



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN
ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P.
“RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO
CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN
ANCASH, AÑO 2015.”

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

AUTORA

DAMIÁN YENGLÉ LILIANA MILAGROS

ASESOR

Mgtr. WILFREDO RAMOS TORRES

CHIMBOTE – PERÚ

AÑO 2016

TÍTULO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”

JURADO EVALUADOR

Mgtr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE
PRESIDENTE DE JURADO

Mgtr. SALLY CASTILLO BLAZ
SECRETARIA DE JURADO

Mgtr. WALTER CANCHIS MANRIQUE
MIEMBRO DE JURADO

DEDICATORIA

En primero le dedico este trabajo, en principal a Dios por concederme a cumplir mis metas, mis objetivos y por bendecirme con una bella familia.

Gracias a ti mi madre, mi mejor amiga, por darme todo el amor del mundo, que ha hecho de mí una persona con buenos sentimientos, sencilla, humilde, responsable y con muy buenos valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

Gracias a ti padre, por el gran apoyo que me has brindado, por ver todos los días que nunca me falte nada, siempre aconsejándome y cuidándome todos los días de mi vida.

Gracias a ti hermana Katya, tuviste que partir a muy temprana edad, pero sé que desde el cielo me estas protegiendo y bendiciendo.

Gracias a mis hermanos, Francisco y Darwin, que siempre han estado junto a mí brindándome todo su apoyo incondicional y por las muchas veces poniéndose en el papel de padre.

Gracias a mi cuñada y mis sobrinos, ha su apoyo incondicional, por compartir buenos y malos momentos junto a mí.

Gracias a ti mi amor, Marlon Villacorta, mi mejor amigo, mi confidente, mi compañero, ya que esta carrera profesional que nos encanta tanto, hizo que nos pudiéramos llegar a conocer, gracias hiciste de esta experiencia unas de las especiales e importantes de mi vida.

AGRADECIMIENTO

La presente tesis de investigación, me gustaría agradecerle a ti Dios, por ayudarme a llegar hasta donde he llegado, por qué hiciste realidad este sueño anhelado, por darme las fuerzas necesarias y fe para creer lo que me parecía imposible de culminar.

A la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, por abrirme las puertas para darme la oportunidad de ver mi desempeño en el estudio y realizarme como un profesional.

A los participantes de dicha institución por accederme la oportunidad de realizar mi trabajo de investigación.

También me gustaría agradecer a todos mis docentes durante toda mi carrera profesional, por brindarme su apoyo incondicional, también por su amistad, porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación profesional.

RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015. La investigación fue de diseño descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. La muestra fue de 25 estudiantes de la I.E.P. “Ramón Castilla”, para lo cual se aplicó un cuestionario de 18 preguntas, aplicando como técnica la encuesta. El nivel de conocimiento sobre Salud bucal se ha dividido en: Nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas, nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales y nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental. Obteniendo los siguientes resultados: En el nivel de conocimiento sobre Salud bucal fue de 52,6% con nivel regular 41,7% con nivel malo y 5,7% con nivel bueno, en el nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas fue de 67,8% con nivel regular 22,6% con nivel bueno y 9,6% con nivel malo; en el nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales fue de 71,9 % con nivel malo 22,4 % con nivel regular y 5,7% con nivel bueno y en el nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental fue de 63,9% con nivel malo 31,6% con nivel regular y 4,5 % con nivel bueno. Concluyendo que en nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla” es de nivel regular.

Palabras clave: Medidas preventivas, Nivel de conocimiento, Salud bucal.

