries dental. El sabor dulce y la masticación estimulan el flujo de saliva, lo que contribuye a la prevención de caries. Estos chicles pueden contener minerales como calcio, fosfato y flúor, para mejorar el proceso de remineralización del diente. Algunos estudios han informado de que los chicles sin azúcar consumidos tras una comida aceleran la limpieza de los restos de alimentos y reducen la tasa de desarrollo de caries en los niños y adolescentes.¹⁵

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.¹⁶

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 caries 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.¹⁷

Desarrollo Dental

Desarrollo de los dientes y la oclusión temporal

El desarrollo de la dentición, como ya se mencionó, es un proceso íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares. La calcificación de los dientes, desde la vida intrauterina, la erupción de los dientes temporales y posteriormente, la de los permanentes, y el proceso de reabsorción de las raíces de los temporales, constituyen una serie de fenómenos muy complejos que explican el porqué de la frecuencia de anomalías en la formación de la dentición definitiva y en la correspondiente oclusión dentaria. El conocimiento del proceso de calcificación y erupción de

los dientes, tanto temporales como permanentes es indispensable para el estomatólogo general, lo que le ayudara a determinar alteraciones que conducirán a la formación de anomalías y así tomar lo antes posible, las medidas que impidan el agravamiento de las mismas.

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

Calcificación.

Erupción dentaria.

Factores que regulan y afectan la erupción.

El período de dentición mixta

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

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

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

La utilización del perímetro del arco.

Cambios adaptativos en la oclusión que ocurren durante el cambio de una dentición a otra.

Utilización del perímetro del arco

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

Erupción de los dientes permanentes

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

Los dientes permanentes no comienzan el movimiento eruptivo hasta después que se ha completado la corona y pasan por la cresta del proceso alveolar cuando se ha formado aproximadamente dos tercios de su raíz y perforan el margen gingival cuando más o menos tres cuartos de su raíz está formada. Para poder recordar mejor las fechas de erupción de los dientes permanentes se puede aceptar que salen con un intervalo de un año entre cada grupo de dentario. En la dentición permanente también es normal que los dientes inferiores salgan antes que los superiores. Los terceros molares, no tienen precisión en su erupción considerándose normal entre 18 y 30 años. Para facilitar el estudio brindamos el siguiente 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 ortodrómico, 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. ¹⁸

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 conformaron todos los 45 estudiantes de 3ro de secundaria de la Institución Educativa "César Abraham Vallejo Mendoza" Distrito de Nuevo Chimbote, Setiembre-2015.

Muestra

La muestra no probabilística estuvo conformada por 28 alumnos de 3ro de secundaria de la Institución Educativa "César Abraham Vallejo Mendoza" distrito de Nuevo Chimbote, Setiembre-2015, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Muestreo

La modalidad de selección de los alumnos fue al azar.

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 alumnos del 3er grado de secundaria y se realizó en el mes de Setiembre del 2015.

Criterios de inclusión

A todos los alumnos del tercer grado de educación secundaria registrados en lista que aceptaron participar.

Criterios de exclusión

Alumnos fuera de la condición seleccionada para el estudio.

Alumnos que no estuvieron presentes el día de la encuesta.

El cuestionario en mención tuvo información adicional que consignaron los alumnos para cumplir los objetivos específicos de este estudio.

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 de conocimiento sobre salud bucal (Anexo1).

3.4 Plan De Análisis

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

IV. RESULTADOS

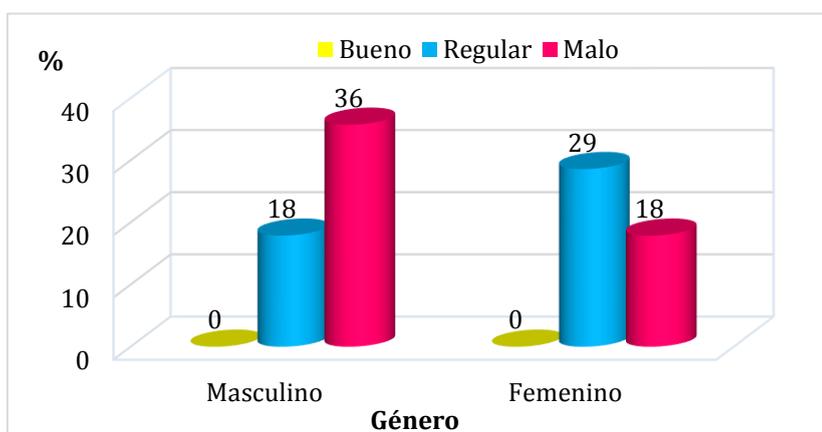
4.1 Resultados

TABLA N° 01 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015”

