



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA
EN I.E.P. “PETER NORTON”, DISTRITO DE NUEVO
CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN
ANCASH EN EL AÑO 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

**AUTORA:
CASTAÑEDA COTOS LUCERO MADELEINE**

**ASESOR:
Mgtr. WILFREDO RAMOS TORRES**

**CHIMBOTE- PERÚ
2016**

TÍTULO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN
ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P.
“PETER NORTON”, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015”**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE
PRESIDENTE

Mgtr. SALLY CASTILLO BLAZ
SECRETARIO

Mgtr. WALTER CANCHIS MANRIQUE
MIEMBRO

DEDICATORIA

A mis padres por brindarme su ayuda incondicional y su amor infinito desde el inicio hasta el final en esta etapa de mi vida profesional.

A mis amigos y demás personas que estuvieron siempre conmigo haciendome llegar sus buenos deseos y palabras de aliento.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme y bendecirme haciendo posible culminar mi carrera profesional, por ayudarme alcanzar una de mis mayores metas.

A mis padres por su ayuda incondicional al brindarme una carrera profesional que me ayudará toda una vida a salir adelante y crecer como profesional.

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote y a los docentes que laboran en ella por todos sus conocimientos y enseñanzas compartidas para mi vida profesional.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. "Peter Norton" Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015. La investigación fue de diseño descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. La muestra estuvo conformada por 26 escolares de la I.E.P. "Peter Norton" a los cuales se les aplico un cuestionario de 18 preguntas, aplicando como técnica la encuesta. En nivel de conocimiento sobre Salud bucal 92.3% regular, 0% bueno y 7,7% malo. En cuanto al conocimiento en medidas preventiva 50% bueno, 50% regular y 0% malo, en el conocimiento sobre enfermedades bucales 61,5% regular, 38,5% malo, 0% bueno y en desarrollo dental 73,1% malo 3,8% bueno y 23,1% regular. Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. "Peter Norton" Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015 es un nivel regular.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, Salud bucal y medidas preventivas.

ABSTRACT

This research study was to determine the level of knowledge on oral health in school 4th grade secondary I.E.P. "Peter Norton" District of New Chimbote, Province of Santa, Ancash Region in 2015. The research was descriptive and observational cross-level design. The sample consisted of 26 students of the I.E.P. "Peter Norton" to which we applied a questionnaire of 18 questions, using as interview technique. Level of knowledge on oral health 92.3% regular, 0% good and 7.7% bad. On knowledge on preventive measures 50% good, 50% regular and 0% bad, on knowledge of oral diseases 61.5% regular, 38.5% bad and 0% good, finally, in dental development 73.1% bad, 3.8% good and 23.1% regular. Concluding that the level of knowledge on oral health in school 4th grade secondary I.E.P. "Peter Norton" District of New Chimbote, Province of Santa, Ancash Region in 2015 is a regular level.

Keywords: Level of knowledge, oral health and preventive measures

CONTENIDO

| | |
|---|------|
| TÍTULO..... | ii |
| JURADO EVALUADOR DE TESIS..... | iii |
| DEDICATORIA..... | iv |
| AGRADECIMIENTO..... | v |
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT..... | vii |
| CONTENIDO..... | viii |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | ix |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS..... | x |
| I INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II REVISIÓN DE LITERATURA..... | 5 |
| 2.1. Antecedentes..... | 5 |
| 2.2. Bases teóricas..... | 7 |
| III METODOLOGÍA..... | 24 |
| 3.1 Diseño de la investigación..... | 24 |
| 3.2 Población y muestra..... | 24 |
| 3.3 Técnica e Instrumento..... | 25 |
| 3.4 Definición y operacionalización de variables e indicadores..... | 26 |
| 3.5 Plan de análisis..... | 27 |
| 3.6 Matriz de consistencia..... | 28 |
| 3.7 Principios éticos..... | 29 |
| IV RESULTADOS..... | 30 |
| 4.1 Resultados..... | 30 |
| 4.2 Análisis de resultados..... | 34 |
| V CONCLUSIONES..... | 35 |
| Recomendaciones..... | 36 |
| Referencias bibliográficas..... | 37 |
| Anexos..... | 41 |

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01

Nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.”.....30

TABLA N° 02

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.”.....31

TABLA N° 03

Nivel de conocimiento sobre las enfermedades bucales en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.”.....32

TABLA N° 04

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.”.....33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01

Nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.”.....30

GRÁFICO N° 02

Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.”.....31

GRÁFICO N° 03

Nivel de conocimiento sobre las enfermedades bucales en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.”.....32

GRÁFICO N° 04

Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.”.....33

I.- INTRODUCCIÓN

La educación en salud bucal está íntimamente relacionada con la promoción, prevención, curación y rehabilitación, pues en cualquiera de las etapas del proceso salud - enfermedad es necesaria la educación sanitaria, para lo cual es fundamental conocer el diagnóstico de conocimiento de la población en salud bucal y el diagnóstico del estado de salud bucal, ya que según los problemas de salud detectados se realiza el enfoque educativo; de acuerdo con ambos elementos se aplicarán las técnicas educativas y se seleccionará la temática de salud, según se vaya a ejecutar de forma masiva en las instituciones, grupal en las familias o de persona a persona en el consultorio.¹

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, alcanzar salud y calidad de vida.²

Por otro lado el sistema escolar constituye un escenario donde, por excelencia, la educación para la salud juega un importante papel. En este campo, los países avanzan en la implantación de convenios y pactos sociales entre el sector educativo y el de la salud. La motivación de realizar los programas de educación para la salud parte del reconocimiento de que los niños son los actores sociales del mañana, y de que el sistema escolar es una instancia donde todos los niños tienen acceso a la información y al conocimiento que necesitan para construir hábitos de vida saludables.³

En los problemas de salud bucal es necesario incidir con acciones de auto cuidado 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.⁴ El equipo de salud, los padres y maestros, juegan un papel fundamental como inductores a la higiene bucal de los niños y son los principales responsables de su asistencia al estomatólogo.

Es en la escuela donde se encuentra el grupo mayor y más homogéneo, al que debe dedicarse la educación para la salud. Por un lado los niños no sólo tienen desarrolladas al máximo las capacidades cognitivas, sino que además se encuentran en una edad en la que están ansiosos por adquirir habilidades nuevas, además de que viven la etapa de mayor riesgo para desarrollar problemas dentales y por otro lado los adolescentes son un grupo etario de gran importancia, debido a que el impacto que se pueda tener sobre sus conductas va a influir en el desarrollo de estilos de vida que influyan en generaciones posteriores.^{5,6}

La Institución Educativa Privada "Peter Norton" fue creada el 6 de Marzo de 1996, cuentan con una plana docente especializada que desempeña su labor docente en educación inicial 3, 4 y 5 años, educación primaria desde 1ero hasta 6to grado y educación secundaria desde 1ero hasta 5to grado. Se encuentra ubicado en la Urb. Bruces Mz. J Lotes 24 y 25, Nvo. Chimbote. Bajo la evocación de su patrono "Peter Norton" quien fue un distinguido informático y filántropo quien en los 80, produjo una herramienta informática sobre el recuperado de datos sobre discos del Sistema operativo DOS, eso le llevó a la fama y siguió desarrollando software de tipo herramienta como el mítico Norton Utilities; de este glorioso colegio han salido diversas promociones que durante sus 23 años de servicio educativo a la población sureña, ha intervenido en diferentes concursos a nivel departamental, regional y nacional; tanto culturalmente como deportivamente, habiendo acumulado muchos éxitos a través de su historia institucional.⁷

En ese marco, sigue presente en nuestro entorno los altos índices epidemiológicos bucales de enfermedades prevalentes, principalmente en nuestra zona de influencia; como lo señalan estudios exploratorios previos realizados en la región de Ancash que

así lo demuestran hechos que nos preocupan y que esperamos contribuir para superarlos.

