

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN
ESTUDIANTES DEL 2DO GRADO “A” DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA DEL COLEGIO SANTA MARÍA REINA,
DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA,
DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2016**

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

AUTOR:

MARTÍNEZ PAREDES, KATHIA LIZBETH

ORCID: 0000-0001-6655-9171

ASESOR:

RONDÁN BERMEO, KEVIN GILMER

ORCID: 0000-0003-2134-6468

CHIMBOTE – PERÚ

2020

1. Título de la tesis

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN
ESTUDIANTES DEL 2DO GRADO “A” DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA DEL COLEGIO SANTA MARÍA REINA,
DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA,
DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2016**

2. Equipo de trabajo

Martínez Paredes, Kathia Lizbeth

ORCID: 0000-0001-6655-9171

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado, Chimbote,
Perú

ASESOR

Rondán Bermeo, Kevin Gilmer

ORCID: 0000-0003-2134-6468

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú

JURADO DE INVESTIGACIÓN

San Miguel Arce, Adolfo Rafael.

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Canchis Manrique, Walter Enrique.

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Trinidad Milla, Pablo Junior.

ORCID: 0000-0001-9188-6553

3. Hoja de firma del jurado y asesor

Mgr. SAN MIGUEL ARCE, ADOLFO RAFAEL.

PRESIDENTE

Mgr. CANCHIS MANRIQUE, WALTER ENRIQUE.

MIEMBRO

Mgr. TRINIDAD MILLA, PABLO JUNIOR.

MIEMBRO

Mgr. RONDÁN BERMEO, KEVIN GILMER.

ASESOR

4. Agradecimiento y dedicatoria

Agradecimiento

El presente trabajo de tesis se lo dedico primero que todo a Dios.

A mis padres.

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote por ser mi alma mater.

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico primero a Dios por haberme permitido llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles, que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres que me han acompañado durante todo mí trayecto estudiantil y de vida, gracias por sus consejos y su apoyo incondicional.

5. Resumen y abstract

Resumen

La investigación tuvo por **objetivo** determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Áncash, año 2016. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo; de nivel descriptivo y de diseño no experimental observacional. Muestra: Se conformó por 42 estudiantes del 2do grado A. Instrumento: Se utilizó cuestionario elaborado por 18 preguntas. **Resultados:** El conocimiento sobre salud bucal fue de 59,5% en un nivel regular, un 40,5% en el nivel malo y un 0% en nivel bueno. Sobre medidas de prevención en salud bucal, el mayor porcentaje de conocimiento fue el 83,3% del nivel regular con respecto al nivel bueno dónde se obtuvo un 11,9% y el nivel malo 4,8%. En los estudiantes encuestados sobre las principales enfermedades bucales el mayor porcentaje de conocimiento fue el 64,3% en nivel malo con respecto a nivel regular con un 31% y bueno 4,8%. Los estudiantes encuestados sobre desarrollo dental el mayor porcentaje de conocimiento fue el 61,9% en nivel malo con respecto a nivel regular un 28,6% y bueno 9,5%. **Conclusión:** El nivel de conocimiento sobre salud bucal en la mayoría de los estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016 fue de un nivel regular, con un 59,5%.

Palabras clave: Conocimiento, desarrollo dental, enfermedades bucales, medidas preventivas, salud bucal.

Abstract

The objective of the research was to determine the level of knowledge about oral health in students of 2nd grade A of secondary education of Santa María Reina School, District of Chimbote, Province of Santa, Department of Ancash, 2016. **Methodology:** A study of quantitative, observational, prospective, transversal and descriptive type; descriptive level and non-experimental observational design. Sample: It was made up of 42 students in 2nd grade A. Instrument: A questionnaire prepared for 18 questions was used. **Results:** The knowledge about oral health the regular level where 59.5%, with respect to was obtained and in the bad level 40.5% was 0% in good level of the respondents on oral health prevention measures, the highest percentage of knowledge was 83.3% regular level with respect to the good level where 11.9% was obtained and the bad level 4.8%. In the students surveyed on the main oral diseases, the highest percentage of knowledge was 64.3% at the bad level compared to the regular level with 31% and good 4.8%. Students surveyed on dental development the highest percentage of knowledge was 61.9% in bad level with respect to regular level 28.6% and good 9.5%. **Conclusión:** The level of knowledge about oral health in the majority of 2nd grade A secondary school students of Santa María Reina School, Chimbote District, Santa Province, Ancash Department, 2016 was of a regular level, with a 59.5%

Keywords: Knowledge, dental development, oral diseases, preventive measures, oral health.

6. Contenido

1. Título de la tesis	ii
2. Equipo de trabajo	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor	iv
4. Agradecimiento y dedicatoria.....	v
5. Resumen y abstract	vii
6. Contenido	ix
7. Índice de gráficos y tablas.....	x
I. Introducción	1
II. Revisión de la literatura	4
2.1. Antecedentes	4
2.2. Bases teóricas	13
III. Hipótesis	40
IV. Metodología	41
4.1 Diseño de la investigación	41
4.2 Población y muestra	42
4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores	44
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	47
4.5 Plan de análisis.....	49
4.6 Matriz de consistencia.....	50
4.7 Principios éticos.	51
V. Resultados	53
5.1. Resultados:	53
5.2. Análisis de resultados.....	57
VI. Conclusiones	59
Aspectos complementarios	60
Referencias bibliográficas:	61
ANEXOS	68

7. Índice de gráficos y tablas

Índice de tablas

Tabla 1.- Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado “A” de Educación Secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016	53
Tabla 2.- Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en estudiantes del 2do grado “A” de Educación Secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016	54
Tabla 3.- Nivel de conocimiento sobre principales enfermedades bucales en estudiantes del 2do grado “A de Educación Secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016	55
Tabla 4.- Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en estudiantes del 2do grado “A” de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016	56

Índice de Gráficos

Gráfico 1.- Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016	53
Gráfico 2.- Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016	54
Gráfico 3.- Nivel de conocimiento sobre principales enfermedades bucales en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016	55
Gráfico 4.- Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016	56

I. Introducción

La salud bucal forma parte importante en la prevención de enfermedades y recuperación de la salud. La tarea de prevención coincide casi exactamente con la educación, con el desarrollo de habilidades y capacidades de adaptación que constituyen factores de protección ante situaciones de riesgo.¹

El ambiente escolar resulta entonces, el lugar apropiado para desarrollar intervenciones de prevención.¹

Según Álvarez empleando actividades lúdicas, recursos visuales y prácticas guiadas de higiene bucal, concluye que el estado de salud bucal de los niños mejora significativamente luego del aprendizaje obtenido.²

Así como el odontólogo desempeña funciones de educador motivando y logrando cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental el docente también puede ejercer esta labor con menos presión y transformarla en una participación activa de la comunidad escolar.²

Para ello ante la necesidad de la región, para el logro progresivo de la sensibilización, concientización y capacidad emprendedora, para promover su participación social, humanista y trascendental.²

La OMS en todos sus programas de salud general reorienta en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en el desarrollo de estilos de vida saludables, en los países desarrollados las patologías más prevalentes tienden a

disminuir, en los países en vías de desarrollo como el nuestro, van en aumento estando acorde con un deficiente nivel de conocimientos sobre salud bucal.³

Era importante, entonces, saber con qué conocimientos y hábitos de higiene cuentan los adolescentes sobre salud bucal, porque en este periodo ocurren las principales variaciones dento-maxilares y se consolida la personalidad.⁴

En base de la investigación surgió el siguiente enunciado del problema: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016? El objetivo general, Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento Áncash, año 2016. Y los objetivos específicos: Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal, sobre principales enfermedades bucales y sobre desarrollo dental en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina en el año 2016.

La investigación estuvo justificada por la necesidad que el estudiante adolescente comprenda qué importante es su salud bucal, teniendo en cuenta que la adolescencia es una etapa de la vida en la que se producen cambios fisiológicos, psicológicos, socioculturales y biológicos, y se adoptan estilos de vida no saludables, que pueden afectar la salud bucodental.

La investigación se desarrolló en la Institución Educativa Santa María Reyna del Distrito de Chimbote, que cuenta un número aproximado de 878 alumnos y 65

docentes.⁵ se evaluaron a un total de 42 alumnos del segundo grado A de secundaria, a quienes se les aplicó el cuestionario de 18 preguntas donde los resultados permitieron concluir que el 59.5% de conocimiento regular donde se pretende insertar en la población estudiantil la importancia del auto cuidado y el papel que corresponde a cada individuo en la preservación de la salud bucal, y promover la educación en salud a los padres como elemento fundamental.

La investigación consta de tres apartados, se inició con la introducción que incluye el enunciado del problema, el objetivo general y los objetivos específicos; la justificación, la revisión de la literatura que abarca los antecedentes, bases teóricas de la investigación y la hipótesis. Seguido se estableció la metodología donde se establece el tipo, nivel y diseño de investigación, la población y muestra, la operacionalización de variables; la técnica e instrumento de recolección de datos, el plan de análisis, matriz de consistencia y principios éticos. Finalmente se presentan los resultados mediante tablas, gráficos e interpretación; el análisis de resultados, las conclusiones y recomendaciones.

II. Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes

Internacionales

Lavastida MA. (Cuba 2015). “Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres”. Objetivos: Describir los conocimientos básicos de salud bucal. Muestra: del universo de 561 adolescentes de 12 a 14 años, de la Secundaria Básica "Angola", municipio Playa, fueron seleccionados 167 con sus madres respectivas. Tipo de investigación: Realizó un estudio en una etapa descriptiva y otra analítica de corte transversal. Metodología: Con un muestreo de forma aleatoria simple, la información fue recogida en cuestionarios. Resultados: El 85,6 % de los adolescentes y el 91,6 %, de sus madres poseían un alto nivel de conocimientos, el nivel de conocimientos en los hijos se asoció significativamente al de sus madres ($p < 0,000$) con OR 39,486 (9,763-159,71), aún luego de la corrección se mantuvo la asociación en 37,500 (2,771-507,475), la sensibilidad fue de 97,9 % (97,5-98,3) y la exactitud diagnóstica de 71,9 % (59,7-84,0). Conclusión: El nivel de conocimiento de las madres es un instrumento para identificar el de sus hijos, por lo que se refuerza el planteamiento de que las estrategias que se elaboren para preservar la salud bucal en adolescentes, deben incluir a sus madres.⁶

2.1.2 Nacionales:

Pérez E. y Col. (Lima, 2015). Realizó su investigación de **Título:** “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de la escuela secundaria básica “Guido Fuentes”, 2015. **Objetivos:** evaluar el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los estudiantes de la Escuela Secundaria Básica “Guido Fuentes”. **Tipo de investigación:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. **Metodología:** se seleccionó una muestra aleatoria bietápica estratificada, y se aplicó un test como instrumento de trabajo, registrándose la información a través del interrogatorio. **Resultados:** El nivel de conocimientos sobre salud bucal en los estudiantes encuestados resultó predominantemente regular con un 40.4%, y malo para un 35.6%. Del total de estudiantes, los de 9no.grado obtuvieron el porcentaje más elevado en la categoría de malo, con un 21.9% y en cuanto al sexo, el femenino se destaca por el porcentaje más elevado en la categoría de bueno, con un 15.7% y el masculino en la categoría de malo con un 21.9%. **Conclusión:** El nivel de conocimientos sobre salud bucal en los estudiantes de la escuela Secundaria Básica “Guido Fuentes” fue evaluado como regular y malo.⁷

Palomino M. (Huancayo, 2015). Realizó su investigación de **Título:** “Nivel de conocimiento sobre salud Bucal en los estudiantes de 10 a 15 años de edad de la institución educativa particular “Marcelino Champagne” en el distrito de Huancayo de la provincia de Huancayo, región Junín en el año 2015”. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre salud Bucal en los estudiantes de 10 a 15 años de edad de la institución educativa particular

“Marcelino Champagne” en el distrito de Huancayo de la provincia de Huancayo, región Junín en el año 2015 **Tipo de investigación:** Investigación descriptiva y observacional **Metodología:** Se aplicó una encuesta a 50 alumnos del nivel secundario con las preguntas que medían el nivel de conocimiento en tres niveles: bueno, regular y malo. **Resultados:** En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 50% mostro un nivel bueno seguido por 48% que tuvo un nivel regular y un 2% malo, en cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 64% mostro un nivel bueno seguido por el 34% malo y un 2% malo, sobre el conocimiento sobre enfermedades bucales, el 58% tuvo un nivel bueno, seguido por un 40% de un nivel regular y un 2% malo. **Conclusión:** los estudiantes de 10 a 15 años de edad de la institución educativa particular “Marcelino Champagne” en el Distrito de Huancayo demostraron un conocimiento en Salud Bucal de 50% en nivel bueno seguido por 48% que tuvo un nivel regular y un 2% malo.⁸

2.1.3 Locales

Cerna D. (Nuevo Chimbote, 2014) Realizó su investigación de **Título:** Nivel de conocimiento de Salud bucal en el estudiantes de 2do de secundaria de IEP Ramón Castilla N° 00532 del Distrito de Nuevo Chimbote, Departamento de Ancash, Setiembre 2014. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 2do de secundaria de IEP Ramón Castilla N° 00532 del Distrito de Nuevo Chimbote. **Tipo de investigación:** Realizó la investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. **Metodología:** aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 22 participantes en dicha Institución. El nivel de conocimiento

sobre Salud Bucal en dimensiones de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo relacionó el nivel de conocimiento con el grupo atareo y con el grado de instrucción. **Resultados:** Sobre conocimiento en Salud Bucal según edad se obtuvo un 22.7% regular, según género 36.4 % representando un nivel regular (masculino). En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, se obtuvo un 27.3 % regular según edad de 12 años. Según genero 40.9% representando un nivel regular femenino. Sobre el conocimiento de enfermedades bucales, se obtuvo un 18.2% regular (coincidiendo 12 -13 años), según género 27,3. % representando un nivel regular femenino. Por último, en desarrollo dental se obtuvo un 22.7% malo (coincidiendo 12 y 13 años) según género 31.8% un nivel malo (en ambos géneros) **Conclusión:** Demostraron un conocimiento en Salud Bucal de 22.7% regular, y según género 36.4 % nivel regular en varones.⁹

León T. (Nuevo Chimbote, 2014) Título: “Nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la I.E.P. "Peter Norton del 2do de secundaria del Distrito de Nuevo Chimbote Provincia Del Santa Septiembre 2014”
Objetivo: determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la institución educativa particular "Peter Norton del 2do de secundaria del el Distrito de Nuevo Chimbote Provincia Del Santa septiembre 2014. **Tipo de investigación:** Realizó su investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. **Metodología:** se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 21 participantes en dicha Institución donde el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se relacionó el nivel de conocimiento con el

grupo etario y con el grado de instrucción. **Resultados:** sobre conocimiento en Salud Bucal según edad el 71,4% mostró un nivel regular (13 años), según género el 38,1% tuvo un nivel regular (masculino). En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas según edad, el 52,4% tuvo un nivel regular (13 años), según género el 33,3% un nivel bueno (masculino) sobre el conocimiento de enfermedades bucales según edad el 61,9% tuvo un nivel regular (13 años), según género el 33,3% un nivel regular (masculino), con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes según edad el 52,4% tuvo un nivel bueno (13 años), según género el 33,3% un nivel bueno (masculino); por último, en desarrollo dental según edad el 57,1% tuvo un nivel malo (13 años), según género el 38,1% tuvo un nivel malo (masculino) **Conclusión:** el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la institución educativa particular "Peter Norton del 2do de secundaria del el distrito de Nuevo Chimbote Provincia Del Santa septiembre 2014 es regular según edad y según género.¹⁰

Bernal V. (Chimbote, 2015). Título: “El nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la Institución Educativa Nacional Inmaculada de la Merced del 2do de secundaria del Distrito de Chimbote Mayo 2015”.

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la Institución Educativa Nacional Inmaculada de la Merced del 2do de secundaria del distrito de Chimbote Mayo 2015. **Tipo de investigación:**

Realizó un trabajo de investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. **Metodología:** aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 26 participantes en dicha Institución. El nivel de conocimiento

sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental.

Resultados: Sobre conocimiento en Salud Bucal según edad el 73.1% mostró un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas según edad, el 59.3% tuvo un nivel regular, sobre el conocimiento de enfermedades bucales según edad el 50% tuvo un nivel regular, con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes según edad el 42,3% tuvo un nivel bueno, último, en desarrollo dental según edad el 57,7% tuvo un nivel malo. **Conclusión:** el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la Institución Educativa Nacional Inmaculada de la Merced del 2do de secundaria del distrito de Chimbote, mayo 2015 es regular.¹¹

Bonilla D. (Nuevo Chimbote , 2015) Título: “Nivel de conocimiento de salud bucal en el en estudiantes de 2do de secundaria de la I.E "San Luis de la paz" N°88388, en el Distrito de Nuevo Chimbote en setiembre del 2014”.

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en estudiantes de 2do de secundaria de la I.E "San Luis de la paz" n°88388, en el Distrito de Nuevo Chimbote en setiembre del 2014.” **Tipo de investigación:**

investigación de tipo observacional, descriptivo y transversal **Metodología:**

Se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 25 participantes en dicha institución. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. **Resultados:** en general, sobre conocimiento en salud bucal el 60 % mostró un nivel malo, el 40 % tuvo un nivel regular y 0 % un nivel

bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 44 % tuvo un nivel malo, el 44 % un nivel regular y 12% obtuvo un nivel bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 68 % tuvo un nivel malo, el 28 % un nivel regular, y 4 % obtuvo un nivel bueno; por último, en desarrollo dental el 88 % tuvo un nivel malo, el 12 % tuvo un nivel regular, y el 0 % mostró un nivel bueno. **Conclusión:** el nivel de conocimiento de salud bucal en el en estudiantes de 2do de secundaria de la I.E "San Luis de la paz" N°88388, en el distrito de Nuevo Chimbote en setiembre del 2014 es malo.¹²

Cárdenas Z. (Nuevo, Chimbote). Título: “Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 2do grado de secundaria de I.E. Fe y Alegría N°16 Chimbote, Ancash, mayo 2015”. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 2do grado de secundaria de institución educativa Fe y Alegría N°16 Chimbote, Ancash, mayo 2015. **Tipo de investigación:** Realizó su investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. **Metodología:** en una muestra con veinte participantes en dicha Institución se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria para hallar el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales. **Resultados:** En general, sobre conocimiento en Salud Bucal se tuvo un 75% regular y según género el 45% de mujeres mostró un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas en general el 70 % tuvo un nivel regular y según género el 35% en un nivel regular (masculino y femenino), y sobre el conocimiento de enfermedades bucales en general se tuvo 65% un nivel malo; según género el masculino

obtuvo 35.0% en un nivel malo. **Conclusión:** el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 2do grado de secundaria de institución educativa Fe y Alegría N°16 Chimbote, Ancash, mayo 2015 fue regular¹³

Dioses S. (Nuevo Chimbote, 2014) Título: “Nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la IEP Santo Tomas El apóstol, Distrito Nuevo Chimbote – Departamento De Ancash, Setiembre 2014” **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la IEP Santo Tomas El apóstol, Distrito Nuevo Chimbote – Departamento De Ancash, Setiembre 2014 **Tipo de investigación:** investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. **Metodología:** Se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 17 participantes en dicha Institución. Hallando el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etario y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. **Resultados:** En general, sobre conocimiento en Salud Bucal según edad 58,8 % (13 años) y género 47,1% (femenino) mostró un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas según edad 70,6% (13 años) y género 58,8 %(femenino) tuvo un nivel regular; sobre el conocimiento de enfermedades bucales según edad 35,3 % (femenino) y género 29,4%(masculino) tuvo un nivel regular; y con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes según edad 29,4 % (13 años) y género 23,5 % (femenino) tuvo un nivel bueno; por último, en

desarrollo dental según edad 47,1 % (13 años) y género 47,1 % (femenino) tuvo un nivel malo. **Conclusión:** el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la IEP Santo Tomas El apóstol, Distrito Nuevo Chimbote – Departamento De Ancash, Setiembre 2014 es regular.¹⁴