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | N | % | n | % | N | % | n | % |
| Masculino | 0 | 0,0 | 5 | 17,9 | 10 | 35,7 | 15 | 53,6 |
| Femenino | 0 | 0,0 | 8 | 28,6 | 5 | 17,9 | 13 | 46,4 |
| Total | 0 | 0,0 | 13 | 46,4 | 15 | 53,6 | 28 | 100,0 |

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

GRÁFICO N° 01 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA”, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE- 2015”



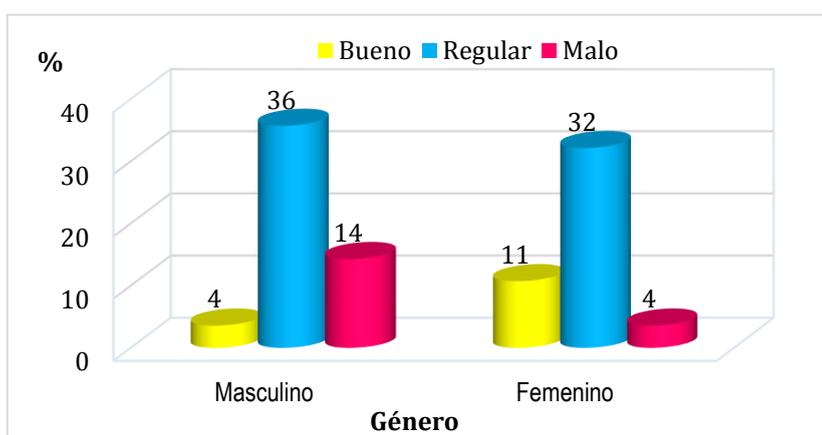
Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015”

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|------|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | N | % | n | % | N | % | n | % |
| Masculino | 1 | 3,6 | 10 | 35,7 | 4 | 14,3 | 15 | 53,6 |
| Femenino | 3 | 10,7 | 9 | 32,1 | 1 | 3,6 | 13 | 46,4 |
| Total | 4 | 14,3 | 19 | 67,8 | 5 | 17,9 | 28 | 100,0 |

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

GRÁFICO N° 02 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN BUCAL SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015”



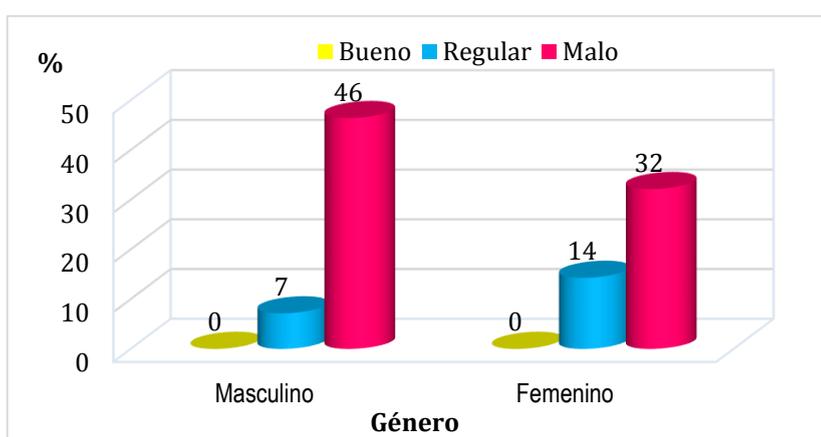
Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE- 2015”