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

La educación para la salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades.⁸

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas. La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.⁹

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 en los estudiantes e identificar las deficiencias para plantear en un futuro, mejores programas odontológicos para disminuir los altos índices de enfermedad bucal.

El presente estudio nace de la necesidad de conocer ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Region Ancash en el año 2015? El Objetivo general de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015 y el objetivo específico fue para: Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en Salud bucal, establecer el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales, y el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en

escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.

La investigación se justifica porque la ejecución del proyecto en el distrito de nuevo Chimbote es muy necesaria, debido a que existen escasos datos estadísticos en nuestra población sobre los niveles de conocimientos de salud bucal de los estudiantes de nivel secundaria 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

Segura, E. (Nuevo Chimbote 2015). Realizo un trabajo de investigación que tuvo como objetivo principal determinar el “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado de secundaria de Institución Educativa Particular “Santo Tomas El Apóstol”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash, Setiembre 2015“, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria 24 participantes en dicha Institución. Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos indica que el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal es regular con un 87,5% de los estudiantes encuestados, sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en la cual se obtuvo el porcentaje 70,8 % en el nivel regular, con respecto a las principales enfermedades bucales, como se aprecia en los resultados presentados obtuvo el 66,7% con un nivel regular, y del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, el 50% poseen un conocimiento malo.¹⁰

Solano, J. (Nuevo Chimbote 2015). Realizó su investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; con el objetivo principal determinar el “Nivel de Conocimiento Sobre Salud Bucal en estudiantes de 4to De Secundaria de La Institución Educativa “Cesar Abraham Vallejo Mendoza” del Distrito de Nuevo Chimbote - Junio 2015” para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 28 participantes. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 75% mostró un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 82% tuvo un nivel regular, sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 64% tuvo un nivel malo, por último, en desarrollo dental el 61% tuvo un nivel malo.¹¹

Paredes, L. (Nuevo Chimbote 2015). El presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes

de 4to grado secundariade I.E.N “Augusto Salazar Bondy 88047”, distrito de Nuevo Chimbote, Marzo 2015, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 32 participantes en dicha institución. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 68,8 % mostró un nivel regular, el 28,1 % tuvo un nivel malo y 3,1 % un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 62.5 % tuvo un nivel regular, el 34,4 % un nivel bueno y 3,1 % obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 81,3 % tuvo un nivel malo, el 18,8 % un nivel regular, y 0 % obtuvo un nivel bueno; por último, en desarrollo dental el 93,8 % tuvo un nivel malo, el 0 % tuvo un nivel regular, y el 6,3 % mostró un nivel bueno.¹²

Jara, Y. (San Juan de Miraflores 2014). El presente trabajo de investigación es de tipoobservacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 4to año de educación secundaria de la I.E.P. “Jesús Obrero” en el distrito de San Juan de Miraflores en Diciembre del 2014, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 28 participantes en dicha Institución. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 67,9% mostró un nivel regular, el 25,0% tuvo un nivel malo y 7,1% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, 60,7 % tuvo un nivel regular, 25,0% un nivel bueno y 14,3% obtuvo un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 60,7% obtuvo un nivel malo, el 39,3% un nivel regular, 0,0% tuvo un nivel bueno; por último, en desarrollo dental el 82,1% tuvo un nivel malo, el 17,9% mostró un nivel regular y el 0,0% tuvo un nivel bueno.¹³

2.2 Bases Teóricas de la Investigación

2.2.1 SALUD BUCAL

Definición

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS, la salud se define como: “El pleno goce de bienestar físico social y mental del individuo o comunidad y no solamente la ausencia de enfermedades”. La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto la salud es integral y no sólo la ausencia de enfermedad.

La salud, constituye un derecho y al mismo tiempo una responsabilidad de todos y constituye un elemento indispensable en el desarrollo de la persona, la familia, la sociedad y el país. Por salud bucal se entiende el bienestar estructural y funcional de todos los órganos constituyentes de la cavidad bucal o boca, así como de otras estructuras que colaboran al buen funcionamiento de la misma. Cuando se habla de salud bucal no debe limitarse el concepto a pensar únicamente en dientes, encías, mucosa oral, todas relacionadas con el proceso masticatorio, ya que la cavidad oral también desempeña otros tipos de funciones.

La salud bucal es un componente fundamental de la salud, definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales.¹⁴

La organización mundial de la salud OMS define a la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico.¹⁵

Características epidemiológicas de la enfermedad bucodental

Actualmente la salud bucal se considera una parte integral del complejo

craneofacial que participa en funciones como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad bucal, como el sida o la diabetes, así como las deficiencias nutricionales. Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal encontramos a la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones.

En las últimas décadas, las evidencias sobre la dramática situación de la salud bucal en el país son alarmantes. En el 2001, último año en que se hizo una evaluación nacional en escolares de 6 a 15 años de edad, se encontró una prevalencia de caries dental de 90,7% y de fluorosis de 35,7%. El índice CPOD (índice que mide el número promedio de dientes permanentes con experiencia de caries dental) estaba en 5,7, aunque fluctuaba entre 8,3 en Ayacucho y 3,5 en Ancash. En los niños de 12 años de edad este índice se encontraba en 3,9. La prevalencia de enfermedad periodontal es de 85%, se estima que la prevalencia de maloclusiones es de 80%. En cuanto al edentulismo (ausencia parcial o total de piezas dentarias) no se dispone de datos oficiales sobre su prevalencia a nivel nacional, sin embargo la evidencia empírica indica que esta es muy alta en particular en las personas adultas mayores. Se estima que la prevalencia del cáncer bucal en nuestro país es de 3% presentando una tendencia a incrementarse. Las enfermedades bucales fueron la segunda causa de consulta externa en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y representaron 10% de todas las consultas en 2004. De todas las consultas odontológicas, 20,6% fueron para exodoncias y 18% para obturaciones. A pesar de la gran demanda de servicios odontológicos, sólo 16% de los aproximadamente 7100 establecimientos de salud del MINSA cuentan con este servicio y el número de odontólogos que laboran en ellos no se ha incrementado en los últimos años (1.681 en 2002 y 1.607 en 2004). En el 2005, en el Ministerio de Salud, el Seguro Social y las Empresas Prestadoras de Salud, que en su conjunto prestan servicio a alrededor del 80% de la población, se encontraban trabajando sólo 3.614 odontólogos, cifra muy

inferior al caso de otras profesiones de salud (23.804 médicos, 21.332 enfermeras, 8.104 obstetras). Ese mismo año, la tasa de odontólogos por 10.000 habitantes fue de 1,7.