Salazar F. (Chimbote, 2015). Título: “Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 2do grado de secundaria de institución educativa “Newton College Chimbote, marzo 2015” **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 2do grado de secundaria de I.E. “Newton College Chimbote, marzo 2015. **Tipo de investigación:** De tipo observacional, descriptivo de corte transversal. **Metodología:** Aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 30 participantes en dicha Institución. Para hallar el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal dividió en dimensiones nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental. **Resultados:** En general, sobre conocimiento en Salud Bucal según edad el 83,3% mostró un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas el 73.3 % tuvo un nivel regular, sobre el conocimiento de enfermedades bucales según edad el 60% tuvo un nivel Regular, con respecto al conocimiento sobre atención odontológica en gestantes el 43,3 % tuvo un nivel regular, por último, en Desarrollo dental el 70% tuvo un nivel malo. **Conclusión:** El nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 2do grado de secundaria de I.E. “Newton College Chimbote, marzo 2015 es regular.¹⁵

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Salud bucodental

La carga de enfermedades bucodentales es particularmente alta en los grupos de población desfavorecidos y pobres, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Enfermedades bucodentales como la caries dental, las perio dontopatías, la pérdida de dientes, las lesiones de la mucosa oral y los cánceres oro faríngeos, las enfermedades bucodentales relacionadas con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los traumatismos oro dentales son importantes problemas de salud pública en todo el mundo, y una mala salud bucodental tiene profundos efectos en la salud y la calidad de vida general.¹⁶

La diversidad de las pautas de morbilidad bucodental y las distintas tendencias según el país y la región reflejan los diferentes perfiles de riesgo y la influencia de los programas preventivos de atención bucodental. Un gran número de estudios socio epidemiológicos muestran el importante papel que tienen los factores socio comportamentales y ambientales en la salud bucodental. Además de las malas condiciones de vida, los principales factores de riesgo guardan relación con el modo de vida (una dieta, nutrición e higiene bucodental deficientes, y el consumo de tabaco y alcohol) y con una escasa disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud bucodental.¹⁶

2.2.2. Medidas Preventivas

▪ Cepillo dental

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa dentó bacteriana y tiene como objetivos.

- Eliminar y evitar la formación de placa dentó bacteriana.
- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- Estimular los tejidos gingivales.
- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.¹⁷

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas. La cabeza el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos se une al mango por medio del latón, las cerdas son de nailon y miden de 10 a 12 Mm. de largo, sus partes libres pueden tener diferentes grados de redondez conforme al uso estas se expanden. Los cepillos se dividen de acuerdo al tamaño en grandes medianos y chicos, en su perfil se dividen en planos, cóncavos y convexos, según la dureza de las cerdas se dividen en suaves, medios y duros. La dureza de las cerdas está en función del diámetro.¹⁷

Es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar lesiones gingivales y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente. Se cree que los penachos que están separados son más eficientes que aquellos que están juntos. El cepillo para que sea eficaz de debe estar seca antes de utilizarse, es necesario remplazarlo

cada mes a tres meses en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.¹⁷

▪ **Técnica Circular o Rotacional**

Para mayor eficacia del cepillado, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud como barrera con una escoba. De ese modo las cerdas pasan por la encía siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario y pasan por los espacios ínter proximales.¹⁷

En las superficies linguales de los dientes anteriores el cepillo debe tomarse de manera vertical las superficies oclusales se cepillan con un movimiento de vaivén hacia atrás y hacia adelante o con golpeteo. Si cada arcada se divide en seis zonas (dos posteriores, dos medias y dos anteriores) cada una de éstas tiene dos caras linguales y vestibular o labial. Las zonas a cepillar son 24 ya que se recomienda realizar de 8 a 12 cepillados por zona lo cual hace un total de 192 a 288 cepilladas.¹⁷

El cepillo para que sea eficaz debe estar seco antes de utilizarse, es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen. Las personas que utilizan dentadura parcial removible y aparatos de ortodoncia removibles deben utilizar

dos cepillos, un para los dientes naturales y otro para las bandas y otras partes de metal (brackets).¹⁷

▪ **Técnicas de cepillado**

Las técnicas de cepillado son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse; pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca entre ellas la lengua y paladar.¹⁷

▪ **Técnica Circular o Rotacional**

Para mayor eficacia del cepillado, el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo las cerdas del cepillo se colocan en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Así, el cepillo se gira con lentitud como barrera con una escoba. De ese modo las cerdas pasan por la encía siguen por la corona (en ese momento forman un ángulo recto con la superficie del esmalte) y se dirigen hacia la superficie oclusal, pero es necesario y pasan por los espacios ínter proximales.¹⁷

▪ **Técnica de Chárter**

El cepillado con esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas ínter proximal. Las cercas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntando hacia la superficie oclusal. De ese modo se realizan movimientos vibratorios en los espacios Ínter proximales. Al cepillar las superficies oclusales se

presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El cepillo se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. Esta técnica se utiliza también alrededor de aparatos ortodónticos y cuando está desapareciendo el tejido ínter proximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas.¹⁷

- **Técnica de Stillman**

Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidas hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios.¹⁷

- **Cepillado de la Lengua**

El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos la placa bacteriana y el número de microorganismos la técnica correcta para cepillar la lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible sin Inducir nausea, y con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, y el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área. El uso de dentífrico lleva a obtener mejores resultados.¹⁷

2.2.3. Medios Auxiliares de la Higiene Bucal

El cepillado de los dientes es insuficiente para limpiar los espacios proximales, por lo cual es necesario utilizar el hilo dental.¹⁸

▪ 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, con sabor a menta. Su indicación depende de las características de la persona; si existe un contacto muy estrecho entre los dientes es preferible usar el hilo, pero, si el espacio es mayor es conveniente utilizar la cinta o hilo de tipo "floss", una zona central distensible con varias fibrillas.¹⁸

▪ Estimulador Interdental

Es una punta flexible de hule o plástico que está adherida al extremo libre del mango del cepillo. Se utiliza solo para eliminar residuos del espacio interdental cuando este se encuentra muy abierto se ha reducido. Es un cepillo de forma cónica con fibras dispuestas en espiral. Se usa únicamente para asear espacios interdental amplios.¹⁸

▪ Palillos

Hay palillos de madera para limpiar los espacios interdental pero sólo se utilizan cuando dichos espacios son amplios y es

necesario tener cuidado de no lesionar la papila gingival, hay un limpiador interdental de puntas romas que constituye un auxiliar de gran utilidad para la higiene dental.¹⁸

▪ **Irrigador Bucal**

Los irrigadores bucales son aparatos que se conectan directamente a la llave del agua o tienen un motor para generar un chorro de agua pulsátil, el cual se dirige de manera perpendicular hacia el eje mayor del diente Así es posible lavar y dar masaje al margen de la encía, y también eliminar residuos de alimentos. Algunos autores afirman que el irrigador no elimina la matriz pegajosa de la placa dentó bacteriana pero reduce el potencial patógeno.¹⁸

▪ **Dentífrico o Pasta Dental**

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, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tensas activas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias soporíferas, como la menta, al grado de que muchas personas no se cepillan los dientes cuando carecen de pasta dental. Algunos dentífricos contienen sustancias desensibilizantes, las cuales disminuyen la hipersensibilidad de la dentina en personas con este problema.¹⁹

Otro componente es el fluoruro, el cual puede ser sodio o estaño o

monofluorofosfato de sodio; pero independientemente del tipo adicionado, todos contienen la misma cantidad del Ion, es decir, 0.1% o 1 000 partes por millón (ppm). Se recomienda usar poca cantidad de dentífrico para evitar la ingestión excesiva de fluoruro en caso de consumo accidental. Hay dentífricos que contienen triclosán un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras.¹⁹

▪ **Clorhexidina**

Este es uno de los agentes químicos más eficaz para combatir la placa dentó bacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, el esmalte del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano. Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse en la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas, esta propiedad se denomina sustantividad. El digluconato de clorhexidina en solución alcohólica al 0.12% se utiliza cada 12 horas. En colutorio o enjuague durante 30 a 60 segundos inmediatamente después de la limpieza bucal.²⁰

El paciente debe saber que no debe deglutir la solución ni consumir líquidos o alimentos durante 30 minutos siguientes para lograr máxima eficacia. Los efectos colaterales de la solución mencionada son: irritación de mucosa, descamación, cambios en el sentido del

gusto, tinción de dientes y lengua sobre todo en personas fumadoras o que ingieren te, café, o vino tinto o todos. Por tanto, solo debe indicarse a pacientes con enfermedad periodontal, irradiados en cara o cuello, con tratamiento ortodóntico con antecedentes recientes de tratamiento quirúrgico bucal o incapacitados para seguir una higiene bucal adecuada.²⁰

Pero la caries no es inevitable. La saliva arrastra los restos de comida que quedan en la boca, neutraliza los ácidos producidos por la placa bacteriana y aporta calcio y fosfato a los dientes en un proceso que se conoce como remineralización. La saliva también actúa como depósito para el flúor de la pasta de dientes o de las aguas fluoradas. El flúor ayuda a controlar las caries remineralizando los dientes e inhibiendo la producción de ácidos bacterianos, lo que reduce o frena el proceso de caries. Las caries sólo se producen cuando el proceso de desmineralización supera el de remineralización durante un cierto período de tiempo.²⁰

2.2.4. Higiene bucal y uso del flúor

En los últimos años ha habido una reducción en la incidencia de caries en la mayoría de los países europeos. Un aumento de la higiene bucal, incluyendo un cepillado diario y el uso del hilo dental para quitar la placa, así como el uso de pasta de dientes con flúor, combinado con revisiones dentales periódicas, parece ser los responsables de la mejora. El flúor inhibe la desmineralización, fomenta la remineralización y

aumenta la dureza del esmalte de los dientes, haciéndolo menos solubles a los ácidos. Una cantidad apropiada de flúor ayuda a prevenir y controlar las caries. El flúor se puede suministrar en manera sistemática mediante el agua de consumo público fluorada, otras bebidas con flúor o suplementos. Asimismo, se puede aportar de manera tópica, directamente en la superficie de los dientes mediante pasta de dientes, enjuagues bucales, geles y esmaltes.²¹