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | N | % | n | % | N | % | n | % |
| Masculino | 0 | 0,0 | 2 | 7,1 | 13 | 46,4 | 15 | 53,6 |
| Femenino | 0 | 0,0 | 4 | 14,3 | 9 | 32,1 | 13 | 46,4 |
| Total | 0 | 0,0 | 6 | 21,4 | 22 | 78,6 | 28 | 100,0 |

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

GRÁFICO N° 03 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE- 2015”



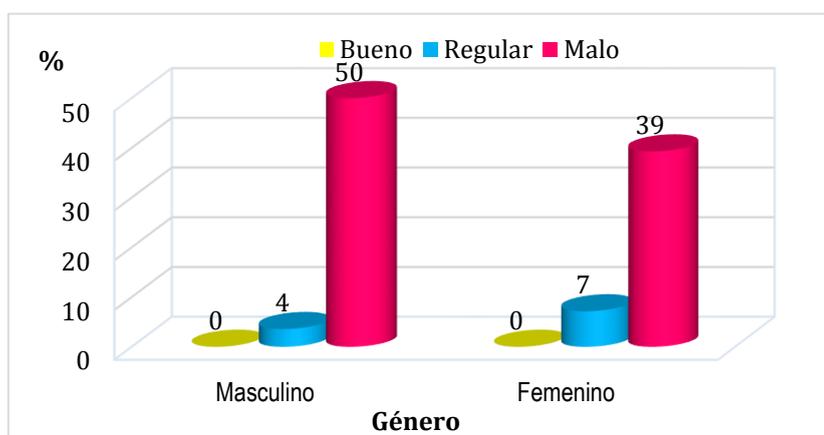
Fuente: Tabla N°03

TABLA N° 04 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE-2015”

| Genero | Nivel de conocimiento | | | | | | Total | |
|-----------|-----------------------|-----|---------|------|------|------|-------|-------|
| | Bueno | | Regular | | Malo | | | |
| | N | % | n | % | N | % | n | % |
| Masculino | 0 | 0,0 | 1 | 3,6 | 14 | 50,0 | 15 | 53,6 |
| Femenino | 0 | 0,0 | 2 | 7,1 | 11 | 39,3 | 13 | 46,4 |
| Total | 0 | 0,0 | 3 | 10,7 | 25 | 89,3 | 28 | 100,0 |

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

GRÁFICO N° 04 “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL SEGÚN GÉNERO EN ESTUDIANTES DE 3RO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA “CÉSAR ABRAHAM VALLEJO MENDOZA” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, SETIEMBRE -2015”



Fuente: Tabla N°04

4.2 Análisis de resultados

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal es de 53,6% correspondiente a un nivel malo, (ver tabla N°01). Muy diferente al estudio de Guaylupo que obtuvo el 63,2% en el nivel Regular.

Sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal, en la cual se obtuvo el porcentaje 67,8% en el nivel regular (ver tabla N°02); en contraste con el estudio de Guaylupo que obtuvo un nivel bueno con el 55,3 %.

Con respecto a las principales enfermedades bucales, como se aprecia en los resultados presentados 78,6% de los encuestados presentó un conocimiento malo (ver tabla N°03); similar a lo obtenido por Guaylupo que obtuvo 81,6% de conocimiento Malo en esta dimensión.

Acercas del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, el mayor porcentaje 89,3% poseen un conocimiento malo (ver tabla N°04), a similitud del estudio de Guaylupo donde alcanzó también 92,1% de nivel malo.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indican que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal según género es de 53,6% nivel malo (masculino 35,7%) (Ver tabla N°01)

Sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal según género, éste obtuvo el porcentaje de 67,8% correspondiente a un nivel regular (masculino 35,7%) (Ver tabla N°02)

Con respecto a las principales enfermedades bucales según género, como se aprecia en los resultados presentados 78,6% de los encuestados presentó un conocimiento malo (masculino 46,4%) (Ver tabla N°03)

Acerca del conocimiento sobre el desarrollo dental, el mayor porcentaje 89,3% poseen un conocimiento malo (masculino 50%) (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, sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y en desarrollo dental, valorado por una escala de medición de Bueno con 13 a 18 respuestas correcta, Regular con 6 a 13 respuestas correctas y de Malo con 0 a 5 respuestas correctas con los indicadores señalados en las preguntas del cuestionario de salud bucal para estudiantes determinado para la investigación.

