



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 DE SECUNDARIA DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ
Nº 88388 DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE –
OCTUBRE 2015”**

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

**Autor
Oscar Alonso Calle Vigo**

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

**CHIMBOTE– PERÚ
2016**

TÍTULO

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL
EN ESTUDIANTES DEL 2DO DE SECUNDARIA DE
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ
Nº 88388 DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE –
OCTUBRE 2015”**

JURADO EVALUADOR DE TESIS

**MG.CD. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE
PRESIDENTE**

**MG.CD. SALLY CASTILLO BLAZ
SECRETARIA**

**MG. CD. WALTER CANCHIS MANRIQUE
MIEMBRO**

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios y a mi familia
con todo el bien que hacen en mi vida

Gracias a esas personas que siempre
están a mi lado dándome palabras de
aliento y de vida con la finalidad de
progresar como persona y como
profesional. Les dedico mi tesis, gracias.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente agradezco a Dios, por encaminarme en el correcto camino, porque hizo realidad este primer paso anhelado de mi propósito

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

También me gustaría agradecer a mis docentes durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado a mi conocimiento, educación, formación.

RESUMEN

La investigación es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 88388 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre 2015, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 20 participantes en dicha Institución. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental. Así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etario. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal según edad el 70% mostró un nivel regular (13 años). En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas según edad, el 60% tuvo un nivel regular (13 años), sobre el conocimiento de enfermedades bucales según edad el 50% tuvo un nivel regular (13 años); por último, en desarrollo dental según edad el 75% tuvo un nivel malo (13 años).

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

ABSTRACT

The research is observational, descriptive cross-sectional; Its main objective is to determine the level of knowledge of oral health in students of 2nd high El San Luis de la Paz No. 88388 District of Chimbote in October 2015, for which a structured survey voluntarily applied to 20 Participants in that institution. The level of knowledge on Oral Health was divided into level of knowledge about preventive measures, knowledge about oral diseases and knowledge about dental development. Likewise, the level of knowledge related to the age group. In general, knowledge in Oral Health by age 70% had a regular level (13 years old). On knowledge on preventive measures by age, 60% had a regular level (13 years old) on the knowledge of oral disease by age 50% had a regular level (13 years old); Finally, in tooth development by age 75% had a bad level (13 years old).

Keywords: Dental care, level of knowledge, preventive measures, dental diseases, and dental development.

CONTENIDO

Título de la tesis.....	ii
Hoja de firma del jurado y asesor.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Contenido.....	viii
Índice de tablas.....	ix
Índice de gráficos.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. REVISIÓN DE LITERATURA.....	05
2.1 Antecedentes de la investigación.....	05
2.2 Bases teoricas de la investigación.....	07
III. METODOLOGÍA.....	22
3.1 Diseño de la investigación.....	22
3.2 Población y muestra.....	22
3.3 Técnicas e instrumentos.....	23
IV. RESULTADOS.....	25
4.1 Resultados.....	25
4.2 Análisis de resultados.....	29
V. CONCLUSIONES.....	30
5.1 Conclusiones.....	30
5.2 Aspectos complementarios.....	31
Referencias bibliográficas.....	33
ANEXOS.....	36
Cuestionario.....	36
Ubicación.....	41
Fotografías.....	42

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01:

“Nivel de conocimiento en salud bucal según la edad de los estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”38

TABLA N° 03:

“Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal según la edad de los estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”40

TABLA N° 05:

“Nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales según la edad de los estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”42

CUADRO N° 07:

“Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental según la edad de los estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01:

“Nivel de conocimiento en salud bucal según la edad de los estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”.....38

GRÁFICO N° 03:

“Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal según la del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 8838 del distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”.....40

GRÁFICO N° 05:

“Nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales según la edad de los estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”.....42

GRÁFICO N° 07:

“Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal según la edad de los estudiantes del 2do de secundaria de la institución educativa San Luis de la Paz N° 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”.....44

I. INTRODUCCIÓN

El Distrito de Nuevo Chimbote se encuentra ubicado en la zona árida de la Costa Norte del Perú, a la orilla de la Bahía El Ferrol y la Bahía de Samanco, a 420 Km. Al norte de la ciudad de Lima, a 9° 12' 30" de latitud Sur 76° 55' 00" de longitud Oeste. Es uno de los Distritos de la Provincia del Santa en el Departamento de Ancash con importancia estratégica pues es la zona priorizada con fines de expansión urbana y suelos de relieve y consistencia apropiada para el cultivo agrícola intensivo, razón por la cual forma parte del Proyecto Especial de Irrigación CHINECAS, para ampliar la frontera agrícola.

Nuevo Chimbote cuenta con una superficie de 389,73 Km², tiene por capital a la ciudad de Buenos Aires y cuenta con setenta y ocho asentamientos urbanos entre Urbanizaciones Residenciales, Urbanizaciones Progresivas de Interés Social, Habilitaciones Urbanas Progresivas, Asociaciones de Vivienda, Asentamientos Humanos; y seis centros poblados rurales.