ABSTRACT

The present study of investigation had as intention determine the level of knowledge on mouth Health in students of the 3rd one of secondary of the I.E.P. "Ramon Castilla", of the District New Chimbote, Province of Holy, Region Ancash, Year 2015. The investigation was of descriptive design, transverse, prospective and observational. The sample belonged 25 students of the I.E.P. "Ramon Castilla", for which there was applied a questionnaire of 18 questions, applying as technology the survey. The level of knowledge on mouth Health has divided in: Level of knowledge on preventive Measures, level of knowledge on mouth Diseases and level of knowledge on dental Development. Obtaining the following results: In the level of knowledge on mouth Health it was 52,6 % with regular level 41,7 % with bad level and 5,7 % with good level, in the level of knowledge on preventive Measures it was 67,8 % with regular level 22,6 % with good level and 9,6 % with bad level; in the level of knowledge on mouth Diseases it was 71,9 % with bad level 22,4 % with regular level and 5,7 % with good level and in the level of knowledge on dental Development it was 63,9 % with bad level 31,6 % with regular level and 4,5 % with good level. Concluding that in level of knowledge on mouth Health in students of the 3rd one of secondary of the I.E.P. "Ramon Castilla" is of regular level.

Keywords: Preventive measures, Level of knowledge, Oral health.

CONTENIDO

Título de la tesis.....	ii
Hoja de firma de jurado y asesor.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Contenido.....	viii
Índice de tablas.....	ix
Índice de gráficos.....	x
I.Introducción.....	1
II.Revisión de Literatura.....	3
2.1 Antecedentes.....	3
2.2 Bases Teóricas.....	5
III. Metodología.....	20
3.1 Diseño de la investigación.....	20
3.2 Población y muestra.....	20
3.3 Técnica e instrumento.....	21
3.4 Definición y operacionalización de variable.....	23
3.5 Plan de Análisis.....	24
3.6 Matriz de consistencia.....	25
3.7 Principios éticos.....	25
IV. Resultados.....	26
4.1 Análisis de resultados.....	30
V. Conclusiones.....	31
5.1 Conclusiones.....	31
Recomendaciones.....	32
Referencias Bibliográficas.....	33
Anexos.....	37

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01:

Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.....26

TABLA N° 02:

Nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.....27

TABLA N° 03:

Nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.....28

TABLA N° 04:

Nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.....29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01:

Nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.....26

GRÁFICO N° 02:

Nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.....27

GRÁFICO N° 03:

Nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.....28

GRÁFICO N° 04:

Nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.....29

I. INTRODUCCIÓN

La estrecha relación bidireccional entre Salud bucodental y Salud general, así como su impacto en la calidad de vida, proporcionan una base sólida conceptual para un enfoque de integración de la Salud humana.

La Salud bucodental es mucho más que una bonita sonrisa. La boca es el espejo del cuerpo y frecuentemente refleja signos de enfermedades sistémicas. El examen bucal puede revelar hábitos no saludables o deficientes tales como el consumo de tabaco o alcohol. Algunas lesiones orales pueden ser el primer signo de la infección por alguna enfermedad sistémica y cambios en la apariencia de los dientes los cuales pueden indicarnos graves problemas alimentarios.

La OMS calcula que las enfermedades bucodentales ocupan el cuarto puesto en cuanto a coste de tratamiento como también se debe saber que las enfermedades bucodentales tienen impacto sobre las personas, las comunidades, la sociedad, los sistemas de salud y la economía:

La promoción de la Salud según la OMS es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, modificando sus condiciones sociales, ambientales y económicas.¹

Para el mantenimiento de la Salud bucal en preescolares y escolares, debe crearse una cultura que fortalezca el autocuidado para así evitar mayores incidencias bucales.²

Una dentición sana y funcional es importante en todas las fases de la vida al permitir funciones esenciales humanas tales como el habla, la sonrisa, la socialización o la alimentación, además los dientes primarios sanos permiten mantener el espacio para los sucesores permanentes desarrollándose en el hueso subyacente.¹

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

La educación para la Salud constituye un elemento esencial, que tiene como objetivo promover, organizar y orientar a la población sobre lo que debe hacer para mantener una Salud óptima. En la Comunidad todos sus actores sociales deben estar involucrados en estas tareas preventivas sobre enfermedad bucal, es la mejor estrategia para contrarrestar los efectos adversos de la problemática de Salud, se debe medir esa percepción de nivel de conocimiento sobre Salud bucal e identificar las deficiencias para plantear en un futuro, mejores programas odontológicos para disminuir los altos índices de enfermedad bucal.³