El Seguro Integral de Salud facilita el acceso a la atención básica de salud bucal de la población pobre, dispersa, infantil y gestante sin protección social en salud, sin embargo las evidencias mostradas indican que la oferta disponible es aún deficitaria para la demanda potencial. A nivel latinoamericano el Perú presenta un deficiente nivel de salud bucal, superado por países vecinos como Chile, Brasil, Colombia entre otros. Lograr cambiar esta dramática situación requiere de la participación activa de todos los sectores involucrados y la ciudadanía organizada que represente a amplios sectores de nuestra población que sufren día a día las dolencias y una baja calidad de vida como consecuencia de la crónica indiferencia de los gobiernos de turno para atender las necesidades de salud bucal en las últimas décadas. ¹⁶

En agosto del 2007 se crea mediante RM N° 649 – 2007 la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal (ESNSB), formulándose seis políticas: Primera política: priorización y fortalecimiento de las intervenciones de promoción y prevención en salud bucal.

Segunda política: Desarrollo de la Atención Estomatológica según el modelo de atención integral de salud en el sistema de aseguramiento

Tercera política: Consolidación del sistema único de información en salud bucal a nivel nacional.

Cuarta política: Fortalecer la oferta de atención estomatológica en todos los niveles de atención para ampliar la cobertura.

Quinta política: Adquisición y distribución de medicamentos e insumos estomatológicos estandarizados a nivel nacional.

Sexta política: Fortalecer la rectoría en salud bucal dentro del proceso de reforma y descentralización de la salud.

En julio del 2008 el MINSA lanza mediante RM 516-2008 el plan nacional de salud bucal “sonríe siempre Perú” Como marco normativo para estrategias de acción inmediata. Este plan focaliza su acción sobre las gestantes y población adulta mayor en 20 regiones del país. Incluye actividades de rehabilitación con prótesis dental y otras acciones de promoción y educación en el ámbito escolar. Existe coordinación y una alianza estratégica con los programas sociales crecer y juntos para un mejor impacto en las poblaciones excluidas. De acuerdo con el diagnóstico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal del MINSA la segunda causa principal de la morbilidad entre los años 2003-2007 han sido las enfermedades de cavidad bucal, y de estas la caries dental es la principal causa de morbilidad odontológica en el país entre los años 2002-2007 seguida de la enfermedad periodontal. Dentro del Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020 se menciona como objetivo sanitario disminuir las enfermedades de la cavidad bucal, reducción del índice CPOD y la inclusión de gestantes en la atención preventiva dental, pues la salud bucal es parte importante e inseparable de la salud general; las enfermedades estomatológicas afectan la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológica porque pueden alterar el estado nutricional, las relaciones interpersonales, la calidad de vida y la salud mental. ¹⁷

2.2.2 MEDIDAS PREVENTIVAS

El Cepillado Dental como profilaxis de caries y periodontopatías

El cepillado de los dientes es considerado entre los factores de prevención de la caries dental, las experiencias realizadas han comprobado su efecto de utilidad en el campo de prevención, de tal forma que una de las medidas de prevención indicadas por el Ministerio de Salud Pública en nuestro país consiste en la enseñanza del cepillado dental a todos los pacientes en el momento de iniciar el tratamiento estomatológico; así como su comprobación en el terminado. La base

científica en que se apoya la prevención por el cepillado, está dada por resultados experimentales que indican que la caries resulta de un proceso aditivo de ataque al esmalte, cada vez que el pH de la placa desciende, bajo cierto nivel crítico (pH 5) y durante pocos minutos después de la ingestión de azúcares, siendo el pH neutralizado, después por el poder buffer de la saliva.

Se ha comprobado que en un limitado período, durante el cual los hidratos de carbono están en contacto con la superficie del diente, estos pueden alterar la naturaleza de las placas de las superficies dentarias. Varios investigadores consideran que la presencia de ácidos en la superficie del diente, aunque no es el único responsable de la caries, crea un medio favorable para enzimas de naturaleza causal o contributiva para la caries dental, como las fosfatasa y las proteasas. Existe evidencia de que el cepillado dental con dentífrico, inmediatamente después de las comidas, es un medio eficaz para limitar la caries dental, no así si se realiza después de los diez minutos. Numerosos estudios apoyan la creencia de que cepillar los dientes inmediatamente después de las comidas reduce la destrucción dental de 50 a 100 % aproximadamente.

Cepillo Dental

El cepillo dental es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental. En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII, son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias. El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales. Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad.

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos:

Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.

Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.

Estimular los tejidos gingivales.

Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

Partes del cepillo

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas. La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos, y se une al mango por medio del talón, las cerdas son de nailon, miden de 10 a 12mm de largo y sus partes libres o puntas tienen diferente grado de redondez, aunque se expanden con el uso. De acuerdo con el tamaño, los cepillos son grandes, medianos o chicos. Por su perfil, pueden ser planos, cóncavos y convexos. Según la dureza de las cerdas se clasifican en suaves, medianos y duros; todas las cerdas se elaboran con fibra de la misma calidad, por lo cual su dureza está en función del diámetro. Ninguna evidencia científica apoya un diseño de cepillo más adecuado; por ello la elección de este depende de las características de la boca.

Es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar las lesiones gingivales, y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente se cree que los penachos separados son más eficientes que aquellos juntos.

Frecuencia de cepillado y duración del cepillado

Para ser eficaz, el cepillo debe estar seco antes de usarse; esto significa que no debe mojarse antes de utilizarse. La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y la minuciosidad del aseo. Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir. Si las personas no se cepillan de manera minuciosa, deben hacerlo después de cada comida y antes de dormir el cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival. Es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las

cerdas se deformen o se fracturen. El cepillado por lo general debe durar 3 minutos para un mejor aseo.

Técnicas del Cepillado

Dada la gran variedad de técnicas de cepillado que existe y la falta de evidencia clara de la superioridad de una sobre otra, debemos valorar más los movimientos realizados en el cepillado que en la elección de la técnica en sí. Lo cierto es que existen múltiples técnicas: la de Fones o rotacional; la de Charters, donde se masajea el margen de la encía y se limpia al mismo tiempo el espacio interproximal (con movimientos rotatorios y vibratorios) y la técnica horizontal, tan generalizada que se indica en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permita utilizar otra técnica.

La técnica Stillman modificada que con movimientos verticales, se trasladan las cerdas del cepillo de la encía al diente, tanto para el maxilar superior como para el inferior, para poder limpiar las superficies vestibulares y linguales, así como los espacios interdentarios; para las superficies oclusales se mueve el cepillo en sentido anteroposterior.