En algunos países la sal, la leche u otras bebidas tienen flúor añadido y disponen también de suplementos de fluor en forma de comprimidos o líquida. Se debe tener en cuenta el nivel de flúor en el agua potable y en la comida cuando se evalúa la necesidad de tomar suplementos de flúor. Esto es especialmente importante en los niños menores de 6 años cuyos dientes aún se están desarrollando. Un exceso de consumo de flúor puede llegar a causar manchas en los dientes, lo que se conoce como "fluorosis". El cepillado utilizando una pasta de dientes con flúor parece ser el factor más importante en el descenso de caries observado en muchos países. El cepillado y el uso de hilo dental ayudan de forma concomitante a la aplicación de flúor para eliminar bacterias de la boca y reducir el riesgo de caries y de enfermedades periodontales.²¹

2.2.5. Biofilm y dieta Cariogénica

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 deprima 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 cariogénicos son: caramelos, confiterías, bombones, pasteles, galletas, bebidas de chocolates, entre otros.²²

Sería bueno recomendar la sustitución de alimentos cariogénicos 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.²²

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.²²

▪ **Efecto del flúor sobre la forma del diente**

Los estudios de los cambios de la morfología dentaria, por acción del flúor, coinciden en destacar unas superficies oclusales más suaves y redondeadas, presentan fisuras amplias y superficiales que dan lugar a una menor retención y a un mejor acceso de los diversos mecanismos de remoción mecánica de la placa.²³

▪ **Toxicidad**

El fluoruro es una sustancia toxica, debido a que se emplea de varias maneras para prevenir caries, es importante conocer los márgenes de seguridad a cada forma terapéutica. La dosis letal de fluoruro es de 32 a 64 mg/kg de peso corporal. La dosis que podría ocasionar náuseas, hipersalivación, dolores abdominales, vómitos, diarreas es de un mg/kg de peso corporal, nos referimos a fluoruro ingerido. La intoxicación crónica es la que más nos interesa, pues la administración de fluoruro ha aumentado de forma muy importante: para prevenir caries, por parte de los profesionales, para uso doméstico en pastas y colutorios, para fluoración de las aguas y alimentos, entre otros usos. Una excesiva ingestión de fluoruro superior a los 8 ppm de ión fluoruro en el agua, puede dar como

resultado una osteoesclerosis en personas que la han consumido durante más de 20 años. Sin embargo, las células del organismo más sensibles a altas concentraciones de flúor son los ameloblastos, de modo que en la formación del esmalte veremos con más frecuencia los efectos de un consumo continuado y exagerado de este oligoelemento, dando lugar a la “fluorosis dental”, que se caracteriza clínicamente por la aparición de distintos tipos de lesiones en esmalte que van desde las opacidades blanquecinas y sin brillo que en casos más graves se convierten en manchas irregulares de color marrón hasta la destrucción parcial del esmalte. El tratamiento consistirá en eliminar la fuente excesiva de flúor y para mejorar la estética: realizar el pulido de las superficies manchadas, blanqueamiento con peróxido de hidrógeno, y en casos graves las carillas de porcelana o corona de recubrimiento total.²³

2.2.6. Vías de administración

- **Vía sistémica:** En la que los fluoruros son ingeridos a través del torrente circulatorio, depositándose a nivel óseo y en los dientes. El máximo beneficio de este aporte se obtiene en el período pre-eruptivo. Muchos autores plantean que para que los suplementos sistémicos presenten máximo efecto cariostático, debían contactar con los dientes desde el inicio de su desarrollo hasta la erupción (es decir desde el nacimiento hasta los 13 años).²⁴
- **Vía tópica:** Supone la aplicación directa sobre los dientes, por lo que

su uso es pos-eruptivo, puede iniciarse desde los 6 meses de nacido y continuar durante toda la vida, pero su máxima utilidad se centraría en los períodos de más susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos hipercariogénicos. La vía tópica requiere de dosis más altas.²⁴

2.2.7. Método de aplicación:

▪ Vía sistémica

Fluoración de las aguas: fluoruro sódico, silico fluoruro de sodio y el ácido hexafluorsilícico. Se considera una medida de protección colectiva muy eficaz actualmente. Aguas de mesas con flúor (agua embotellada con dosis de flúor no superior a 1,5 ppm).

▪ Vías tópicas

Barnices, Gel, Dentífricos, Colutorios, Seda dental fluorada, Gel, generalmente se utiliza el APF (acidulated phosphate fluoride) a 1,23% aunque también existe el gel flúor fosfato neutro 1,1 ó 2%. Puede ser aplicado directamente a los dientes con un hisopo de algodón (técnica directa) o con un porta impresiones (técnica indirecta), se prefiere esta última por ser más rápida, aunque si se tratara de una dentición mixta en que falten los molares primarios puede ser más conveniente la directa. Como el APF tiene una alta concentración de fluoruro 1,3 mg / mol es necesario surtir la cantidad necesaria o requerida para cada edad, ya que la ingestión de cantidades pequeñas en un niño de 5 años (1,6 ml) puede originar

síntomas digestivos. En estudios realizados se ha demostrado que la eficacia del gel es igual a la solución de APF.

Tiene el inconveniente de no poder utilizarse si existen restauraciones de porcelana y resinas compuestas, ya que pueden producir pigmentaciones. Se utiliza de acuerdo con el grado de riesgo identificado de las siguientes formas: Cuatro aplicaciones a intervalos de 2 a 4 semanas de manera inicial y posteriormente continuar con una aplicación trimestral, semestral o anual.

Una aplicación trimestral o semestral.²⁵

Suplemento de los alimentos con flúor

La sal fluorada se utiliza de forma masiva en Perú, Costa Rica y Cuba en dosis de 200 a 250 mg de F por kg de sal.

También es usada la leche fluorada, la harina o los cereales. A través de alimentos como el pescado, marisco, té, carnes, arroz, frutas, tomate, papa, miel, podemos ingerir flúor.²⁵

2.2.8. Colutorios o enjuagatorios

Los colutorios se deben utilizar después del cepillado dental a modo de enjuague bucal. Se trata de una solución acuosa cuya principal función es la de evitar la formación de placa bacteriana y su calcificación (sarro), así como prevenir la enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis) e incluso tratarla cuando existe, ya que entre sus componentes figuran agentes antimicrobianos (antibióticos) y

cicatrizantes. También hay algunos que contienen flúor con el fin de prevenir la 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, Triclosan, 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, con sustancias anti placa 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.²⁶

2.2.9. Pasta Dental o Dentífrico

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.²⁷

Hasta hace pocos años, el efecto cosmético de los dentífricos 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, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tenso activas, espumígenas, bactericidas y abrasivos. Además, el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias soporíferas, como la menta.²⁷

Los principales ingredientes de los dentífricos son:

- **Abrasivos.** - Se emplean para dar un máximo de limpieza con un mínimo de marcas o rayas sobre la superficie de los dientes, entre los más comunes se encuentran el pirofosfato cálcico, fosfato de calcio

bibásico, fosfato tricálcico, ortofosfato cálcico, carbonato de calcio, hidróxido de aluminio.

Sin embargo, si se usa una pasta demasiado agresiva es más perjudicial que saludable porque contribuye al desgaste de los dientes; si además se utiliza con un cepillo de cerdas duras y una técnica de cepillado inadecuada se aumenta el problema.

- **Humectantes.** -Previenen que la pasta se seque y también proporcionan un cierto grado de plasticidad. Los más usados son glicerina, propilenglicol y sorbitol.
- **Agua.** - Sin ella, la pasta sería demasiado espesa para utilizarse normalmente.
- **Detergentes.** - Son agentes espumantes que sirven para limpiar la superficie y que actúen mejor los abrasivos, los más usado son el lauril sulfato de sodio y de magnesio.
- **Espesantes.** - Se usan para mantener y mejorar la consistencia de la pasta, previenen la separación de los ingredientes bajo condiciones extremas; se usan la goma de tragacanto y musgo de Irlanda.²⁷

2.2.10. Enfermedades Bucales

▪ Caries Dental

Es un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos que,

debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, trae como resultado una pérdida del mineral de la superficie dental, cuyo signo clínico es la destrucción localizada de tejidos duros. Diversos factores se han vinculado al riesgo de la caries dental. La desnutrición lleva a mayor susceptibilidad.²⁸

La caries dental puede aparecer en la corona del diente y en la porción radicular; puede ser muy agresiva y puede afectar la dentición decidua. Existen muchos factores de riesgo: físicos, biológicos, ambientales, conductuales; además el número de bacterias que causan caries, la disminución en el flujo salival, poca o nula exposición al flúor, la higiene oral deficiente y la pobre alimentación. Los dientes con defectos en la estructura del esmalte son más susceptibles a las caries.²⁸

▪ **Etiología de la Caries Dental**

Se puede desarrollar en cualquier superficie dentaria, que esté en la boca y presente en su superficie la placa bacteriana. Si bien es cierto que la caries dental es una enfermedad multifactorial, esta se fundamenta en las características e interrelaciones de los llamados factores básicos, etiológicos, primarios o principales: dieta, huésped y microorganismos. Posteriormente algunos autores, señalan que existen factores moduladores, los cuales contribuyen e influyen decisivamente en el surgimiento y la evolución de las lesiones cariosas, entre ellos se encuentran: tiempo, edad, salud general,

fluoruros, grado de instrucción, nivel socioeconómico, experiencia pasada de caries, grupo epidemiológico y variables de comportamiento. Los microorganismos, los carbohidratos fermentables y las alteraciones estructurales de los dientes, sumado a una susceptibilidad marcada del huésped son factores que interactúan en la aparición de lesiones cariosas.²⁸

La caries puede definirse como la destrucción progresiva de la estructura dental. La placa bacteriana (bacterias, saliva y restos alimenticios) que se adhiere permanentemente a la superficie del esmalte dental, genera ácidos que destruyen primero al esmalte, luego a la dentina y, finalmente a la pulpa. Ésta última posee vasos sanguíneos y nervios; si la infección llega hasta la pulpa genera un intenso dolor.²⁸

Las bacterias aprovechan las oquedades de los dientes para formar colonias y convierten los azúcares en ácidos. Si la placa bacteriana se remueve después de cada comida, las bacterias no tienen material alimenticio para degradar, entonces, no se producen ácidos. Los síntomas evidentes de aparición de una caries son sensaciones dolorosas al consumir alimentos muy dulces, muy fríos o muy calientes.²⁸

▪ **Podemos evaluar la caries en tres grados distintos:**

Caries de primer grado: Afecta únicamente al esmalte. Por lo general no duele y por tanto es más difícil de detectar. En este

momento es cuando un buen tratamiento puede asegurar mejores resultados, ya que es poca la cantidad de tejido dañado.