Límites.- Limita por el Norte con el Distrito de Chimbote, por el Sur con el Distrito de Samanco y Nepeña, por el Este con el Distrito de Nepeña y por el Oeste con el Océano Pacífico. Nuevo Chimbote tiene una población de 113.166 habitantes según datos del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). De los 113.166 habitantes de Nuevo Chimbote, 57.483 son mujeres y 55.683 son hombres. Por lo tanto, el 49,20 % de la población son hombres y el 50,80 % mujeres. Si comparamos los datos de Nuevo Chimbote con los del departamento de Ancash concluimos que ocupa el puesto dos de los 166 distritos que hay en el departamento y representa un 10,6413 % de la población total de ésta.

A nivel nacional, Nuevo Chimbote ocupa el puesto 42 de los 1.833 distritos que hay en Perú y representa un 0,4128 % de la población total del país.

Sus habitantes se dedican a la pesca, la cual abarca el tercio sur de la bahía. Las principales especies de pescado extraídas son la anchoveta, el jurel y la caballa, entre otros. Otra industria importante es la siderúrgica, que se abastece de las extracciones mineras de las regiones del interior de la región. Por ello se le conoce como "La capital de la pesca y el acero". También es importante la agroindustria, tomando relevancia los cultivos de caña de azúcar y de marigold, empleado en la elaboración de alimentos para el ganado avícola. El centro educativo San Luis de la Paz se encuentra ubicado el pueblo joven San Luis av los Heroes Nuevo Chimbote.¹

En ese marco, sigue presente en nuestro entorno los altos índices epidemiológicos bucales de enfermedades prevalentes, principalmente en nuestra zona de influencia; como lo señalan estudios exploratorios previos realizados en la región de anchas que así lo demuestran hechos que nos preocupan y que esperamos contribuir para superarlos.

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

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud Oral, es uno de los problemas más graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de más bajos recursos económicos.

La Educación para la Salud, influye favorablemente sobre los conocimientos, actitudes y comportamiento de los individuos, grupos y colectividades.²

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación entre el grado de higiene bucal y el estado de salud bucal. Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas.³

La educación para la salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una salud óptima.⁴

En la comunidad todos sus actores sociales deben estar involucrados en estas tareas preventivas de enfermedad bucal, es la mejor estrategia para contrarrestar los efectos adversos de la problemática de salud, se debe medir esa percepción de nivel de conocimientos sobre salud bucal e identificar las deficiencias para plantear en un futuro, mejores programas odontológicos para disminuir los altos índices de enfermedad bucal.⁵

Los aspectos anteriormente mencionados, han sido los motivadores para realizar el presente estudio, el cual ha sido encaminado específicamente a analizar las concepciones que tiene el personal que labora instituciones prestadoras de salud.

En tal sentido, el enunciado del problema fue ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal estudiantes de del 2do de secundaria de la institución educativa “San Luis de la Paz N^a 88388 “ del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015”, el objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal estudiantes de del 2do de secundaria de la institucion educativa “San Luis de la Paz N^a 88388 del Distrito de Chimbote y los objetivos específicos fueron formulado para:

Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud bucal, de las principales enfermedades bucales, sobre atención odontológica a estudiantes, sobre desarrollo dental, según grado de instrucción y según el grupo etario.

La investigación estuvo justificada porque la ejecución del proyecto en el Distrito de nuevo Chimbote es muy necesaria, debido a que no existen estadísticas en nuestra población sobre los niveles de conocimientos de salud bucal de los estudiantes de nivel secundaria lo que nos permitirá dar a conocer a la sociedad y hacer entender a las autoridades del Distrito de Nuevo Chimbote y de la Región Ancash la problemática de salud bucal persistente en nuestro entorno.

Con la finalidad de aportar elementos que enriquezcan las políticas de salud bucal que permitirá tomar decisiones en los planos científico-técnico, administrativo y político para mejorar la calidad de salud bucal de nuestra colectividad.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

Vania Dioses Sifuentes (2014) Su trabajo de investigación fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; y tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la I.E. Santo Tomas El apóstol, Distrito Nuevo Chimbote – Departamento De Ancash, Setiembre 2014, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 17 participantes en dicha Institución.

El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales, conocimiento en atención odontológica en gestantes y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo etáreo y con el grado de instrucción. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal 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 genero 47,1 % (femenino) tuvo un nivel malo.⁶

Nataly Dulce Barrios (2014) Su trabajo de investigación fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 2do de secundaria de la I. E. Jose Carlos Mariategui n°88046 - cambio puente, Distrito de Chimbote, Departamento Ancash, setiembre 2014", se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 23 participantes en dicha Institución.

El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales, atención odontológica en gestantes y sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó el nivel de conocimiento con el grupo atareo y género.

Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo.