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 condición orgánica que distingue al hombre de la mujer

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 | |
| COVARIABLES | | | |
| COVARIABLES | ESCALA | | INDICADOR |
| Género | Hombre Mujer | | Cuestionario |

5.3 Referencias Bibliográficas

1. Municipalidad de Nuevo Chimbote. (Página en internet). Nuevo Chimbote: Municipalidad Nuevo Chimbote. 2014. (05/07/15). Disponible: <http://www.muninuevochimbote.gob.pe/paginas/2/1/historia.html>.
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. 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.
4. Gustavo Aliaga, Miguel Durand. Diagnóstico de la situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú. Revista Peruana de Epidemiología. Abril 2008; 12 (1).
5. Guaylupo Flores K. Nivel de conocimiento sobre atención odontológica a gestantes según genero de los estudiantes de la IE "Pedro Plablo Atusparia 88227", Distrito De Nuevo Chimbote, Marzo 2015 [Tesis no publicada, para optar el título profesional de cirujano dentista] ULADECH Católica 2015.
6. Morillo Herrera EK. Nivel De Conocimiento Sobre Salud Bucal En Estudiantes De 3ro De Secundaria De la I. E. Politécnico Nacional Del Santa Distrito De Chimbote Departamento De Ancash Setiembre 2014". [Tesis no publicada para obtener el título de cirujano dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2014.
7. Ministerio de Salud.2009. Ayuda memoria del comité Técnico permanente y Comité Consultivo de Salud Bucal. Ubicado en http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/sbucal/am_comite.asp

8. 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.

9. Lamas C, Hernández R, Añé B. Evaluación de 2 métodos educativos sobre higiene bucal. Rev Cubana Estomatol 1987; 24(1):101-12.

10. Aliaga Torrico N. “Métodos de evaluación de dieta cariogénica” Investigación bibliográfica. [Artículo en línea], 2010. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en:

<http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/NOELALIAGATORRICO.pdf>

11. Organización mundial de salud. Salud Bucodental. Nota informativa N° 318 [Revista en línea]. Febrero 2007. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>.

12. De la cruz Rubianes E, Evangelista Rodríguez, J. determinación del riesgo estomatológico en niños de 5 a 12 años que acuden a la clínica de pregrado de la facultad de odontología de la unmsm en el año, trabajo de investigación [artículo en línea]. 2008. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/evangelista_ri.pdf.

13. Ariza Villanueva C. Cabrera Pérez R, otros. Posología y Presentación de los Fluoruros Tópicos En Nuestro Medio-Fluorosis Dental. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN. [Artículo en línea]. 2009 [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/salcedo_rr.pdf

14. Belkys Ferrer C, Osvaldo Villares P evaluación del tratamiento y prevención de la caries dental con fluoruro diamino de plata al 38% en escolares de primaria. Trabajo para optar por el título de especialista en estomatología. Trabajo de Investigación [Artículo en línea], 2002. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/fluorurodiamino.pdf>

15. González Sanz A. González Nieto B. y González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Revista Cielo. [Revista en línea]. 2013; 28 supl.4:pp. 64-71. [Citado 20 de junio 2015]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0212-16112013001000008&script=sci_artt

16. Faleiros Chioca S, Urzúa Araya I otros. Uso de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en población infanto-juvenil: Trabajo de Investigación. [Artículo en línea]. 2013; 6(1): 14-19,. [Citado 30 de Octubre 2014]. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/piro/v6n1/art03.pdf>

17.-EPE Productos de Higiene Bucal, S.L. La enfermedad periodontal, Revista [revista en línea]. 2012. [Citado 20 de junio 2015]. Disponible en:http://www.tepe.com/fileadmin/uploads/2012_redesign_files/PDF_s/ES/184ES.pdf

18.- 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>

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:.....