Caries de segundo grado: Afecta al esmalte y la dentina. Puede reconocerse a simple vista por cambios en la transparencia del diente.

Todavía no es un tipo de caries excesivamente dolorosa, lo cual es un inconveniente, puesto que se buscan los servicios profesionales demasiado tarde.

Caries de tercer grado: Es la que afecta a la pulpa dentaria. El proceso ha ido avanzando en profundidad hasta llegar a la pulpa. En este momento ya es muy dolorosa.

La mayoría de las veces el dentista, si quiere mantener la pieza, debe extirpar el nervio y reconstruir luego la corona del diente. Cuando esto no es posible se debe proceder a la exodoncia.²⁹

▪ **Enfermedad periodontal**

Para entender cómo se inicia y progresa esta enfermedad, primero es necesario conocer cómo son esos tejidos en salud y en enfermedad.

En una boca sana los dientes están sostenidos por las encías, el hueso mandibular, la membrana periodontal que rodea las raíces de los dientes y el cemento que los une con el hueso. La encía está constituida por un tejido fibroso y compacto que cubre la región alveolar. Una de sus funciones es defender al ligamento periodontal

de la agresión que implica la masticación de los alimentos. Entre diente y diente forma un saliente que llena el espacio llamado papila gingival, esta es la primera en alterarse en caso de enfermedad. El color normal de la encía es rosado pálido, pero cuando se altera a causa de una infección o inflamación, cambia a un color rojo vino amoratado.³⁰

▪ **Gingivitis:**

Inflamación de las encías. Cuando las encías se inflaman, producen dolor y sangran fácilmente. Esta afección aparece, casi siempre, debido a una deficiente higiene bucal, un mal cepillado de los dientes que permite el desarrollo y proliferación de las bacterias. Estas bacterias forman lo que se conoce por placa dental o placa bacteriana, una capa viscosa y blanda que se acumula principalmente en los empastes defectuosos y alrededor de las piezas dentales cercanas a dentaduras postizas poco limpias, a puentes y aparatos de ortodoncia. Cuando esa capa permanece más de 3 días en los dientes, forma lo que se llama sarro. La inflamación de las encías es llamada gingivitis. Las bacterias presentes en la placa que rodea los dientes liberan las enzimas colagenasas, las cuales pueden dañar y erosionar los tejidos de las encías. Las encías infectadas se inflaman, sangran con facilidad, se retraen y se separan de los dientes. La gingivitis causa la pérdida de los dientes con mayor frecuencia que la caries dental.³⁰

2.2.11. Desarrollo dental

La ontogénesis se define como el proceso embriológico que dará lugar a la formación del germen dental. En este proceso intervienen fundamentalmente los tejidos embrionarios del mesodermo y ectodermo, separados ambos por una capa basal de origen epitelial, junto con la contribución de la cresta neural.³¹

- Periodo de lámina dental: El primer vestigio de tejido ontogénico humano puede apreciarse entre la cuarta y sexta semanas de vida embrionaria (embrión de 11 mm). A partir de la lámina dental, como consecuencia de una actividad proliferativa continuada y localizada del epitelio en el ectomesénquima subyacente, tendrá lugar la formación dentaria. A partir de este punto la odontogénesis se divide en tres estadios: brote, casquete y campana. Durante estos estadios tendrán lugar tanto la morfodiferenciación como la histodiferenciación del órgano dental.³¹
- Estadio de Brote, durante la octava semana intrauterina, simultáneamente con la diferenciación de la lámina dentaria, surgen de la misma, en cada maxilar, tumefacciones o proliferaciones locales redondas u ovoidales en diez puntos diferentes. Son los denominados brotes o gérmenes dentales que se corresponden con el número de dientes temporales, diez en la mandíbula y diez en el maxilar. Son los esbozos de los órganos del esmalte y de los folículos dentarios.³¹

- Periodo de casquete, durante la décima semana en esta fase temprana pueden comenzar a identificarse los elementos formativos del diente. El sobre crecimiento epitelial, que tiene un cierto parecido con un sombrero o casquete, situado sobre un balón de ectomesénquima condensado, se denominará órgano del esmalte y dará lugar al esmalte dentario. El balón de células ectomesenquimatosas condensadas ó papila dental, formará la dentina y la pulpa. A su vez el ectomesénquima condensado que limita la papila y encapsula el órgano del esmalte, conocido como folículo dental o saco, será el origen de los tejidos de soporte del diente (periodonto).³¹

- Estadio de campana: Durante esta fase, que tiene lugar alrededor de los tres meses del desarrollo intrauterino, la corona dental toma su forma final (Las cuatro capas del órgano del esmalte se encuentran diferenciadas en este estadio).³¹

- Formación de la corona (esmalte y dentina): El siguiente paso en el desarrollo del diente es la diferenciación de ameloblastos y odontoblastos y la formación de los dos tejidos duros principales del diente, el esmalte y la dentina. Tras el estadio de campana, y hasta que la corona del diente alcanza su tamaño completo, sólo se dividen las células del margen cervical del esmalte. En las zonas que darán lugar a las futuras puntas cuspídeas, donde aparecerá la primera capa de dentina, cesa la actividad mitótica y las células del epitelio dental interno se elongan y revierten su polaridad, quedando sus núcleos enfrentados a la papila dental.³¹

- Formación de la raíz: El desarrollo de las raíces comienza después de que la formación del esmalte y de la dentina han alcanzado la futura unión cemento-adamantina. La raíz está formada por dentina y cubierta de cemento ³¹.

2.2.12. Tipos de dentición.

▪ Dentición decidua

La dentición decidua está formada por un total de 20 dientes distribuidos en ambos arcos. En cada arco se encuentran cuatro incisivos, dos caninos y cuatro molares. Las coronas de los dientes deciduos son anchas mesiodistalmente y cortas gingivooclusalmente, con excepción de la corona del lateral superior, la cual es más larga que ancha. Las raíces de los dientes anteriores son largas y delgadas en relación con su corona. Las de los molares son largas, delgadas y divergentes hacia apical; esta divergencia crea un mayor espacio para el desarrollo de los dientes permanentes. Las cámaras palpaes son muy amplias y las coronas clínicas son más blancas que las de los dientes permanentes.³¹

Los dientes deciduos comienzan su aparición en la boca aproximadamente a los 6 meses de edad y terminan de erupcionar en promedio a los 2 años. Durante la dentición primaria es común encontrar un espaciamiento interdental, este espaciamiento resulta más obvio en cuatro zonas específicas a las que Baume ha denominado «espacios primates». En el arco inferior estos espacios

se encuentran entre los caninos y los primeros molares, mientras que en el arco superior los espacios se ubican entre los incisivos laterales y los caninos. Estos espacios suelen agrandarse conforme el niño pequeño crece y se expande el arco dental. Este espaciamiento es necesario para que los incisivos permanentes, de mayor anchura mesiodistal, se ubiquen dentro del arco sin ningún problema.³¹

▪ **Dentición mixta**

Dentición mixta Es la etapa en la que encontramos presentes en la boca dientes primarios y permanente. Este periodo de transición de la dentición primaria a la permanente se realiza en dos periodos activos, el primero se da entre los 5 y 8 años de edad con la erupción de la primera molar permanente y de los incisivos permanentes; y el segundo periodo comprende entre los 8 y 12 años de edad cuando erupcionan los caninos, premolares y segundos molares permanentes³¹.

▪ **Dentición permanente**

Está formada usualmente por 32, en algunos casos son 28 dientes cuando hay agenesia de los terceros molares. Con la erupción del segundo molar permanente (aproximadamente a los 12 años de edad) se completa la dentición permanente. Sin embargo, en muchos pacientes la dentición permanente se completa entre los 18 y 25 años de edad con la erupción de las terceras molares. Finalmente, en la

erupción dental, más importante que la fecha de erupción, es la secuencia de los acontecimientos ^{31,32}.

Arcada superior	Arcada inferior
6-7 años incisivo central	6-7 años incisivo central
8-9 años incisivo lateral	8-9 años incisivo lateral
11-12 años caninos	9-10 años caninos
10-11 años Primer premolar	10-12 años Primer premolar
10-12 años Segundo premolar	11-12 años Segundo premolar
6-7 años Primer molar	6-7 años Primer molar
12-13 años Segundo molar	11-13 años Segundo molar
17-21 años Tercer molar	17-21 años Tercer molar ^{31,32}

2.2.13. El conocimiento.

Definido como un conjunto de símbolos y representaciones abstractas que se acumulan y adquieren durante la vida mediante la experiencia, aprendizaje formal o por la observación, todo ello interrelacionado crean un marco para tomar una decisión o conducta ante una situación.³³

Así mismo ante la gran cantidad de información que percibimos cada persona asimila de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce efectos de ansiedad o reacciones defensivas. La modalidad de conocimiento-acción refiere que percibido un estímulo, el individuo lo interpreta dependiendo a las experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje ³³.

III. Hipótesis

- Por ser una investigación de nivel descriptivo no plantea hipótesis, ya que sólo determinará el nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Hernández R. Fernández C, Baptista M. (2014), no todas las investigaciones plantean hipótesis; el hecho de que se formule o no hipótesis depende de dos factores esenciales: el enfoque del estudio y el alcance; los estudio exploratorios y descriptivos no necesariamente llevan hipótesis.³⁴

IV. Metodología

4.1 Diseño de la investigación

Tipo de investigación

Según el enfoque es: Cuantitativo.

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) Usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.³⁴

Según la intervención del investigador es: Observacional.

- Supo J. (2014) No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.³⁵

Según la planificación de la toma de datos es: Prospectivo.