Con esta técnica se contrarresta la técnica horizontal, que unida a la fuerza innecesaria y a la dureza de las cerdas, ha provocado abrasiones dentarias en los cuellos dentarios y retracción gingival. Con este método se logra, mediante los movimientos de giro del cepillo, estimular las encías con lo cual, además de la prevención de caries se hace prevención de periodontopatías. El cepillado se debe enseñar en los primeros años del niño y por ello es conveniente que los padres tengan el conocimiento de cómo efectuarlo.

Placa dentobacteriana y dieta cariogénica

Es conocido que la cavidad bucal posee condiciones ambientales propicias para que se desarrolle gran número de microorganismos. El factor más importante en la relación entre la dieta y salud dental es la frecuencia del consumo de alimentos con carbohidratos refinados.

Después de ingerir un alimento que contenga carbohidratos se produce ácido en la placa dental. Puede haber desmineralización del esmalte cuando el ácido deprime el pH de la placa por debajo de 5,5 y esto por lo general se acepta como la primera fase en el inicio de la caries.

La edad también influye en los hábitos y comportamientos, así la mayoría de los datos indican que la toma frecuente es el factor más importante en los niños. Alimentos de consumo habitual que contienen sacarosa con alto potencial cariogénico son: caramelos, confiterías, bombones, pasteles, galletas, bebidas de chocolates, entre otros.

Sería bueno recomendar la sustitución de alimentos cariogénico entre las comidas por otros no cariogénicos por ejemplo: frutas, papas fritas, zanahorias, quesos, carnes, mantequilla, orientar la dieta baja en azúcares y grasas que no solo son beneficiosas para la salud dental, sino también para la salud general óptima. Es muy difícil que el niño deje de comer dulce y golosinas, pero sí debe realizarse un control y regulación de la frecuencia y secuencia.

El efecto más relevante es el tiempo en que transcurren los ataques desmineralizantes que no deben ser suficientes para que la remineralización pueda llevarse a cabo. La recomendación más eficaz sería disfrutar de dulces y golosinas en salud; no comerlas indiscriminadamente, sino como postre, después de las comidas, de hacerlo fuera, cepillarse después o al menos enjuagarse la boca con agua; tener en cuenta la composición de los alimentos que conforman la dieta, la frecuencia y la forma en que están preparados, lo que condiciona el tiempo de su presencia en la boca; provocar hábitos alimentarios sanos para la formación de los dientes; disminuir la ingestión de carbohidratos y tratar de ingerir alimentos lo más natural posible y ricos en fibras.¹⁸

El flúor en la actividad preventiva

Es un mineral electronegativo, aumenta la resistencia del esmalte e inhibe el proceso de caries por disminución de la producción de ácido de los microorganismos fermentadores, reducción de la tasa de disolución

ácida, reducción de la desmineralización, incremento de la remineralización y estabilización del pH.

Presentación y uso recomendado

Solución de fluoruro de sodio al 0.02%. Se utiliza en enjuagatorios bucales semanales o quincenales.

Laca con fluoruro de sodio al 2.23% y al 2%. Se utiliza en aplicaciones trimestral, cuatrimestral o semestral.

Barniz con fluoruro de sodio al 0.1%. Se utiliza en aplicaciones trimestral, cuatrimestral o semestral. En forma intensiva se utilizan 3 aplicaciones durante 10 días 1 vez al año.

Gel de fluoruro de sodio neutro al 1.1% ó al 2% y Gel de fluorfosfato acidulado al 1.23% (no utilizar si existen restauraciones de porcelana y resinas compuestas).

Se utilizan, de acuerdo al grado de riesgo identificado, de las siguientes formas: 4 aplicaciones a intervalos de 2 a 4 semanas de manera inicial, y posteriormente continuar con 1 aplicación trimestral, semestral o anual -1 aplicación trimestral o semestral.

Flúor sistémico: el flúor ha sido añadido a varias soluciones y productos para su uso sistémico, siendo la fluoruración del agua y la sal de cocina, los que más se han utilizado como Programas. En aquellas regiones tropicales donde el agua contiene una cantidad de flúor igual o mayor a 0.6 ppm, no está indicado administrar suplementos de flúor sistémico por el riesgo de producir fluorosis dental, tampoco se debe aplicar de forma arbitraria el flúor tópico, pues una parte importante se absorbe, fundamentalmente en los niños al cepillarse. Las concentraciones de flúor a adicionar a la sal están en dependencia de los hábitos de consumo de la población, la temperatura promedio, entre otros factores.¹⁹

Colutorios o enjuagatorios

Los colutorios son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante. El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente, antisépticos, antibióticos, antifúngicos, astringentes y antiinflamatorios. Podemos diferenciar cuatro tipos diferentes de colutorios:

Colutorios para la prevención de caries (Flúor)

Colutorios anti placa bacteriana (Colutorios de Clorhexidina, Hexetidina, Triclosán, aceites esenciales, etc.)

Colutorios contra la Halitosis

Colutorios cosméticos

Los colutorios de flúor, son muy eficaces durante la calcificación del diente y han contribuido al descenso del número de caries. Los colutorios con sustancias antiplaca bacteriana son muy eficaces en la prevención y el tratamiento de la enfermedad periodontal, aunque los geles, que son más recientes, cada vez se usan más.

Dentífrico o pasta dental

La primera pasta dentífrica fue creada por los egipcios hace 4000 años y era llamada clister. Para fabricarla se mezclaba piedra pómez pulverizada, sal, pimienta, agua, uñas de buey, cáscara de huevo y mirra. En Grecia y Roma, las pastas de dientes estaban basadas en orina. Sin embargo, el dentífrico no sería de uso común hasta el siglo XIX. A comienzos del siglo XIX, la pasta de dientes era usada con agua, pero los antisépticos bucales pronto ganarían popularidad. Los dentífricos para usar en casa tenían tiza, ladrillo pulverizado, y sal como ingredientes comunes. En 1866, la Home Cyclopedia recomendó el carbón de leña pulverizado, y advirtió que ciertos dentífricos patentados y comerciales hacían daño.

El tubo flexible donde se envasa la pasta fue obra de la empresa Colgate. Hasta hace pocos años, de los dentífricos, el efecto cosmético era el más considerado, pero los avances tecnológicos ha hecho que en ellos se incluyan sustancias con efectos terapéuticos. Por ello, hoy en día existen en el mercado gran cantidad de dentífricos con efectos diversos sobre las piezas dentarias y las encías. El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes. El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana.

Hilo dental

El hilo dental es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente tiene diversas presentaciones, entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona.

Uso del hilo dental Métodos de limpieza con el hilo dental:

Método del lazo también conocido como método circular, cortando un trozo de hilo dental de aproximadamente 45 cm de largo formando un círculo atado colocando todos los dedos, excepto el pulgar dentro del lazo después se usa los índices para guiar el hilo a través de los dientes inferiores y los pulgares para guiar el hilo en los dientes superiores asegurándose de llegar debajo de las encías, formando una al costado de cada diente.