- Secundaria ()

II. CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

Instrucciones:

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

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS

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

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental ()

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

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

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

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

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

- c) Cuando duele algún diente ()
- d) Cuando salgan todos los dientes ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES

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

- a) Restos de dulces y comida ()
- b) Manchas blanquecinas en los dientes ()
- c) Restos de alimentos y microorganismos ()
- d) No sé ()

10. La caries temprana en los niños es:

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

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

13. La gingivitis que da en la boca es:

- a) El dolor de diente ()
- b) La enfermedad de las encías ()
- c) Inflamación del labio ()

d) No sé ()

14. ¿La enfermedad periodontal qué es?:

a) Heridas en la boca ()

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

c) La pigmentación de los dientes ()

d) No sé ()

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL

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

a) A las 6 semanas de gestación ()

b) A los 6 meses de gestación ()

c) A los 6 meses de nacido ()

d) No sé ()

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

a) 1 ()

b) 2 ()

c) 3 ()

d) No sé ()

17. ¿Sabes cuántos dientes temporales tienen los niños?

a) 10 ()

b) 20 ()

c) 24 ()

d) No sé ()

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

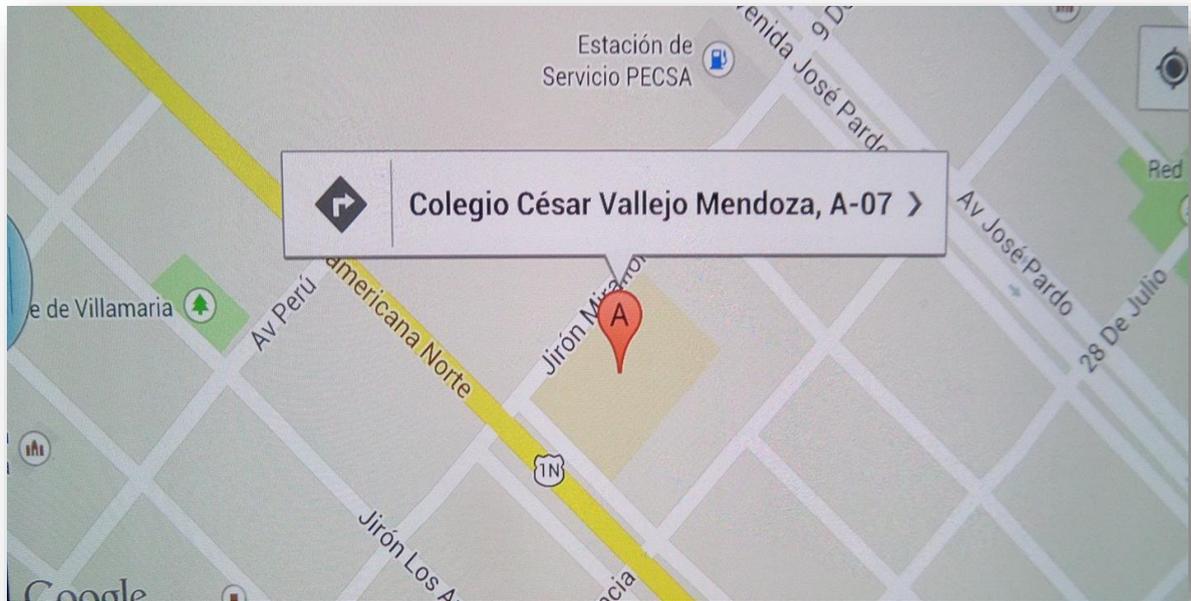
a) A los 3 meses de nacido ()

b) A los 6 meses de nacido ()

c) Al año de nacido. ()

d) No sé ()

6.2 UBICACIÓN



Institución Educativa "Cesar Abraham Vallejo Mendoza" Distrito De Nuevo Chimbote

6.3 FOTOGRAFÍAS



Investigadora SOPLA PANDURO SUSY MARIBEL en el frontis del colegio



Investigadora SOPLA PANDURO SUSY MARIBEL entregando carta de presentación



Investigadora SOPLA PANDURO SUSY MARIBEL ejecutando recolección de datos mediante el cuestionario de salud bucal