- Supo J. (2014) Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición.³⁵

Según el número de ocasiones en que mide la variable es: Transversal.

- Supo J. (2014) Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes.³⁵

Según el número de variables de interés es: Descriptivo.

- Supo J. (2014) El análisis estadístico es univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra.³⁵

Nivel de investigación

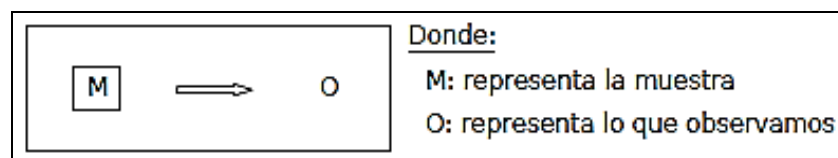
La investigación es de nivel Descriptivo.

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.³⁴

Diseño de investigación

La investigación es de Diseño No experimental (Observacional).

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para describirlos.³⁴
- Esquema de investigación:



4.2 Población y muestra

Población de estudio

La población estuvo conformada por 42 alumnos estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina del Distrito de Chimbote en el año 2016 y que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Estudiantes del segundo grado A de secundaria.
- Estudiantes de ambos sexos.
- Estudiantes matriculados en el año académico 2016 y que asisten regularmente a clases.
- Todos los estudiantes que aceptaron participar voluntariamente.
- Estudiantes que presenten el consentimiento informado por sus padres.

Criterios de exclusión

- Estudiantes que no asistieron por motivos de salud.
- Estudiantes que no asistieron permanentemente a la institución.

Muestra

La muestra de 42 estudiantes estuvo conformada por la totalidad de la población 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina del Distrito de Chimbote en el año 2016, que cursan el mismo nivel de preparación y motivo de estudio.

Muestreo

Probabilístico aleatorio simple. - todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población.³⁴

4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores

Nivel de Conocimiento sobre Salud bucal

Definido como el conocimiento general de salud bucal que tiene los estudiantes de nivel secundaria sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, y en desarrollo dental, valorado por una escala de medición: Bueno con 13 a 18 respuestas correctas, Regular con 6 a 12 respuestas correctas y Malo con 0 a 5 respuestas correctas con los indicadores señalados en las preguntas del cuestionario de salud bucal.

Dimensiones de la variable:

Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal

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

Conocimientos sobre enfermedades bucales.

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

Conocimientos sobre desarrollo dental.

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

Operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN		INDICADOR	VALOR
			TIPO	ESCALA		
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.	Medidas de prevención en salud bucal	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario	Bueno 6 – 8 Regular 3 – 5 Malo 0 - 2
		Principales enfermedades bucales	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario	Bueno 5 – 6 Regular 3 – 4 Malo 0 - 2
		Desarrollo dental	Cualitativa	Ordinal	Cuestionario	Bueno 3 – 4 Regular 2 Malo 0 - 1

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Encuesta: esta técnica permitió indagar y registrar del nivel de conocimiento; debido a que se utilizó un listado de preguntas enfocadas a cumplir los objetivos de la investigación sobre nivel de conocimiento sobre salud bucal.

Instrumento

Cuestionario: Conformado por 18 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómica y respuestas múltiples) sobre conocimientos sobre salud bucal. Con información adicional que consignaron los estudiantes de 2do “A” de secundaria en los datos específicos.

El instrumento se obtuvo de la investigación denominada “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 3ro de secundaria de la I.E. “Daniel Alcides Carrión”, Distrito De Chimbote, Provincia Del Santa, Región Ancash, año 2015” ejecutado por Silva Moreno Ximena Paola³⁶, del repositorio Uladech. Con los indicadores necesarios para medir las variables en estudio, de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación; donde se consideró:

- De manera global: se agruparon los resultados en los siguientes intervalos:

Conocimiento sobre salud bucal (18 preguntas).

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

- Conocimiento sobre medidas preventivas en Salud bucal
 - o Bueno (6-8 puntos)
 - o Regular (3-5 puntos)
 - o Malo (0-2 puntos)

- Conocimiento sobre enfermedades bucales
 - o Bueno (5-6 puntos)
 - o Regular (3-4 puntos)
 - o Malo (0-2 puntos)

- Conocimiento sobre desarrollo dental
 - o Bueno (3-4 puntos)
 - o Regular (2 puntos)
 - o Malo (0-1 puntos)

Procedimiento

- Se solicitó permiso al Director de la I.E. “Santa María Reina”, mediante un documento (Anexo N° 3), especificando el motivo y objetivo del trabajo de investigación. Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash, año 2016

- Posteriormente, a los estudiantes se les explicó 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° 2).

- El cuestionario fue entregado a los estudiantes que cumplieron con los criterios de selección, solicitándoles veracidad en su respuesta, enfatizando la importancia de su sinceridad para el estudio.
- La información obtenida se registró para su posterior tratamiento estadístico.

4.5 Plan de análisis

Los datos obtenidos en el cuestionario se ingresó a una base de datos elaborado en el programa ofimático Microsoft Excel 2013; donde fueron ordenados, organizados y codificados según la naturaleza de las variables .

Posteriormente se exportó al software estadístico IBM SPSS en su última versión (v25) para su tratamiento estadístico, donde se empleó la estadística descriptiva para hallar las frecuencias y porcentajes de la variable principal de estudio y sus dimensiones, la representación gráfica fue mediante gráficos de barras .

El análisis de resultados se realizó conforme los objetivos planteados, mediante la confrontación de los mismos con los resultados y conclusiones de los antecedentes; luego se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

4.6 Matriz de consistencia

TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DEL 2DO GRADO “A” DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DEL COLEGIO SANTA MARÍA REINA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2016.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLE	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016?</p>	<p style="text-align: center;">Objetivo General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016. <p style="text-align: center;">Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina en el año 2016. - Determinar el nivel de conocimiento sobre principales enfermedades bucales en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina en el año 2016. - Determinar el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina en el año 2016. 	<p>Conocimiento sobre salud bucal</p>	<p>Por ser de nivel descriptivo no plantea hipótesis, ya que sólo determinará el nivel de conocimiento de salud bucal</p>	<p style="text-align: center;">Tipo y nivel de Investigación.</p> <p>El tipo de la investigación es cuantitativa, observacional, prospectiva, transversal y descriptivo. De nivel descriptivo.</p> <p style="text-align: center;">Diseño de investigación</p> <p>No Experimental – observacional.</p> <p style="text-align: center;">Población y muestra</p> <p>La población estuvo conformada por 42 estudiantes y la muestra fue toda la población de 2do grado A de secundaria. Muestreo probabilístico aleatorio simple.</p>

4.7 Principios éticos.

La investigación toma en cuenta todos los principios y valores éticos estipulados por la Universidad ULADECH Católica.

- **Protección a las personas:** se respeta la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad.
- **Libre participación y derecho a estar informado:** las personas fueron informadas sobre los propósitos y finalidades de la investigación, se contó con la manifestación de voluntad informada, libre, inequívoca y específica, mediante las personas consienten el uso de la información para fines de la investigación.
- **Beneficencia y no maleficencia:** asegura el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador responde a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.
- **Justicia:** El investigador ejerce un juicio razonable, ponderable y toma las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos y las limitaciones de sus capacidades y conocimiento, no den lugar o toleren prácticas injustas. Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados.
- **Integridad científica:** La integridad del investigador resulta especialmente relevante cuando, en función de las normas deontológicas de su profesión, se evalúan y declaran daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar

a quienes participan en una investigación. Asimismo, se mantiene la integridad científica al declarar los conflictos de interés que pudieron afectar el curso de la investigación.³⁷

Se siguió y respetó los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29° Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y modificada en Fortaleza - Brasil, octubre 2013, que considera que 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.³⁸

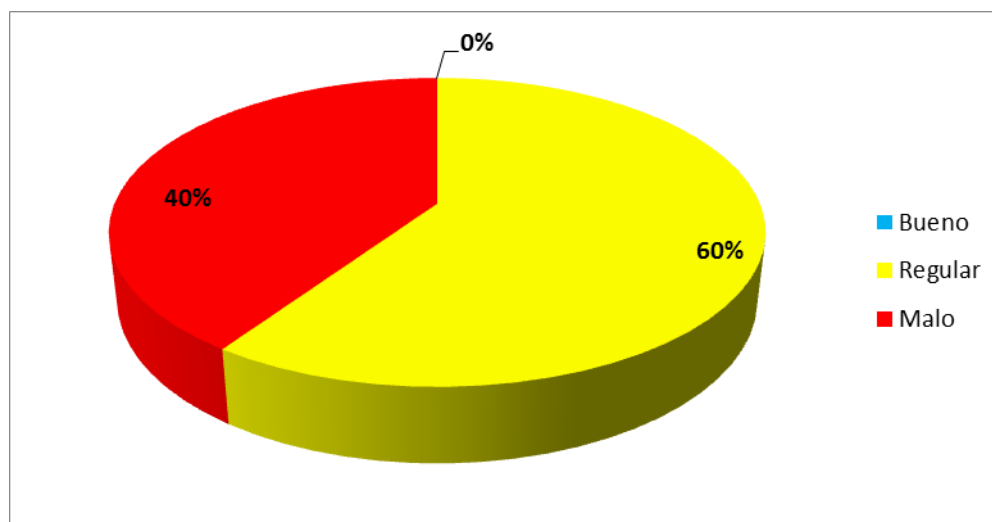
V. Resultados

5.1. Resultados:

Tabla 1.- Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	0	0,0%
Regular	25	59,5%
Malo	17	40,5%
Total	42	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes, julio 2016



Fuente: Datos de tabla 1.