Sellantes

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de

niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes.²⁰

2.2.3 ENFERMEDADES BUCALES

Caries dental

Se le define como una enfermedad infecciosa y transmisible en donde la destrucción progresiva de la estructura dental se inicia a partir de una actividad microbiana (*Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus mutans*) en la superficie del diente. Puede afectar cualquiera de las caras de la corona, cuello o raíz (oclusal, mesial, distal, vestibular y lingual). Aunque para que se desarrolle la caries se requiere de una condición bacteriana, algunos factores internos de la estructura dental pueden contribuir a desarrollarla; también incide el tipo de dieta alimenticia y la calidad de la higiene dental.

Dentro de los factores internos tenemos la calidad del esmalte y las vías de penetración bacteriana; una cavidad pulpar expuesta genera un área propicia de infección de alto riesgo que puede conducir a la aparición de abscesos y a la destrucción de los tejidos gingival y óseo; finalmente, a la exfoliación de la cavidad alveolar y a la resorción ósea.²¹

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 son más eficientes que las recomendaciones frente a las mal oclusiones o los traumatismos por lo que nos dedicaremos con mayor profundidad a la caries dental.

La caries 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 de caries dental en la infancia, todos los niños pueden padecer caries dental, pero existen grupos de riesgo que tienen mayor probabilidad de desarrollarla.

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 bio película, 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

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.^{22,23}

2.2.4 DESARROLLO DENTAL

El ser humano tiene dos denticiones: la decidua y la permanente.

Dentición Permanente

Los dientes temporales empiezan a ser reemplazados a partir de los 6 años, por los dientes permanentes, su erupción se inicia también con los incisivos centrales inferiores. Las primeras molares inferiores y superiores erupcionan detrás de las segundas molares temporales, es decir no reemplazan a ningún diente temporal y algunas veces coinciden con la erupción de incisivos.

Dentición Decidua

La dentición decidua también es conocida como de leche, o la primera. Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 años.

Está compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares. El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia no le dan importancia porque piensan que al fin y al cabo se caerán antes que su hijo (a) cumpla los siete años.

El ser humano experimenta enfermedades dentales a partir de los seis meses de edad, con la erupción del primer diente, por tal razón los cuidados dentales de un niño deben de iniciarla los padres de familia a esa edad. Importancia. Los dientes de leche o temporales, cumplen importantes funciones dentro del sistema masticatorio, en el que participan de manera armónica otros elementos como la lengua, mejilla, huesos maxilares, músculos y glándulas salivares. Desempeñan funciones de masticación, fonación, estética y matrices funcionales para el

adecuado desarrollo cráneo máxilo facial del menor. Los dientes enfermos traen problemas de masticación de los alimentos en el período más activo del crecimiento y desarrollo del niño. Estos inciden también en la fono articulación correcta.

Los dientes temporales y principalmente los de adelante son claves en el aprendizaje del lenguaje hablado. Estos primeros dientes son los encargados de mantener el espacio adecuado para la correcta alineación de los dientes permanentes. Sin olvidar la estética que inciden en la imagen del niño que pueden crear traumas psicológicos.²⁴

2.2.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CONDUCTAS EN SALUD

El conocimiento

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

Fases entre el conocimiento y la conducta

De lo anterior se desprende que:

En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.

Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.

La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las

actitudes y las creencias.

Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.

Actitudes, valores, creencias y conductas

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

Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.

Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.

Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea).

Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes. La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.²⁵

III.- METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la Investigación

Descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población

Se ha considerado al total de escolares de 4to grado de secundaria de la I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.

3.2.2 Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, estuvo conformada por 26 Escolares de 4to grado de secundaria de la I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015 que cumplan con los criterios de inclusión.

3.2.3 Criterios de Inclusión y exclusión

Inclusión

Todos los escolares de 4to grado de secundaria que acepten participar voluntariamente.

Los escolares matriculados en el grado.

Exclusión

Los escolares que no se encuentren matriculados en el grado.

Los escolares que no aceptan participar voluntariamente en la encuesta

3.3 Técnica e Instrumento

Como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta, teniendo como instrumento un cuestionario que consta de 18 preguntas (Anexo N° 1), el cual fue validado por juicio de expertos (Anexo N° 2). Dicho cuestionario contiene los indicadores necesarios para medir las variables en estudio, de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio.

Procedimiento

Se solicitó permiso al Director de la I.E.P. “Peter Norton”, mediante un documento (Anexo N° 3), especificando el motivo y objetivo del trabajo de investigación.

Posteriormente, a los escolares se les explico el objetivo de la investigación y se entregó el consentimiento informado para que su padre/madre demuestre su aceptación voluntaria mediante su firma y el estudiante pueda participar (Anexo N° 4).

El cuestionario fue entregado a los escolares que cumplieron con los criterios de selección, solicitándoles veracidad en su respuesta, enfatizando la importancia de su sinceridad para el estudio.

Cuestionario de conocimiento sobre salud Bucal

Este cuestionario consta de 18 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómica y respuestas múltiples) sobre conocimientos, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró:

En forma general

Conocimiento sobre salud bucal (18 preguntas)

En forma específica

Conocimiento sobre prevención en salud bucal (8 preguntas).

Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (6 preguntas)

Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental (4 preguntas)

Sobre salud bucal: entre 13 a 18 preguntas correctas se considera bueno, entre 6 a 12 se considera regular y de 0 a 5 preguntas correctas se considera malo.

Sobre medidas preventivas: entre 6 a 8 preguntas correctas se considera bueno, entre 3 a 5 se considera regular y de 0 a 2 preguntas correctas se considera malo.

Sobre enfermedades bucales: entre 5 a 6 preguntas correctas se considera bueno, entre 3 a 4 se considera regular, y de 0 a 2 preguntas correctas se considera malo.

Sobre desarrollo dental: entre 3 a 4 preguntas correctas se considera bueno, entre 2 se considera regular, y de 0 a 1 preguntas correctas se considera malo.

3.4 Definición y operacionalización de variables

Defición de variables

Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal

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

Conocimientos sobre enfermedades bucales

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

Conocimientos sobre desarrollo dental

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

Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO |
|--|--|---|--|--------------------|--------------|
| Nivel de conocimiento sobre salud bucal. | Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del estudiante referido a salud bucal. | Conocimiento en medidas preventivas en salud bucal. | Bueno 6 – 8 Regula 3 – 5 Malo 0 - 2 | Ordinal | Cuestionario |
| | | Conocimiento en enfermedades bucales. | Bueno 5 – 6 Regular 3 – 4 Malo 0 - 2 | | |
| | | Conocimiento en desarrollo dental. | Bueno 3 – 4 Regular 2 Malo 0 - 1 | | |

3.5 Plan de análisis

Los datos obtenidos en los cuestionarios fueron ingresados a la base de datos en el programa Microsoft Excel 2010, una vez ordenados, tabulados, se analizaron según la naturaleza de las variables de estudio. Teniendo presente las diferencias estadísticas en promedios y proporciones. Las variables se presentan en gráficos y tablas estadísticas.