El presente estudio nace de la necesidad de conocer ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015? El objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015 y los objetivos específicos fue para: Determinar el nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas, determinar el nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales y determinar el nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental. La justificación de la investigación es muy necesaria en el Distrito de Nuevo Chimbote, debido a que existen escasas estadísticas en nuestra población sobre los niveles de conocimientos sobre 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:

Crisanto Goicochea Helen (Nuevo Chimbote, 2014), Realizó un trabajo de investigación sobre nivel de conocimiento de la Salud oral en estudiantes del 3er grado de secundaria de la I.E. "San Luis de la Paz" del Distrito de Nuevo Chimbote, provincia de Santa, departamento de Ancash, Año 2014, mediante la aplicación de una encuesta estructurada, teniendo como resultados tres niveles: buenos, regulares y malos. En general, el conocimiento acerca de la Salud oral de 56,5% tenía un nivel regular, 39,1 % malo y 4,3% bueno, sobre el nivel de conocimiento de medidas preventivas, 65,6% nivel regular, 26,1% bueno y 8,7% en un nivel malo, sobre el nivel de conocimiento de enfermedades orales el 56,5% tienen un nivel malo, 34,8% regular y 8,7 % en un nivel bueno y sobre nivel de conocimiento de desarrollo dental 87,0% en nivel malo, 8,7 % nivel regular y 4,3% en un nivel bueno.⁴

Apéstegui Mendoza Obed (Chimbote 2015), Realizó un trabajo de investigación sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal, fue de tipo observacional, descriptivo de corte transversal; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes del 3er grado de secundaria, de la I.EP. "El Gran Maestro", del distrito de Nuevo Chimbote, departamento de Ancash, Año 2015, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 50 estudiantes en dicha I.E. donde el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se ha dividido en: "Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas" y "Conocimiento sobre enfermedades bucales". Los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En cuanto a conocimiento sobre Salud Bucal fue 80% en un nivel regular, 20% malo. Respecto al conocimiento sobre medidas preventivas el 68.0% fue de nivel regular, 32% malo; acerca de conocimiento de enfermedades bucales el 96% malo, y 4,0% en un nivel regular.⁵

Lazarte Noriega Fátima (Nuevo Chimbote 2015), Realizó un trabajo de investigación sobre el nivel de conocimiento sobre Salud bucal, fue de tipo observacional , descriptivo de corte transversal, tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 2do grado de secundaria de la I.E. “Villa María” del distrito de Nuevo Chimbote , Marzo 2015 , para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria a 26 participantes en dicha institución, donde el nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se ha dividido en: Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, Conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En cuanto a conocimiento sobre Salud Bucal fue 61.5% en un nivel regular, 38.5% en un nivel malo. Respecto al conocimiento sobre medidas preventivas el 69.2% fue de nivel regular, 23.1% en un nivel bueno; acerca de conocimiento de enfermedades bucales el 73.1% malo, y 26.9% en un nivel regular y con respecto a desarrollo dental fue de 69.2% en un nivel malo y un 19.2% en un nivel regular.⁶

2.2 Bases Teóricas de la Investigación:

2.2.1 SALUD BUCAL

Es un componente fundamental de la salud; es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales, así como el sistema de valores, los subjetivos e individuales. Actualmente la Salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad bucal, como el Sida o la Diabetes, así como las deficiencias nutricionales. Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal encontramos a la caries dental, las periodontopatías y las mal oclusiones.

Se entiende como salud oral el óptimo estado y funcionamiento de todos los órganos y tejidos que forman parte del sistema estomatognático. La salud oral no debe ser tomada como un ente aislado de la salud general ya que del óptimo estado de ésta, depende el bienestar integral del individuo.⁷

Según Lalonde, el nivel de Salud bucal de una comunidad está determinado por la interacción de cuatro variables:

El medio ambiente (Contaminación química, psicosocial, sociocultural).

El estilo de vida (Conductas de Salud).

El sistema de asistencia sanitaria.