En general, sobre conocimiento en Salud Bucal según edad de 13 años con 52.2% un nivel regular. Según género femenino con 39.1% nivel regular. Nivel de conocimientos sobre medidas preventivas según edad de 13 años con 60.9% nivel regular. Según género femenino con 47.8% nivel regular. Nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales según edad los de 13 años con 47.8% nivel malo. Según género femenino el 34.8% un nivel malo. Nivel de conocimiento de atención odontológica en gestantes según la edad de 13 años con el 43.5% nivel regular. Según género femenino el 30.4% nivel regular. Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental la edad 13 años con un 56.5% nivel malo. Según género femenino con 43.5% nivel malo.⁷

Etimológicamente la palabra dieta significa régimen de vida. Se acepta como sinónimo de régimen alimenticio, que alude al "conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente, aunque también puede hacer referencia al régimen que en determinadas circunstancias, realizan personas sanas, enfermas o convalecientes en el comer y beber". Popularmente, y en el caso de los humanos, la dieta se asocia erróneamente a la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener sólo los nutrientes y la energía necesaria, y así conseguir o mantener cierto peso corporal.⁸

2.2 Bases Teóricas de la Investigación:

Medidas preventivas en salud bucal

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

De los tres procesos, el más prevalente es la caries dental. Los últimos estudios epidemiológicos en preescolares indican que, independientemente de la comunidad autónoma, casi el 20% de los niños tiene caries a los tres años y el 40% a los cinco años. Afecta a la calidad de vida infantil, por producir dolor e infecciones que pueden desencadenar enfermedades sistémicas o la destrucción de la pieza dental. Las medidas de prevención primaria de la caries son más eficientes que las recomendaciones frente a las maloclusiones o los traumatismos por lo que nos dedicaremos con mayor profundidad.⁹

La caries dental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede definir como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad.¹⁰

La caries se caracteriza por una serie de complejas reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo el diente. Se acepta que esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente de la placa dental. Clínicamente, la caries se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades, en cuanto a los grupos de riesgo en la infancia, todos los niños pueden padecerla, pero existen grupos de riesgo que tienen mayor probabilidad de desarrollarla.

Con respecto a las medidas de prevención, los procedimientos más útiles en la profilaxis de la caries se pueden agrupar en cuatro apartados: empleo de flúor (F), higiene bucodental, medidas dietéticas y tratamiento de las lesiones activas.¹¹

Flúor

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

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

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

Mecanismos de acción del flúor

El mecanismo de acción del F es múltiple

Transformación de la hidroxiapatita (HAP) en fluorapatita (FAP), que es más resistente a la descalcificación. Esta reacción química entre la HAP y la FAP presenta una reversibilidad en función de la concentración de F en

el entorno del esmalte dental, de modo que la FAP no sería una situación definitiva y estable.

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

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

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

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

Efecto sistémico

Pre eruptivo

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

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

Post eruptivo

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

Efecto tópico (pos eruptivo)

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

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

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

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

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

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

Insistir en el papel remineralizador de dosis bajas de F administradas de forma continua.¹²

Higiene bucodental

El cepillado

Antes de que erupcionen los primeros dientes se debe empezar con la estimulación oral para acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca e instaurar un hábito precoz. La limpieza debe hacerse una vez al día, aprovechando el momento del baño. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o una gasa humedecida en agua.

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

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

Se explicará al niño y a los padres (hasta la adolescencia) la técnica del cepillado. Es más importante la minuciosidad que el tipo de técnica empleada; con un cepillado minucioso la mayoría de las técnicas resultan eficaces.

Si hay problemas de alineación, ausencia de dientes, prótesis bucales o el niño es torpe para cepillarse, es preciso recomendar técnicas especiales. Se debe recomendar un cepillo de cabeza pequeña, de cerdas sintéticas y puntas redondeadas para evitar la lesión de la encía si el niño lo usa con fuerza.

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

El cepillado debe completarse en algunos casos con el empleo de seda dental, particularmente para las áreas interproximales y mesiales de los primeros molares permanentes. Para ello se emplea hilo compuesto de fibras microscópicas de nylon no enceradas, facilitando la operación el uso de pinzas especiales. En cualquier caso, el empleo de colorantes diagnósticos de la placa dental (eritrosina o fluoresceína sódica) permite su eliminación completa.

El dentífrico

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

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

En cuanto a su concentración en Flúor, las pastas dentífricas fluoradas carecen prácticamente de contraindicaciones en el adulto por su acción exclusivamente local. Sin embargo, se ha calculado que un preescolar, con dos cepillados diarios, puede deglutir alrededor de 1 g de pasta dental al día, debido a la inmadurez del reflejo de deglución. Por ello y para evitar la fluorosis dentaria debe conocerse la concentración de F de los dentífricos a emplear en el niño.

En este sentido, en el etiquetado no siempre consta la concentración en ppm de fluoruro, que se puede calcular fácilmente (2,2 g de NaF = 1000 mg de ion fluoruro = 9,34 g de PO_3FK_2 = 7,6 g de PO_3FNa_2).¹³

Enfermedades bucales

Caries dental

En el último siglo, la investigación científica ha permitido establecer un concepto mucho más detallado de la naturaleza de la caries dental, ya que actualmente se reconoce que una cavidad es la última manifestación de una infección bacteriana. Las bacterias presentes en la boca forman una comunidad compleja que se adhiere a la superficie del diente en forma de una biopelícula, comúnmente denominada placa dental.

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

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

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

Las variaciones de las características y la cantidad de saliva.

El mecanismo inmunológico de defensa.

La influencia de aspectos socioeconómicos y culturales.