3.6 Diseño de matriz de consistencia

| TÍTULO | PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | POBLACIÓN Y MUESTRA |
|---|---|--|---|--|
| Nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015. | ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015? | <p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal, en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton”</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton”</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton”</p> | <p>Nivel de conocimiento sobre salud bucal.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal.</p> <p>Conocimiento sobre enfermedades bucales.</p> <p>Conocimiento sobre desarrollo dental.</p> | <p>La población está constituida por todos los escolares de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.</p> <p>La muestra está constituida por 26 escolares encuestados de 4to grado de secundaria en I.E.P. “Peter Norton” Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.</p> |

3.7 Principios éticos

Para el desarrollo del presente estudio considero en cuenta los principios éticos basados en la Declaración de Helsinki (WMA, Octubre 2013) en donde se considera que en la investigación se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.²⁶

IV.- RESULTADOS

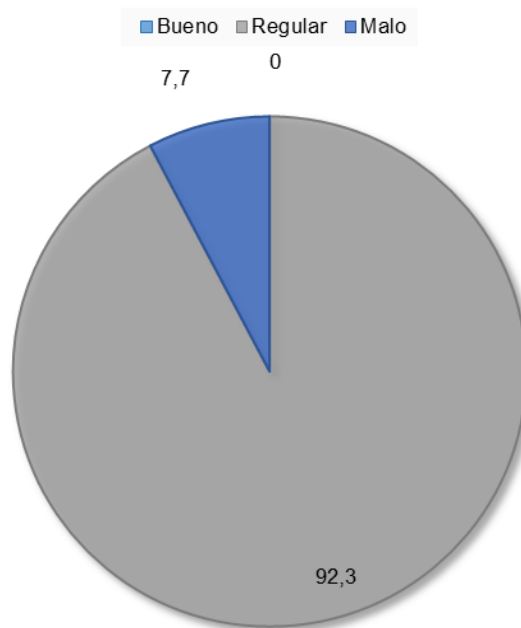
4.1 Resultados

TABLA 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P. “PETER NORTON” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Bueno | 0 | 0% |
| Regular | 24 | 92,3% |
| Malo | 2 | 7,7% |
| Total | 26 | 100% |

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

GRÁFICO 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P. “PETER NORTON” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015



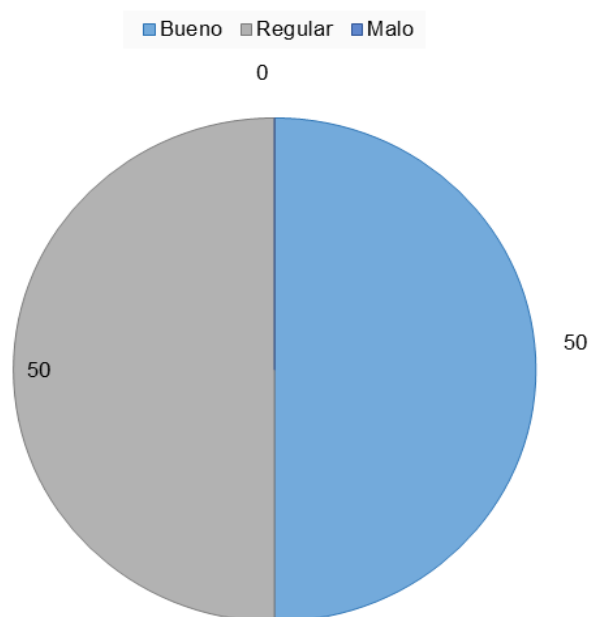
Fuente: Tabla 1.

TABLA 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P. “PETER NORTON” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Bueno | 13 | 50% |
| Regular | 13 | 50% |
| Malo | 0 | 0% |
| Total | 26 | 100% |

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

GRÁFICO 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P. “PETER NORTON” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015



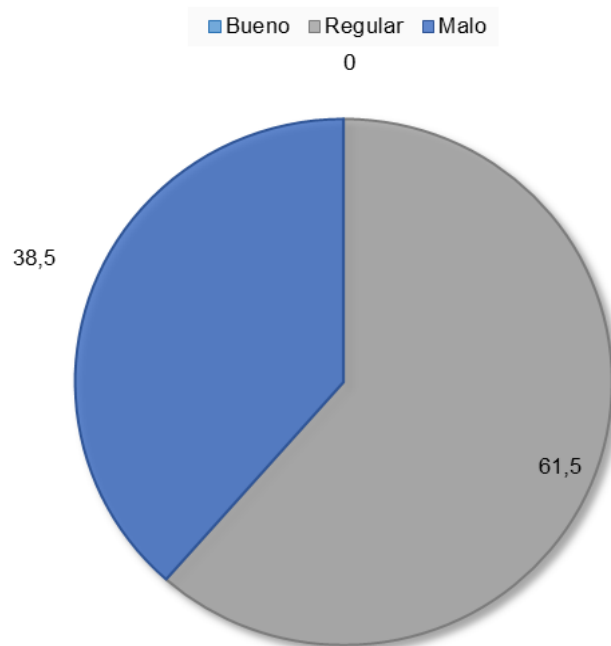
Fuente: Tabla 2.

TABLA 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P. “PETER NORTON” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Bueno | 0 | 0% |
| Regular | 16 | 61,5% |
| Malo | 10 | 38,5% |
| Total | 26 | 100% |

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

GRÁFICO 3. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P. “PETER NORTON” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015



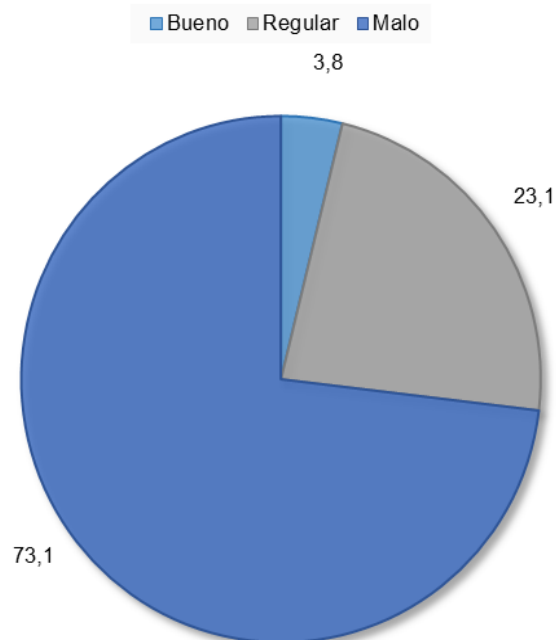
Fuente: Tabla 3.

TABLA 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P. “PETER NORTON” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Bueno | 1 | 3,8% |
| Regular | 6 | 23,1% |
| Malo | 19 | 73,1% |
| Total | 26 | 100% |

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

GRÁFICO 4. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE 4TO GRADO DE SECUNDARIA EN I.E.P. “PETER NORTON” DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH EN EL AÑO 2015



Fuente: Tabla 4.