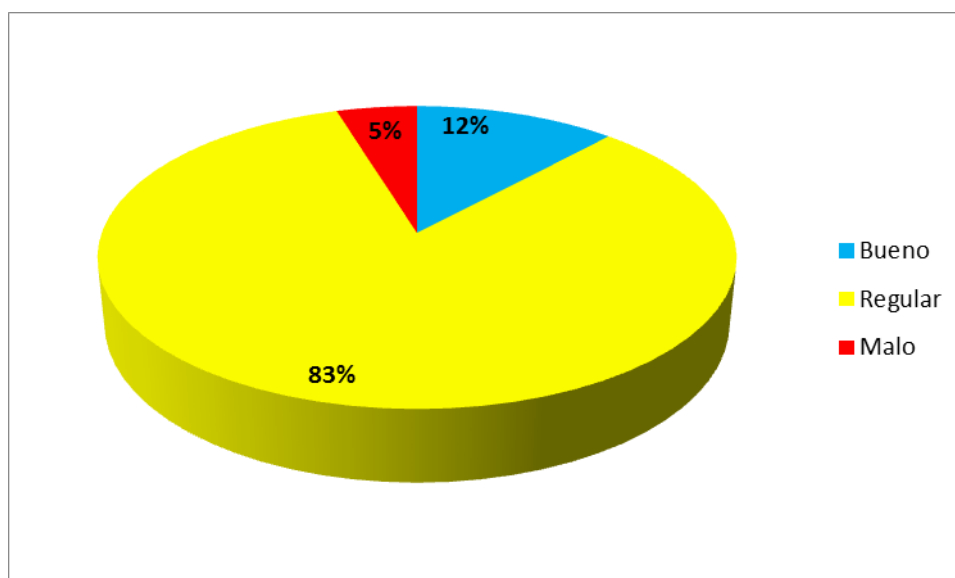
Gráfico 1.- Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016

Interpretación: El 59,5% de los estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina presentan nivel regular en cuanto al conocimiento sobre salud bucal, mientras que el restante 40,5% presentan nivel malo de conocimiento.

Tabla 2.- Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016.

Medidas de prevención	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	5	11,9%
Regular	35	83,3%
Malo	2	4,8%
Total	42	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes, julio 2016



Fuente: Datos de tabla 2.

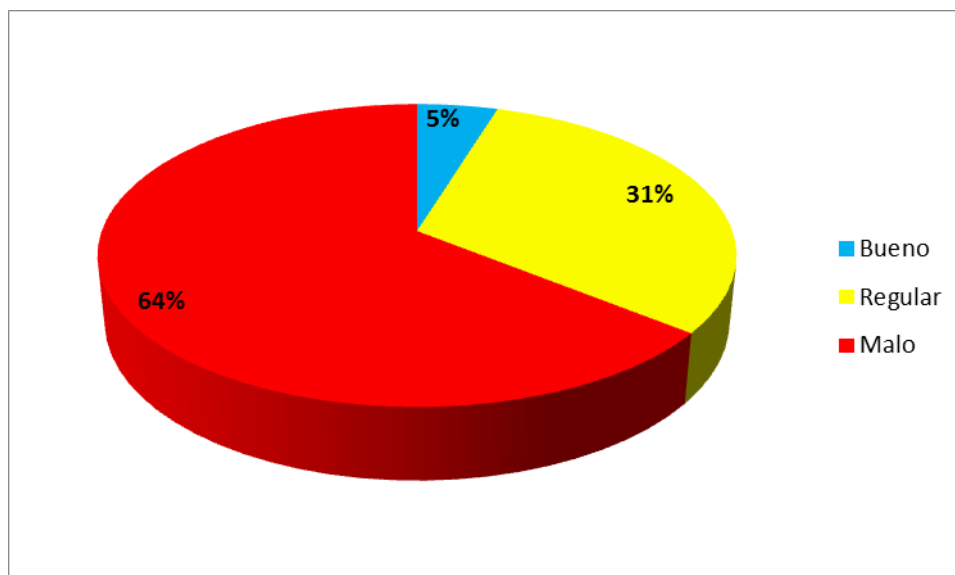
Gráfico 2.- Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016.

Interpretación: El 83,3% de los estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina presentan nivel regular en cuanto al conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal; el 11,9% presenta nivel bueno y el 4,8% presenta nivel malo de conocimiento.

Tabla 3.- Nivel de conocimiento sobre principales enfermedades bucales en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016.

Principales enfermedades bucales	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	2	4,8%
Regular	13	31,0%
Malo	27	64,3%
Total	42	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes, julio 2016



Fuente: Datos de tabla 3.

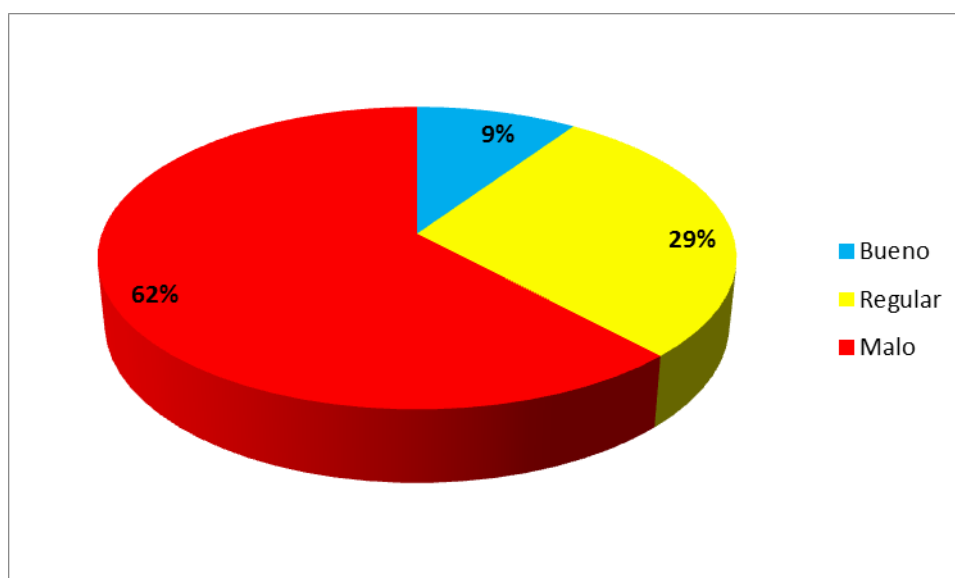
Gráfico 3.- Nivel de conocimiento sobre principales enfermedades bucales en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016.

Interpretación: El 64,3% de los estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina presentan nivel malo en cuanto al conocimiento sobre principales enfermedades bucales; el 31% presenta nivel regular y el 4,8% presenta nivel bueno de conocimiento.

Tabla 4.- Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016.

Desarrollo dental	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	4	9,5%
Regular	12	28,6%
Malo	26	61,9%
Total	42	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a estudiantes, julio 2016



Fuente: Datos de tabla 4.

Gráfico 4.- Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina, Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2016.

Interpretación:

El 61,9% de los estudiantes del 2do grado A de educación secundaria del Colegio Santa María Reina presentan nivel malo en cuanto al conocimiento sobre desarrollo dental; el 28,6% presenta nivel regular y el 9,58% presenta nivel bueno de conocimiento.

5.2. Análisis de resultados

Una vez realizado la aplicación del instrumento y el tratamiento estadístico inferencial de los datos se obtuvieron resultados acordes a los objetivos planteados, lo cual permitió contrastar los resultados hallados con la teoría, llegando a determinar lo que a continuación se describe:

Respecto al nivel conocimientos en Salud Bucal, el mayor porcentaje fue de 59,5% en un nivel regular (ver Tabla N° 01), inferior a lo obtenido por Salazar¹⁵ que obtuvo un 83,3% que corresponde a un nivel Regular, y similar a lo hallado por Dioses¹⁴ que obtuvo un 58,8% en un nivel regular. Lavastida⁶ refiere que en su estudio el nivel de conocimientos de los hijos se asoció significativamente al de sus madres por ello concluye que el nivel de conocimiento de las madres es un instrumento para identificar el de sus hijos, por lo que reitera el planteamiento de que las estrategias que se planteen preservar la salud bucal en adolescentes, deben incluir a sus madres, por tener la responsabilidad en la crianza y alimentación, como dar buenas enseñanzas sobre hábitos de higiene bucal que les ayudarían en su vida futura para conservar la integridad de sus piezas dentales en una oclusión sana, funcional y estético.

El nivel de conocimientos sobre medidas preventivas fue de 83,3% regular (ver Tabla N° 02). Inferior a lo obtenido por Dioses y Salazar, que fue de 70,6% y 73,3% regular respectivamente. Respecto a este rubro en la literatura especializada refiere que las enfermedades bucales, afectan a más del 90% de la población, por ello la alternativa que resta para tener una salud bucal óptima es recurrir a la prevención de las enfermedades diagnosticándolas de manera precoz además de aplicar estrategias

para fomentar buenas prácticas en los hábitos de limpieza bucal, monitoreando su nivel de conocimiento de forma periódica para reforzar una orientación bucodental adecuada. Las medidas preventivas se aprenden primero en el interior del hogar y en la escuela, por ello es necesario que los profesores de todos los niveles manejen información actualizada con ayuda y apoyo de los profesionales especialistas de salud bucal, sobre el uso correcto del cepillado mecánico y eléctricos, además de complementos para el cuidado dental como el flúor y otros instrumentos de limpieza.

El conocimiento sobre enfermedades bucales el mayor porcentaje fue de 64,3% en un nivel malo (ver Tabla N° 03). Diferente a lo hallado por Salazar que obtuvo un 60% nivel regular. Palomino⁸ y León¹⁰ en sus respectivas instituciones educativas particulares, sus estudiantes encuestados respondieron con alta puntuación de conocimientos, reflejando que una capacitación informativa eficiente logra los objetivos de un conocimiento óptimo en enfermedades bucales prevalentes.

El conocimiento sobre desarrollo dental fue malo en un 61,9% (ver Tabla N° 04). Similar a lo hallado por Salazar con un 70% malo igual a Bernal¹¹ Bonilla¹² y Dioses¹⁴ que obtuvieron un nivel de conocimiento malo entre 47% a 88% en desarrollo dental, lo que comprueba que no es coincidencia que en las charlas informativas de los profesionales de salud bucal no se incide con claridad cómo se desarrollan las piezas dentarias y la importancia de conservarlas, sólo se enfoca hacia las medidas preventivas y las enfermedades bucales, omisiones que repercuten y reflejan un nivel de conocimiento malo en este rubro.