La caries dental se presenta con una serie de signos y/o síntomas (cavitación y/o dolor), afectando diferentes órganos dentarios y superficies dentales, las cuales pueden tener distintos grados de severidad. Es decir, la caries dental debe ser vista como un proceso acumulativo donde los factores de riesgo determinan el inicio del proceso, su avance, su evolución y la posibilidad de reversión en la primera fase del proceso.¹⁴

Enfermedad periodontal

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

Es una enfermedad que afecta a los tejidos que unen el diente al hueso. Comienza a partir de una "gingivitis" que es la inflamación de la encía, generalmente provocada por una mala higiene bucal, donde queda mucha placa bacteriana (restos de alimentos, bacterias, etc.) depositada sobre la misma, lo que hace que se enrojezca, se inflame y sangre al cepillado.

Esto se puede revertir con una higiene bucal adecuada y otras opciones terapéuticas recomendadas adecuadamente por el odontólogo.

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

Dieta adecuada

Uso de fluoruros (sistémicos y tópicos).

Correcta higiene bucal.

Control periódico cada 6 meses al odontólogo. Y saber que si durante la niñez y la adolescencia aprendemos a mantener un periodonto sano y hábitos de higiene bucal adecuados, ayudamos a prevenir las caries y la enfermedad periodontal en el adulto.

Halitosis

Las causas de la halitosis son múltiples y pueden relacionarse con una escasa higiene bucal, con consecuencias de la gastritis crónica y, en casos más severos, con enfermedades graves como el *cáncer* de pulmón. Sin embargo, la mayoría de los casos se originan por problemas en la propia boca. La halitosis se caracteriza por el mal aliento y se estima que un 25% de la población padece este problema a nivel crónico. Las personas con más de 50 años son más susceptibles a presentar casos de halitosis y también es común identificarla al despertarse después de un largo periodo de sueño, cuando la boca ha estado en reposo y ha producido poca saliva.

Las formas de prevención incluyen la higiene bucal con pasta, cepillo e hilo dental y las visitas frecuentes al dentista, que también podrá indicar si el problema adviene de otra causa.¹⁵

Desarrollo dental

Las células de la cresta neural constituyen el ectomesénquima de la cabeza y el cuello e inducen la formación de muchos tejidos conectivos de la cara, los cuales incluyen las estructuras dentales. Las células de la cresta neural migran desde el pliegue neural hasta encontrar la membrana bucofaríngea, la cual ha desarrollado una prolongación de células ectodermales que están en cercanía con el neuroectodermo y constituyen el ectodermo del estomodeo o cavidad oral primitiva.

El ectomesénquima entra entre estas dos capas y se pone en contacto con el endodermo, es decir que, el desarrollo facial es dependiente, y así lo afirman varios autores, del crecimiento de la superficie ectodérmica de la membrana bucofaríngea y de la interacción de ésta capa epitelial con el soporte neuroectodérmico (tubo neural) y el ectomesénquima, como también con el endodermo de la membrana bucofaríngea. Las células mesenquimales inducidas siguen migrando hacia los arcos faríngeos, donde junto oral, sufre procesos de inducción epitelio/mesenquimal que inicia la formación con las células del mesodermo paraxial, forman los tejidos conectivos. Ese ectomesénquima particularmente localizado dentro de los arcos faríngeos y debajo del ectodermo de los dientes.

El desarrollo de la oclusión dentaria es un proceso largo y complejo que abarca desde muy temprano en la vida embrionaria y se alarga prácticamente durante toda la vida, ya que sus condiciones no permanecen estables por factores de orden general y local que actúan sobre ella. Su estudio está lleno de eventos importantes que darán como resultado final el establecimiento de una oclusión bien establecida. e importante para ellos conocer cómo son sus diferentes etapas para reconocer posteriormente cuando estamos ante una situación de

normalidad y diferenciar de una anormalidad; es por ellos que en esta revisión bibliográfica se describen tanto la dentición prenatal como la postnatal para dar así origen a lo que se denomina la dentición primaria.

Dentición prenatal

Hacia la sexta semana de vida intrauterina, surgen de la lámina dental las primeras yemas correspondientes a la dentición primaria. Desde este momento, el desarrollo de los dientes se realiza en tres etapas o estadios: El de Brote (Iniciación), De Casquete (Morfodiferenciación), De Campana temprana y tardía (Aposición). Semana 20 se inicia la calcificación de las piezas temporales, su dirección no es totalmente perpendicular ni ordenada en su penetración al mesénquima.

Si lo observamos oclusalmente veremos que los centrales primarios maxilares se forman hacia una posición más labial; los laterales hacia palatino; los caninos hacia vestibular; en la mandíbula ocurre lo mismo, excepto los cuatros incisivos quienes se dirigen hacia una dirección lingual.

Dentición postnatal (Recién nacido)

Dentro de su entorno anatómico, ya que para el momento del nacimiento, la boca del niño presenta ciertas características importantes de considerar. El maxilar y la mandíbula son relativamente pequeños y rudimentarios con relación a otras estructuras craneales, ellos irán creciendo y desarrollándose a medida que avanza la formación y calcificación de los dientes y para el momento de su erupción habrán conseguido una dimensión suficiente que les permitirá colocarse alineados dentro del arco.

Las regiones de ambos maxilares que contienen todos los gérmenes crecen considerablemente durante los 6 a 8 meses de vida postnatal, y un desarrollo significativo tiene lugar durante el primer año.