4.2 Análisis de resultados

Del total de escolares de 4to grado de secundaria encuestados los resultados obtenidos en general en conocimiento sobre Salud bucal fue de 92,3% en nivel regular. (Ver Tabla N° 01), que es superior a lo obtenido por Segura Mío en un 87,5% en nivel regular, por Solano Flores que en general obtuvo 75% en nivel regular, por Paredes Villegas en un 68,8% en nivel regular y por Jara Nepo que obtuvo un 67,9% en nivel regular.

En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas se obtuvo un 50% en nivel bueno, (ver Tabla N° 02) diferente a lo obtenido por Segura Mío⁰ en un 70,8% en nivel regular, por Solano Flores que de manera general obtuvo 82% en nivel regular, por Paredes Villegas en un 62,5% en nivel regular y por Jara Nepo que de manera general obtuvo 60,7% en nivel regular.

En el conocimiento sobre enfermedades bucales de manera general se obtuvo un 61,5% en nivel regular (ver Tabla N° 03) semejante a lo obtenido por Segura Mío con 66,7% en nivel regular y muy diferente por Solano Flores que obtuvo de manera general 64% en nivel malo, por Paredes Villegas en un 81,3% en nivel malo y por Jara Nepo que obtuvo un 60,7% en nivel malo.

En el conocimiento sobre desarrollo dental se obtuvo en general un 73,1% en nivel malo (ver Tabla N° 04) diferente a lo obtenido por Segura Mío que obtuvo un 50% en nivel malo, por Solano Flores que obtuvo de manera general 61% en nivel malo, por Paredes Villegas en un 93,8% en nivel malo y por Jara Nepo en un 82,1% en nivel malo.

V.- CONCLUSIONES

Conclusiones

Del total de escolares de 4to grado de secundaria encuestados los resultados obtenidos en general en conocimiento sobre Salud bucal fue de 92,3% en un nivel regular, 0% en un nivel bueno y 7,7% en un nivel malo.

En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas se obtuvo un 50% en un nivel bueno, 50% en un nivel regular y 0% en un nivel malo.

En el conocimiento sobre enfermedades bucales de manera general se obtuvo un 61,5% en un nivel regular, 0% en un nivel bueno y 38,5 en un nivel malo.

En el conocimiento sobre desarrollo dental se obtuvo en general un 73,1% en un nivel malo, 3,8% en un nivel bueno y 23,1% en un nivel regular.

RECOMENDACIONES

Se requiere de más estudios que nos permita en base al nivel de conocimiento de los escolares se pueda evaluar si estos son o no aplicados en su día a día.

Realizar mayor labor preventiva promocional en las instituciones educativas, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre salud bucal.

Reforzar y apoyar al programa preventivo-promocional que se lleva a cabo en nuestra Universidad y el Ministerio de Salud poniendo en práctica mejores métodos de prevención a través de nuestra universidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez A, Baly MJ. Atención primaria en Estomatología, su articulación con el médico de la familia. *Rev Cubana Estomatol* 2014; 34(1): 28-39.
2. Gómez G. Educación para la salud dental. Servicio de epidemiología y promoción de la salud. *Gaceta dental* 1997; (80):64-8.
3. Ministerio de Salud Pública. Informe de Cuba. División de Promoción y Protección de salud. Logros en la Promoción de Salud respecto a los compromisos asumidos en la Declaración de México en el 2000. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2004.
4. Cuenca E. Consejos para la prevención de las enfermedades bucodentales. *Revista Médico Clínica* 1994; 102(Sup. 1)-134.
5. Sexto NM. La salud bucal en escolares. Un software educativo para el auto cuidado bucal. En: Congreso Internacional Estomatología (19 –22 de noviembre de 2002) [CD-ROOM]. La Habana: Congreso Internacional de Estomatología; 2005.
6. Misrachi LC, Arellano OM. Conductas y factores determinantes en salud oral de los adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1995; 66: 317-322.
7. Colegios En Peru [homepage en Internet]. Perú: Colegios En Peru; 2015 [actualizada Mayo 2015; consultado mayo 2015].
Disponible en: http://www.colegiosenperu.com/colegio_peter_norton.htm
8. Aliaga G, Durand M. Diagnóstico de la situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*. Abril 2008; 12(1).

9. Añé B, Seguí O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Rev Cubana Estomatol 1987; 24 (1):59-66.
10. Segura ET. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado de secundaria de Institución Educativa Particular “Santo Tomas El Apóstol”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash, Setiembre 2015 [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] Publicado por la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2016.
11. Solano Flores JC. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to de secundaria de la Institución Educativa “Cesar Abraham Vallejo Mendoza” del Distrito de Nuevo Chimbote - Junio 2015. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] Publicado por la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
12. Paredes Villegas LC. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 4to grado secundariade I.E.N “Augusto Salazar Bondy 88047”, distrito de Nuevo Chimbote, Marzo 2015. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] Publicado por la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.
13. Jara Nepo Y. nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 4to año de educación secundaria de la I.E.P. “Jesús Obrero” en el distrito de San Juan de Miraflores en Diciembre del 2014. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote] Publicado por la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2014.
14. Organización Mundial de la Salud. Glosario Promoción de la Salud. Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en atención primaria de Salud Ginebra; 1998.

15. OMS. Salud Bucodental. Centro de prensa. Nota informativa N^o 318. Febrero 2007 [acceso 12 de Enero del 2012].
16. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2013 Abr-Jun; 23(2):101-108
Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/37/29>
17. Gallardo C, Falcón E, Vargas J, Salazar L y col. Programa nacional de Salud Bucal - Guía Metodológica del Programa de Educación de Salud bucal del escolar. 2009 - 2010, Colegio Odontológico del Perú; 2009.
18. Katz S, McDonald J, Stookey G. "Odontología Preventiva en Acción". 5ta edición, Mexico: Editorial Médica panamericana; 2012
19. Sosa M. Promoción De Salud Bucodental Y Prevención De Enfermedades. [monografía en Internet]. Cuba: Informed; Enero 2003 [acceso 19 de marzo de 2015].
Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>
20. McDonald RE, Avery DR. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. España: Elsevier España; 1995.
21. Rodríguez C. Enfermedades bucodentales. En. Las enfermedades en las condiciones de vida prehispánica de Colombia. 1ed. Bogotá. Instituto Colombiano de Cultura Hispánica. 2006; 166-170.
22. Vásquez, Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis del preescolar, en educadores de párvulos de la junta nacional de jardines infantiles, de la provincia de Santiago; Universidad de Chile facultad de medicina [Tesis]; 2007.

23. Alfonso G, Leal P, Guerra A. Enfermedades infecciosas más frecuentes en la cavidad oral. ADM Estudiantil [Revista en Internet]. 2012 [acceso 19 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.adm.org.mx/revista-adm-estudiantil/articulos-internos.php?id=18>
24. Torres M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria [Revista en Internet]. 2009 [acceso 19 de marzo de 2015].
Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
25. Tabares I. La educación como motor del desarrollo. 18 de septiembre de 2002
Disponible en: www.juenticus.com
26. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General. Fortaleza, Brasil. [Octubre 2013].

ANEXOS

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

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

I. DATOS GENERALES:

Instrucciones:

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

Genero.....