La Biología humana (Genética).⁸

Promoción en Salud bucal

La promoción de la Salud bucodental infantil incluye la prevención primaria de la caries dental (CD), el tratamiento precoz de los

traumatismos dentales, y la prevención primaria y el diagnóstico precoz de la maloclusión dentaria.

De los tres procesos, el más prevalente es la caries. 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, puede definirse 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.

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.⁹

2.2.3 MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Con respecto a las medidas de prevención de la Caries, los procedimientos más útiles en la profilaxis de la caries se pueden agrupar en: empleo de flúor (F), higiene bucodental como el cepillado dental y el uso del dentífrico.

Empleo de flúor

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

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

En las últimas décadas, su prevalencia en los niños había disminuido en la mayoría de países industrializados. Esto se atribuyó al empleo de F tanto sistémico (agua de consumo, bebidas y alimentos) como tópico (dentífricos, geles, colutorios), así como a una mejoría del estado de nutrición y de la higiene dental.

Sin embargo, de nuevo se asiste a un aumento de prevalencia, posiblemente por un abandono de las medidas de salud pública anteriores.⁹

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 hidroxiapatita y la fluorapatita presenta una reversibilidad en función de la concentración de F en el entorno del esmalte dental, de modo que la fluorapatita no sería una situación definitiva y estable.

Inhibición de la desmineralización y catálisis de la remineralización del esmalte desmineralizado.

Este proceso es dinámico y dura toda la vida del diente. La reversibilidad de este mecanismo justifica, por un lado, la recomendación del empleo de F durante toda la vida y no solo durante

la infancia. Además, el empleo de F tópico a bajas dosis, de forma continua, induce la remineralización dental.⁹

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.⁹

Efecto tópico (posteruptivo)

El F presente en la fase fluida de la superficie dental es el que realmente disminuye la desmineralización y aumenta la remineralización del esmalte, siendo clave la frecuencia de la exposición al F.

Este efecto posteruptivo tópico es el que se cree más adecuado para prevenir la Caries dental.

La saliva es el principal transportador del Flúor tópico. La concentración de F en el ductus salivar tras la secreción de las glándulas salivares es bajo. 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.⁹

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.⁹

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 erupcionan los primeros dientes se debe comenzar con la limpieza bucodental dos veces al día. Para esta etapa se pueden utilizar dedales de silicona o cepillos dentales infantiles.

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

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

Se explicará al niño y a los padres (hasta la adolescencia) la técnica del cepillado. Es más importante la minuciosidad que el tipo de técnica empleada; con un cepillado minucioso la mayoría de las técnicas resultan eficaces. Si hay problemas de alineación, ausencia de dientes, prótesis bucales o el niño es torpe para cepillarse, es preciso recomendar técnicas especiales. Se debe recomendar un cepillo de cabeza pequeña, de cerdas sintéticas y puntas redondeadas para evitar la lesión de la encía si el niño lo usa con fuerza.⁹

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.⁹

El dentífrico

El uso de un dentífrico adecuado aumenta los beneficios del cepillado. En general, una pasta dentífrica se compone de un producto abrasivo y un agente cariostático.

Se recomiendan abrasivos suaves (pirofosfato de calcio, metafosfato insoluble de sodio, etc.) y compuestos fluorados, como se ha indicado anteriormente.

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

En cuanto a su concentración en F, las pastas dentífricas fluoradas carecen prácticamente de contraindicaciones en el adulto por su acción exclusivamente local.

Sin embargo, se ha calculado que un preescolar, con dos cepillados diarios, puede deglutir alrededor de 1 g de pasta dental al día, debido a la inmadurez del reflejo de deglución. Por ello y para evitar la FD, debe conocerse la concentración de F de los dentífricos a emplear en el niño.¹⁰

2.2.4 ENFERMEDADES BUCALES

Caries dental

La caries dental es un padecimiento infeccioso que ocupa el primer lugar de las enfermedades estomatológicas más prevalentes, afectando a la niñez.

La caries dental es el resultado del desequilibrio ecológico en la cavidad oral, que puede dividirse como un acontecimiento de tres fases:

Los microorganismos cariogénicos actúan sobre los hidratos de carbono fermentables produciendo ácidos.