Tipos de dentición

Dentición decidua

La primera dentición, denominada temporal, decidua, caduca o de leche, está formada por un total de 20 dientes que emergen en la cavidad bucal entre los 6 y los 2.5 años. Se desarrolla durante la primera infancia.

La serie de dientes primarios comienza su erupción alrededor de los 6 a 7 meses de edad y culmina a los 3 años, aproximadamente. Dentición Incisivo Central Inferior (ICI) 7 meses, Incisivo Central Superior (ICS) 9 meses, Incisivo Lateral Superior (ILS) 10 meses, Primer Molar (1M) 12 meses, Caninos (C) 18 meses, Segundo Molar (2M) 26 meses. Dentición Primaria: VA desde los 6 meses hasta los 6 años.

Además de las funciones propias de la masticación, estética y como auxiliar en la fonación; la dentición primaria sirve para mantener el espacio y para guiar la erupción correcta de las piezas permanentes. En su presencia se producen las maduraciones neuromotoras de la función masticatoria, estableciéndose las relaciones básicas de las unidades esqueléticas del tercio medio e inferior de la cara.

Dentición mixta

Es la etapa en la que encontramos presentes en la boca dientes primarios y permanentes, tanto sucesionales (los que están precedidos por un diente primario) como accesionales (los que no lo tienen) que son el primer, segundo y tercer molar 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 erupciona los caninos, premolares y segundos molares permanentes.

Dentición permanente

Está formada usualmente por 32 dientes que son: son 6 molares, 4 premolares, 4 incisivos y 2 caninos por arcada.

Con la erupción de la segunda 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 elativa de erupción, es la secuencia de los acontecimientos.

Arcada superior

6-7 años incisivo central

8-9 años incisivo lateral

11-12 años caninos

10-11 años Primer premolar

10-12 años Segundo premolar

6-7 años Primer molar

12-13 años Segundo molar

17-21 años Tercer molar

Arcada inferior

6-7 años incisivo central

8-9 años incisivo lateral

9-10 años caninos

10-12 años Primer premolar

11-12 años Segundo premolar

6-7 años Primer molar

11-13 años Segundo molar

17-21 años Tercer molar

Etapas de Nolla

- 0.- Ausencia de Cripta
- 1.- Presencia de Cripta
- 2.- Calcificación inicial
- 3.- Un tercio de corona completado
- 4.- Dos tercios de corona completados
- 5.- Corona casi completa
- 6.- Corona completada
- 7.- Un tercio de raíz completado
- 8.- Dos tercios de raíz completados
- 9.- Raíz casi completa, ápice abierto
- 10.- Apice radicular completado.

Factores que influyen en las conductas en salud

El conocimiento

En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta.

Fases entre el conocimiento y la conducta

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

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

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

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

Actitudes, valores, creencias y conductas

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

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

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

Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.¹⁸

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de la investigación

El presente estudio fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal.

3.2 Determinación de la Población y muestra

Población

La población la conformó todos los del 2do de secundaria de la institución educativa estatal San Luis de la Paz N^a 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote Octubre del 2015.

Muestra

La muestra no probabilística estuvo conformada por 20 estudiantes de del 2do de secundaria de la institución educativa estatal San Luis de la Paz N^a 8838 del Distrito de Nuevo Chimbote octubre del 2015. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Todos los estudiantes de 2do de secundaria que aceptaron participar voluntariamente (13 años).

Todos los alumnos matriculados en el grado.

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

Estudiantes de 2do grado de secundaria en el institución educativa.

Criterios de exclusión

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

Estudiantes que no pertenecen al 2do grado de secundaria del institución educativa.

Estudiantes de 2do grado de secundaria que no estudian en la institución educativa.

Muestreo

Fue la modalidad de selección de la unidad de análisis, al azar.

3.3 Técnicas e instrumentos

Técnicas

El procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un test/ prueba (cuestionario) previamente calibrado. El cuestionario se entregó a todo el todos los estudiantes de 2do de secundaria según el período establecido del mes de octubre del 2015, al azar.

El cuestionario en mención tuvo información adicional que consigno los estudiantes de 2do de secundaria en los datos específicos.

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

En forma general

Conocimiento sobre salud bucal (20 preguntas).

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

En forma específica

Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal

Bueno	(6-8 puntos)
Regular	(3-5 puntos)
Malo	(0-2 puntos)

Conocimientos sobre enfermedades bucales

Bueno	(5-6 puntos)
Regular	(3-4 puntos)
Malo	(0-2 puntos)

Conocimientos sobre desarrollo dental.

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

Instrumento

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

Se utilizó herramientas y pruebas estadísticas porcentuales, de promedios y desviación estándar, en donde fueron analizados, y así mismo se realizó su representación gráfica, utilizando el paquete estadístico Excel 2010.