VI. Conclusiones

Se concluye con respecto a los estudiantes del 2do grado “A” de educación secundaria del colegio Santa María Reina de la ciudad de Chimbote en el año 2016, que:

1. El nivel de conocimiento en Salud Bucal fue de 59,5% en un nivel regular, un 40,5% de nivel malo, y un 0% en nivel bueno.
2. El conocimiento en medidas de prevención en salud bucal fue de 83,3% regular, un 11,9% bueno y 4,8% en el nivel malo.
3. El conocimiento en las principales enfermedades bucales es de 64,3% malo, un 31,0 % regular y 4,8% bueno.
4. El conocimiento en desarrollo dental fue de 61,9% en nivel malo, un 28,6% a nivel regular y 9,5% en nivel bueno.

Aspectos complementarios

Recomendaciones

- Al director y docentes de la institución educativa, y a futuros investigadores se les recomienda realizar charlas sobre conocimientos básicos sobre salud bucodental con fines de educar a los alumnos y padres sobre la importancia de la salud bucodental.
- A futuros investigadores, realizar estudios cuasi-experimentales, que permitan medir el nivel de conocimiento de los estudiantes antes y después de una capacitación sobre Salud Bucodental.

Referencias bibliográficas:

1. Gustavo M. Diagnóstico de la situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú. Revista Peruana de Epidemiología. Abril 2008.Vol 12 No 1
2. Álvarez M, Navas P, Rojas M. Componente educativo–recreativo–asociativo en estrategias promotoras de salud bucal en preescolares. Rev. Cubana Estomatol 2006; 43(2) Universidad del Zulia, Venezuela. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología.2006. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol143_2_06/est05206.htm#autore.
3. Organización Mundial de la Salud: Promoción de la Salud. Ginebra 2001. 54 Asamblea Mundial de la salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa548.pdf.
4. Montse A. Adolescentes saludables, adultos más sanos. See more at: <http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2013/07/21/217277.php>
5. Chimbote, [artículo en línea]. [citado el 24 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Chimbote2015>
6. Lavastida M, Gispert E. Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2015 [citado 2019 Oct 21]; 52 (SupEsp): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/513>
7. Pérez E, Pérez L, Raymundo E, Pausa M. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de la Escuela Secundaria Básica Guido Fuentes , 2015.

Disponible en:

[Http://Webcache.Googleusercontent.Com/Search?Q=Cache:Ipnfq7totej:Www.Estomatologia2015.Sld.Cu/Index.Php/Estomatologia/Nov2015/Paper/Do7](http://Webcache.Googleusercontent.Com/Search?Q=Cache:Ipnfq7totej:Www.Estomatologia2015.Sld.Cu/Index.Php/Estomatologia/Nov2015/Paper/Do7)

8. Palomino M. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los estudiantes de 10 a 15 años de edad de la institución educativa particular Marcelino Champagne en el distrito de Huancayo de la provincia de Huancayo, región Junín en el año 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.
9. Cerna D. Nivel de conocimiento de Salud bucal en el estudiantes de 2do de secundaria de IEP Ramón Castilla N° 00532 del distrito de Nuevo Chimbote, departamento de Ancash, Setiembre 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.
10. León T. Nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la institución educativa particular Peter Norton del 2do de secundaria del el distrito de Nuevo Chimbote Provincia DI Santa septiembre 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.
11. Bernal V. El nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la Institución Educativa Nacional Inmaculada de la Merced del 2do de

secundaria del distrito de Chimbote Mayo 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. Bonilla D. Nivel de conocimiento de salud bucal en el en estudiantes de 2do de secundaria de la I.E "San Luis de la paz" N°88388, en el distrito de Nuevo Chimbote en setiembre 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.

13. Cárdenas Z. Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 2do grado de secundaria de institución educativa Fe y Alegría N°16 Chimbote, Ancash, Mayo 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

14. Dioses S. Nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la IEP Santo Tomas El apóstol, Distrito Nuevo Chimbote – Departamento De Ancash, Setiembre 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

15. Salazar F. Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes 2do grado de secundaria de institución educativa “Newton College” 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, 2014

16. World Health Organization. Carga mundial de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucodental. Bull World Health Organ vol.83 N.9 Ginebra Sep. 2005.

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000900011

17. Odontología Preventiva. Técnica de cepillado. Disponible en: <https://odontologiapreventiva2.wordpress.com/2015/05/26/tecnicas-de-cepillado/>.

18. Katz S. “Odontología Preventiva en Acción”. 5ta edición Editorial Médica panamericana, México, 2012

19. Consulmed. Cuidado y prevención. Argentina 7 de abril del 2013. (En línea). (Fecha de acceso 20 de set 2018). URL Disponible <http://consulmed.com.ar/prevencion/01.php>

20. Magnusson B. Odontología Preventiva. Salvat editores. Reimpresión 1987

21. Salud bucal. Vías de administración del flúor. Disponible en: <https://saludoral.wordpress.com/2011/04/17/1-2-2-vias-de-administracion-del-fluor/>

22. Cátedra de Bioquímica General y Bucal- FOUBA enfermedades asociadas a placa: Cariología y Periodontología. Dirección Nacional del Derecho de Autor. Expediente N° 832373
- <http://www.odon.uba.ar/uacad/periodoncia/docs/eap14/bioquimicabiofilmcariogenico.pdf>
23. Ariza C, Cabrera R. Posología y Presentación de los fluoruros tópicos en nuestro medio-Fluorosis dental. Trabajo de Investigación. [artículo en línea]. 2009 [Citado 30 de octubre 2019]. Disponible en:
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/salcedo_rr.pdf
24. Sosa R. Promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades, magister en salud pública, jefa del programa nacional de Fluorización de la sal. Cuba. 2003. Disponible:
- www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf
25. Zamani R. Promoviendo la salud bucal infantil A. California Childcare Health. Programa, Hoja de Hechos para Familias. 2008 Disponible en:
- http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/Curricula/Oral_Health_SP_0608.pdf
26. Sanitas. Colutorios dentales.
- <http://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/colutorios.html>
27. Olea B. Sistema de higiene bucal para niños y niñas preescolares Autor:
- <http://www.tesis.uchile.cl/handle/2250/112076>

28. Robello-Malatto J, Cevallos-Terán V, Chauca- Edwards E, Obeso-Valdivia Y, Pongo-Valderas B. Frecuencia de enfermedades bucales en pacientes atendidos en una clínica especializada en odontología en Lima, Perú. KIRU. 2014;11(1):50-5.
29. Kuri P, Fajardo G, González J. Patologías Bucales. Manual de la Dirección General de Epidemiología. Septiembre de 2012. (En Línea). (Fecha de acceso 10 de Oct del 2018). URL Disponible:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf
31. Sanz-Sánchez I, Bascones-Martínez A. Otras enfermedades periodontales: I: Periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas. Avances en Periodoncia [revista en la Internet]. 2008 Abr [citado 2018 Nov 17]; 20(1): 59-66. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852008000100006&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852008000100006&lng=es)
32. Martínez R. Maduración y Desarrollo Dental de los dientes permanentes en niños de la Comunidad de Madrid. Aplicación a la Estimación de la Edad Dentaria. [Trabajo de Investigación]. Marta Paz Cortes. Madrid. 2011.
33. Declaración de Helsinki [sede Web], Asociación medical mundial; 2016 [acceso 08 de setiembre 2016]. Disponible en:

[http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/.](http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/)

34. Moya P. El conocimiento: nuestro acceso al mundo. Cinco estudios sobre filosofía del conocimiento. Santiago de Chile, CL: Editorial Universitaria de Chile, 2013. ProQuest ebrary. Web. 5 August 2018.
35. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 6ª ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
36. Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.
37. Silva X. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 3ro de secundaria de la I.E. “Daniel Alcides Carrión”, Distrito De Chimbote, Provincia Del Santa, Región Ancash, año 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Chimbote: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2016
38. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de ética para la investigación. 1ª ed. Chimbote: ULADECH Católica; 2016. pp. 3-4.
39. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA. 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ANEXO 01:



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DEL 2DO GRADO A DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DEL COLEGIO SANTA MARÍA REINA, DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO ÁNCASH, AÑO 2016”

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.

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 ()

Fuente: Investigación “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 3ro de secundaria de la I.E. “Daniel Alcides Carrión”, Distrito De Chimbote, Provincia Del Santa, Región Ancash, año 2015” ejecutado por Silva Moreno Ximena Paola³⁶

ANEXO 02:

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 **Martinez Paredes Kathia Lizbeth** de la carrera de Odontología, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, la meta de este estudio es determinar “El nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 2do grado A de Educación Secundaria Colegio “Santa María Reina” Distrito De Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash, año 2016”

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 hija(o)..... De

2do año de secundaria del aula.....participe voluntariamente en esta investigación,
Respondiendo la encuesta que se le realizara en la hora de clase.

ANEXO 03:

CARTA DE AUTORIZACION

22 SET. 2016
I.E. SANTA MARIA REINA
CHIMBOTE

RECIBIDO

SOLICITO: AUTORIZACION PARA LLEVAR A CABO LA INVESTIGACION EN LA INSTITUCION QUE USTED DIRIGE.

SEÑOR:
DIRECTOR ROGELIO MORENO MORENO DEL COLEGIO SANTA MARIA REINA DE CHIMBOTE.

Kathia Lizbeth MARTINEZ PAREDES, identificada con DNI. Nro. 44853172, con domicilio en Miraflores Alto MzÑ Lote 09, a Ud., digo:

Que, a través del presente, reciba Ud. 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 estudiante de Odontología identificada con el código 0110090019, para solicitarle lo siguiente:

En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, como estudiante vengo desarrollando la asignatura de Taller de Investigación, a través de un trabajo de investigación denominado "Nivel de Conocimiento Sobre Salud Bucal en Estudiantes Del 2DO Grado A De Educación Secundaria Del Colegio Santa Maria Reina, Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento Ancash, Año 2016.

Para ejecutar mi investigación, como alumna he seleccionado el colegio que usted dirige, por lo cual, solicito se me brinde las facilidades del caso.

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

Atentamente:

Chimbote, 22 de Setiembre del 2016.



INSTITUCION EDUCATIVA SANTA MARIA REINA

Kathia L. MARTINEZ PAREDES
DNI. 44853172

ANEXO 04:

FOTOGRAFIAS