Una dieta rica en sacarosa favorece el establecimiento inicial de estreptococos del grupo mutans en la placa.¹¹

La exposición prolongada a los hidratos de carbono incrementa los niveles de bacterias acidúricas, como estreptococos del grupo mutans (*S. mutans*) y lactobacilos, produciendo un cambio en la ecología microbiana.

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.¹¹

Una biopelícula cariogénica puede contener millones de bacterias, entre las cuales el estreptococo mutans es uno de los componentes críticos. Esta bacteria puede fermentar los hidratos de carbono para formar ácido láctico, los ciclos repetidos de la generación ácida pueden dar lugar a la disolución microscópica de minerales del esmalte del diente y a la formación de una mancha blanca o marrón opaca en la superficie del esmalte.

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.¹²

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.¹²

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 programas preventivos promocionales de Salud bucal, por lo cual de esta manera identificando y revisando la problemática, los componentes de un programa de prevención son:

Alimentación bajo en carbohidratos.

Uso de flúor (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.¹³

2.2.5 DESARROLLO DENTAL

El desarrollo dental inicia con las células de la cresta neural formando 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, 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 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.¹⁴

Erupción dentaria

El primer signo de desarrollo dentario aparece en la tercera semana embrionaria cuando el recubrimiento epitelial de la cavidad bucal comienza a aumentar de espesor en amplias zonas.

Cronología de la erupción dentaria: El desarrollo de la dentición es un proceso íntimamente coordinado con el crecimiento de los maxilares.

La calcificación de los dientes desde la vida intrauterina, la erupción de los dientes temporales y de los permanentes y el proceso de reabsorción de las raíces de los temporales son fenómenos complejos que explican la frecuencia de anomalías en la oclusión dentaria.

La calcificación de los dientes temporales empieza entre los cuatro y seis meses de vida intrauterina. Al nacimiento se encuentran calcificadas las coronas de los incisivos centrales en su mitad incisal, menos la de los incisivos laterales, se observan las cúspides de los caninos y molares con poca calcificación y ha comenzado la calcificación de la primera corona del primer molar permanente. Se aprecian las criptas de gérmenes de premolares caninos e incisivos centrales superiores.¹⁵

La erupción de los dientes comienza cuando se ha terminado la calcificación de la corona e inmediatamente después que empieza a calcificarse la raíz. Se cree que este proceso está regido por un control endocrino.

En la dentición temporal el orden de erupción es el siguiente: incisivos centrales inferiores a los seis o siete meses, centrales superiores a los ocho meses, laterales superiores a los nueve meses, laterales inferiores a los diez meses, primeros molares a los catorce meses, caninos a los dieciocho meses y segundos molares a los veintidós o veinticuatro meses. Los dientes permanentes pueden ser de sustitución o complementarios. Los dientes de sustitución hacen su erupción simultáneamente con el proceso de reabsorción de las raíces de sus predecesores temporales, esto se atribuye a la acción de los osteoclastos y cementoclastos que aparecen como consecuencia del aumento de la presión sanguínea y tisular que impide la proliferación celular en la raíz y en el hueso alveolar y facilita la acción osteoclástica.¹⁵

En el caso de dientes temporales que se reabsorben, el aumento en la presión sanguínea está favorecido por la presión del diente permanente en erupción; esta ocurre por etapas, con períodos de evidente actividad

seguidas por períodos de aparente reposo.

La dentición permanente consta de cuatro incisivos, dos caninos, cuatro premolares y cuatro molares en cada maxilar, además un tercer molar que se encuentra sujeto a anomalías de número, forma y posición.

Los dientes permanentes brotan con intervalos de un año entre cada grupo: el primer molar a los 6 años, los incisivos centrales superiores e inferiores a los 7 años, los incisivos laterales superiores e inferiores a los 8 años. El canino inferior y el primer premolar superior a los 9 años. El canino superior y el primer premolar inferior a los 10 años.

El segundo premolar superior e inferior a los 11 años. Los segundos molares superiores e inferiores a los 12 años. Los terceros molares superiores e inferiores de los 18 a los 30 años.