IV. RESULTADOS

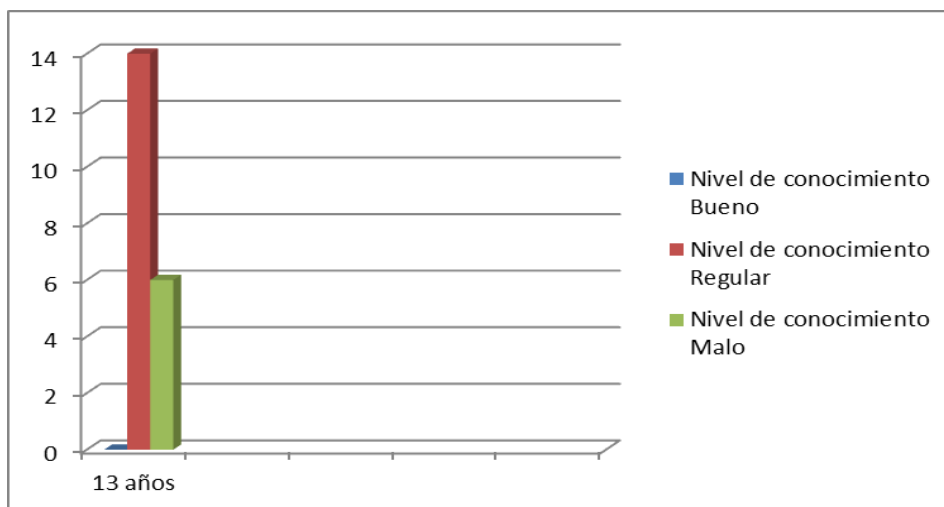
4.1 Resultados:

TABLA 1. “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 2DO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015”

Edad	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		n	%
	N	%	n	%	n	%		
13 años	0	0	14	70	6	30	20	100
Total	0	0	14	70	6	30	20	100

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

GRÁFICO 1. “NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 2DO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015”



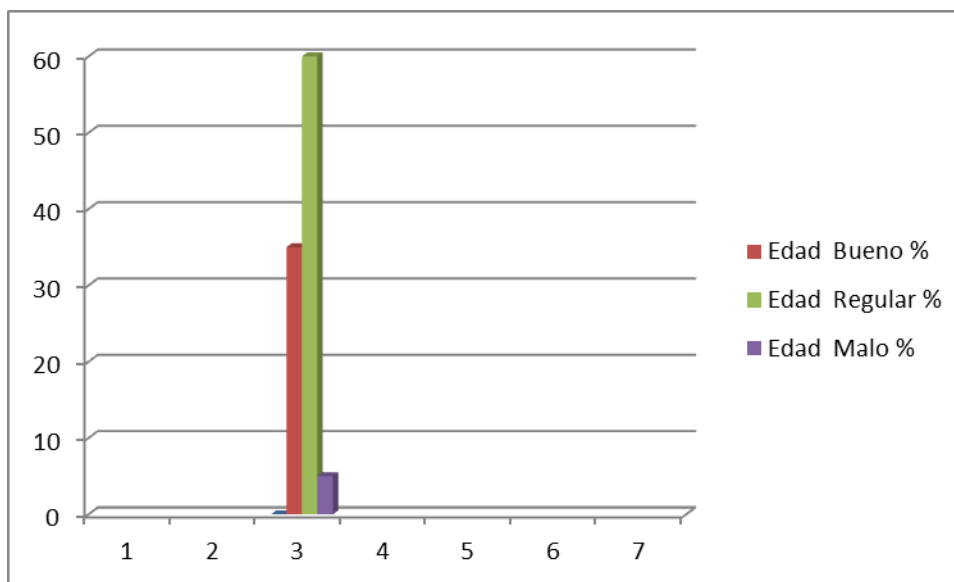
Fuente: Cuadro 1.

TABLA 2. “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DEL 2DO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015”

Edad	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	n	%	n	%	n	%	N	%
15 años	7	35	12	60	1	5	20	100
Total	7	35	12	60	1	5	20	100

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

GRÁFICO 2. “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 2DO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015”



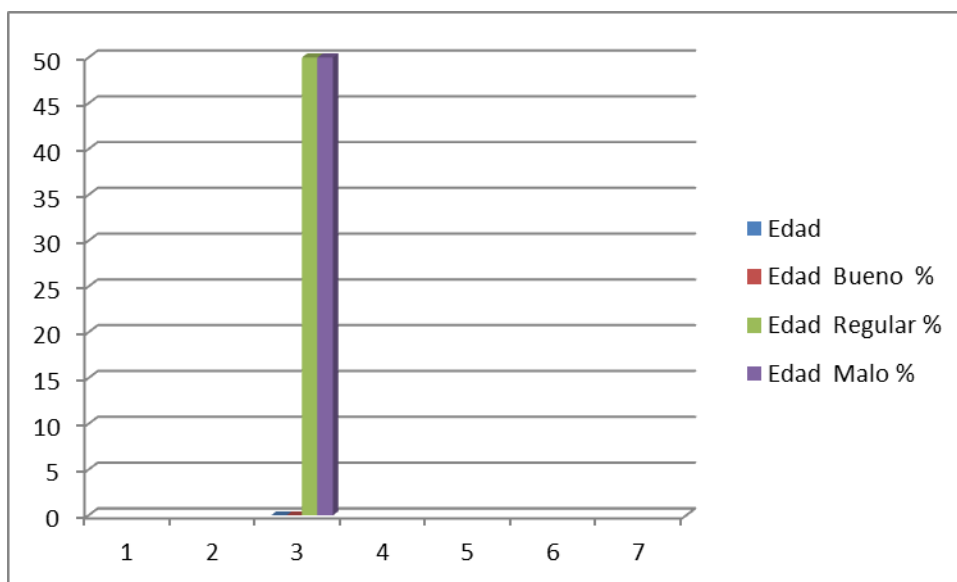
Fuente: Cuadro 2.