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 ()**



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

HOJA DE VALIDACION DE EXPERTOS DEL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL NIVEL DE
CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL EN ESCOLARES.

| NOMBRE DEL EXPERTO | NUMERO DE PREGUNTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | OBSERVACIÓN |
|--------------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | |
| ZOLA DEANOLA PORRAS. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Dra. Irma Rosendo Pumas ODONTOPEDIATRA COP 4498 - RNE 710 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN S.S. Es Salud |
| Alexander Morillas Zapata | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Dr. Alexander Morillas Zapata ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |
| Oscar Osorio Carrasco | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Oscar Osorio Carrasco ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |
| MAREN ANGELES GARCIA. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Karen Angeles Garcia ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |
| Gilberto Aselano Moreno | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Gilberto Aselano Moreno ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |
| JULIO CESAR FOURNIER EGUSQUIZA | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Julio Cesar Fournier Egusquiza ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |
| Daniel Suarez Natividad | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Daniel Suarez Natividad ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |
| CARMEN HURTADO CHANCHE | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Carmen Hurtado Chanche ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |
| Manoel Chavez Aguilar | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Dr. Manoel Chavez Aguilar ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |
| Fredy Silva Medina | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Fredy Silva Medina ODONTOPEDIATRA COP 14892 HOSPITAL W. CHIMBOTE - RAAN |

COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH (SPSS V20)

Item-Total Statistics

| | <i>Scale Mean if Item Deleted</i> | <i>Scale Variance if Item Deleted</i> | <i>Corrected Item- Total Correlation</i> | <i>Cronbach's Alpha if Item Deleted</i> |
|----------|---------------------------------------|---|--|---|
| VAR00001 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00002 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00003 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00004 | 18.20 | 1.156 | .172 | .256 |
| VAR00005 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00006 | 18.20 | 1.067 | -.102 | .177 |
| VAR00007 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00008 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00009 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00010 | 18.30 | 1.090 | .259 | .279 |
| VAR00011 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00012 | 17.90 | 1.767 | .120 | .231 |
| VAR00013 | 18.10 | 1.089 | -.069 | .367 |
| VAR00014 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00015 | 18.30 | 1.122 | -.100 | .247 |
| VAR00016 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00017 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |
| VAR00018 | 18.40 | 1.156 | .000 | .382 |

a. The value is positive due to a positive average covariance among items. This validates reliability model assumptions.

Reliability Statistics

| <i>Cronbach's Alpha</i> | <i>N of Items</i> |
|-----------------------------|-------------------|
| .381 | 18 |

CARTA DE PRESENTACIÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”

Chimbote, mayo 25 del 2015

CARTA N° 08-2015- DIR-EPO-FCCS-ULADECH Católica

Señora

Lic. Ana Luisa Vela Acosta

Directora de la Institución Educativa Particular Peter Norton-Nvo.Chimbote

Presente.-

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

En cumplimiento al Plan Curricular los estudiantes de la Carrera Profesional de Odontología, vienen desarrollando la asignatura de Tesis, a través de un trabajo de investigación denominado “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE 4to. DE SECUNDARIA DE LA “INSTITUCION EDUCATIVA PARTICULAR PETER NORTON DEL DISTRITO DE NVO. CHIMBOTE MAYO DEL 2015”

Para, realizar el proceso de investigación, ha sido seleccionada la institución educativa que usted dirige, para lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso a la **Srta. CASTAÑEDA COTOS LUCERO MADELEINE**; a fin de realizar la recolección de datos y aplicación de un cuestionario (anónimo) a los alumnos de la institución educativa a su cargo.

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

Atentamente;


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
Dr. José Luis Rojas Barrios
Director



Av. Pardo N°4045 - Chimbote - Perú
Teléfono: (043) 350411 Ccl. 943096916
E-mail: escuela_odontologia@uladech.pe
Web Site: www.uladech.edu.pe

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION DE MENOR HIJO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por la estudiante de último ciclo Castañeda Cotos Lucero de la carrera de Odontología, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, la meta de este estudio es la Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal en escolares de 4to grado de secundaria de la I.E.P. “Peter Norton” del Distrito Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash en el año 2015.

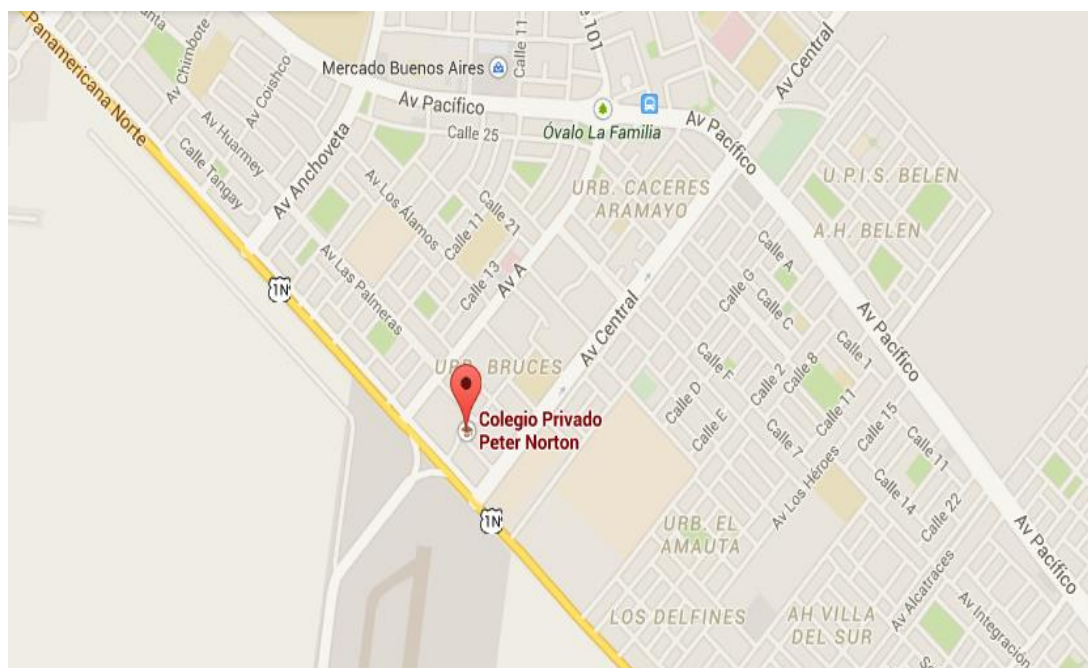
Si usted accede a que a su niño participe en este estudio, se le pedirá al menor responder a las preguntas de una encuesta, esto tomará aproximadamente 15 minutos del tiempo de la clase.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo.....Con número de DNI.....Acepto que mi menor hijo.....De 4to grado de secundaria participe voluntariamente en esta investigación, Respondiendo la encuesta que se le realizara en la hora de clase.

MAPA DE UBICACIÓN



FOTOGRAFÍAS



En el frontis de La institución educativa Privada Peter Norton.



Entregando carta de presentación a la Directora de la Institucion Educativa



En el aula aplicando las encuestas con los escolares del 4to de secundaria.