TABLA 3. “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN LA EDAD DEL 2DO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015”

Edad	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		N	%
	n	%	n	%	n	%		
15 años	0	0	10	50	10	50	20	100,0
Total	0	0	10	50	10	50	20	100,0

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

GRÁFICO 3. “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES SEGÚN LA EDAD DEL 2DO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015”



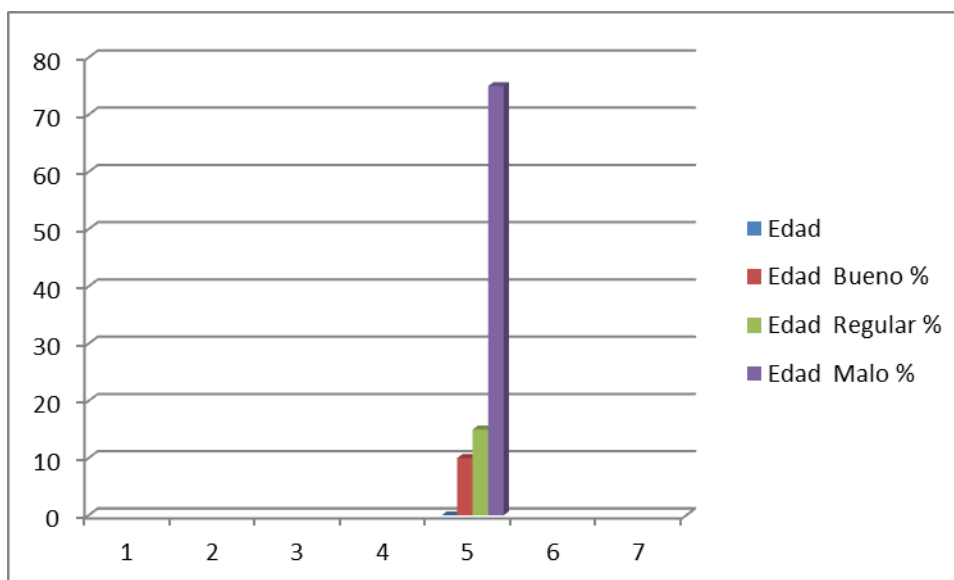
Fuente: Cuadro 3.

TABLA 4. “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 2DO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015”

Edad	Nivel de conocimiento						Total	
	Bueno		Regular		Malo		n	%
	n	%	n	%	n	%		
15 años	2	10	3	15	15	75	20	100
Total	2	10	3	15	15	75	20	100

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

GRÁFICO 4. “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL 2DO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA SAN LUIS DE LA PAZ DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE OCTUBRE 2015”



Fuente: Cuadro 4.

4.2 Análisis de resultados

El total de estudiantes de 2do de secundaria encuestados según edad sobre conocimientos en Salud Bucal el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular con 70% en los etario (13 años) (ver Cuadro N° 01). Mientras que en estudio de Vania Dioses Sifuentes tiene como resultado 59% regular.

Con respecto al nivel de conocimientos sobre medidas preventivas según edad, el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento regular 60%(13años) (ver Cuadro N° 03). Se asemeja con los estudios de Nataly Dulce Barrios, se obtuvieron los porcentajes 61% en el nivel regular

En dimensión sobre conocimientos sobre enfermedades bucales según edad el mayor porcentaje obtuvo un nivel regular con el 50% coincidiendo entre la edad (13 años) (ver Tabla N° 05) Se asemeja con el estudio de Natalu Dulce Barrios se obtuvo 48% tuvo nivel malo

En dimensión sobre conocimiento sobre desarrollo dental según la edad el mayor porcentaje obtuvo un nivel de conocimiento malo de 75 %(13 años) (ver Tabla N° 9). Se asemeja en los resultados obtenidos en el estudio de Nataly Dulce Barrios donde obtuvo el 57% mostrando un nivel malo.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones:

El total de los estudiantes encuestados sobre conocimientos en Salud Bucal -según edad - el mayor porcentaje de conocimiento fue el 70% en nivel regular (Ver Cuadro N° 01).

En total de los encuestados sobre medidas de prevención en salud bucal -según edad - el mayor porcentaje de conocimiento fue el 60% en nivel regular con respecto a nivel malo un 5% y bueno 35%; (Ver Cuadro N° 02).

Todo estudiantes encuestados sobre las principales enfermedades bucales - según edad - el porcentaje de conocimiento fue equitativo entre regular 50% y malo 50% (13 años) en nivel regular con respecto a nivel malo un 0% (13 años) (Ver Cuadro N° 03).

Los estudiantes encuestados sobre desarrollo dental - según edad - el mayor porcentaje de conocimiento fue el 75% (13 años) en nivel malo con respecto a nivel regular un 15% (13 años) y bueno 10% (13 años) (Ver Cuadro N° 04).

5.2 Aspectos Complementarios

Variables

Nivel de Conocimiento sobre Salud bucal

Definido como el conocimiento general de salud bucal que tiene los estudiantes de nivel secundaria sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y en crecimiento y desarrollo dental, valorado por una escala de medición de Bueno con 13 a 18 respuestas correcta, Regular con 9 a 15 respuestas correctas y de Malo con 0 a 8 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

VARIABLE	DIMENSIÓN	CATEGORÍA DE ESCALA	INDICADOR
Nivel de Conocimiento Sobre salud Bucal	Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal	Bueno 6-8 Regular 3-5 Malo 0-2	Cuestionario
	Conocimiento sobre enfermedades bucales	Bueno 5-6 Regular 3-4 Malo 0-2	
	Conocimiento sobre desarrollo dental	Bueno 3-4 Regular 2 Malo 0-1	

Referencias Bibliográficas

1. Palacios Apolony M. Plan de gobierno (2015-2018) plan de gobierno municipal de distrito de nuevo Chimbote (2011-2014). [Artículo en línea].2014. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en. <http://200.48.102.67/pecao/05PLANES/2014/f8587972534409184660.pdf>
2. Rodríguez Calzadilla A. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997; 34 (1): 28-39.
3. Añé González B, Seguí León O. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Rev Cubana Estomatol 1987; 24(1):59-66.
4. Lamas C, Hernández R, Añé B. Evaluación de 2 métodos educativos sobre higiene bucal. Rev Cubana Estomatol 1987; 24(1):101-12.
5. Inglehart MR, Filstrup S, Wandera A. Oral Health and Quality of Life in Children. En Inglehart MR; Bagramian RA: Oral Heal.
6. Nataly Dulce Barrios nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de 2do de secundaria de la I. E. Jose Carlos Mariategui n°88046 - cambio puente, Distrito de Chimbote, Departamento Ancash, setiembre 2014” en : <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>
7. Vania Dioses Sifuentes nivel de conocimiento de Salud bucal en estudiantes de la I.E. Santo Tomas El apóstol, Distrito Nuevo Chimbote Departamento De Ancash, Setiembre 2014 en <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

8. Aliaga Torrico N. "Métodos de evaluación de dieta cario génica" investigación bibliográfica. [Artículo en línea], 2010. . [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en.

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

9. Organización mundial de salud. Salud Bucodental. Nota informativa N°318 [Revista en línea]. Febrero 2007. [Citado 30 de octubre 2014].disponible en.

[http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/.](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/)

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

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/evangelista_rj.pdf.](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/monografias/alumnos/evangelista_rj.pdf)

11. Ariza Villanueva C. Cabrera Pérez R, otros. Posología y Presentación de los fluoruros tópicos en nuestro medio-Fluorosis dental. Trabajo de investigación. [artículo en línea]. 2009 [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en.

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

12. Belkys Ferrer C, Osvaldo Villares P. Evaluación del tratamiento y prevención de la caries dental con fluoruro diamino de plata al 38%en escolares de primaria. Trabajo para optar por el título de especialista en estomatología. Trabajo de Investigación [Artículo en línea], 2012. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en.

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

- 13.** Faleiros Chioca S, Urzúa Araya I otros. Uso de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en población infanto-juvenil: Trabajo de Investigación. [Artículo en línea]. Vol. 6(1); 14-19, 2013. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en.
- <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v6n1/art03.pdf>
- 14.** EPe Productos de Higiene Bucal, S.L. La enfermedad periodontal, Revista [revista en línea]. 2012. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en.
- http://www.tepe.com/fileadmin/uploads/2012_redesign_files/PDF_s/ES/184ES.pdf
- 15.** Caridad Almarales S, Yuliette Llerandi A. conocimientos sobre salud bucal y demanda de servicios estomatológicos en relación con la enfermedad periodontal en embarazadas, revista cubana de estomatología [revista en línea]. jun. 2008. [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en.
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-200003
- 16.** Flores Calisaya c. influencia del estado nutricional en la erupción dentaria permanente en estudiantes del nivel primario del distrito de ciudad nueva -Tacna 2012. Investigación [Artículo en línea], 2013. . [Citado 30 de octubre 2014]. Disponible en.
- http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/272/157_2013_Flores_Calizaya_CV_FACS_Odontologia_2013_Resumen.pdf?sequence=2
- 17.** Ignacio Tabares "La educación como motor del desarrollo"; 18 de septiembre de 2002;
www.juenticus.com

ANEXOS

Cuestionario

INTRODUCCIÓN

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

I. DATOS GENERALES:

Instrucciones:

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

Genero.....

Edad:.....años

Distrito donde vive:.....

Grado de instrucción:.....

- Secundaria ()

II. CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

Instrucciones:

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

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREVENTIVAS

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

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

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

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

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

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

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

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN ENFERMEDADES BUCALES

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

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

10. La caries temprana en los niños es:

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

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

SI () NO ()

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

SI () NO ()

13. La gingivitis que da en la boca es:

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

14. ¿La enfermedad periodontal qué es?:

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

DIMENSIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN DESARROLLO DENTAL

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

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

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

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

17. ¿Sabes cuántos dientes temporales tienen los niños?

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

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

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

Ubicación



Fotografías

Investigador Calle Vigo Oscar en el frontis de la institución educativa San Luis de la Paz



**Investigador Calle Vigo Oscar en el interior de la institución
educativa San Luis de la Paz**