Existe una tabla de calcificación dentaria hecha por Nolla, que es una guía para su estudio.

La reabsorción de las raíces de los incisivos temporales está ya avanzada a los 5 años, cuando comienza la calcificación de las raíces de los incisivos y primeros molares permanentes y progresa la formación de las coronas de todos los dientes permanentes a excepción del último molar. A los 7 años comienza el reemplazo de los incisivos. A los 9 años ya están en el arco dentario los incisivos y primeros molares permanentes y empieza la erupción de las primeras bicúspides superiores y caninos inferiores y empieza la calcificación de las cúspides de los terceros molares. A los 11 años se ha terminado la calcificación de las coronas de los permanentes, se adelanta la formación del tercer molar y termina la calcificación de las raíces de los caninos y premolares. A los 12 a 13 años debe estar terminada la erupción y calcificación de la dentición permanente.¹⁵

2.2.6 CONOCIMIENTO

El conocimiento en la sociedad moderna, es el Eje para la transformación productiva con equidad, 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, adquiriendo conocimientos para el desempeño de una actividad. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje.¹⁶

Fases entre el conocimiento y la conducta

De lo anterior se desprende que:

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

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

La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y 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.¹⁷

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de la investigación:

Descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

3.2 Población y muestra:

3.2.1 Población

Se ha considerado al total de estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015, que corresponde a 50 estudiantes.

3.2.2 Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, estuvo conformada por 25 estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015, que cumplan con los criterios de selección.

3.2.3 Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

Todos los estudiantes del 3ro de secundaria, que accedieron a participar con dicha investigación.

A los estudiantes del 3ro de secundaria, que sus padres accedieron a firmar el consentimiento informado para dicha investigación.

Criterios de exclusión

Todos los estudiantes del 3ro de secundaria, que no accedieron a participar con dicha investigación.

A los estudiantes del 3ro de secundaria, que sus padres no accedieron a firmar el consentimiento informado para dicha investigación.

3.3 Técnica e instrumento

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

3.3.1 Instrumento

El Cuestionario consta de 2 partes: Primera son los datos generales, la segunda es el cuestionario en conocimiento sobre Salud bucal. Este instrumento fue adaptado por la Autora (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.

Cuestionario de conocimiento sobre Salud bucal

El cuestionario tuvo información adicional que consignó los estudiantes del 3ro de secundaria en los datos específicos.

Este cuestionario consta de 18 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómicas y respuestas múltiples) en conocimiento sobre Salud bucal, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se consideró de manera global, se agruparon los resultados en los siguientes intervalos:

En forma general:

Nivel de conocimiento sobre Salud bucal (18 preguntas)

Bueno (13-18 puntos)

Regular (6-12 puntos)

Malo (0-5 puntos)

En forma específica:

Nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas (8 preguntas)

Bueno (6-8 puntos)

Regular (3-5 puntos)

Malo (0-2 puntos)

Nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales (6 preguntas)

Bueno (5-6 puntos)

Regular (3-4 puntos)

Malo (0-2 puntos)

Nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental (4 preguntas)

Bueno (3-4 puntos)

Regular (2 puntos)

Malo (0-1 puntos)

Procedimiento

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

Posteriormente, a los estudiantes se les explico el objetivo de la investigación y se entregó el consentimiento informado para que su

padre/madre demuestre su aceptación voluntaria mediante su firma y el estudiante pueda participar (Anexo N° 4).

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

3.4 Definición y operacionalización de variable

3.4.1 Variable

Nivel de conocimiento sobre Salud bucal:

Definido como el conocimiento general de Salud bucal que tienen los estudiantes del nivel secundaria, sobre Medidas preventivas, sobre Enfermedades bucales y sobre Desarrollo dental valorada por una escala de medición de 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 cuestionarios en Salud bucal.

Dimensiones de la variable:

Conocimiento sobre Medidas preventivas

Es definido como el nivel de conocimiento que tiene de prevención de caries dental, sobre ingesta de flúor, sobre higiene bucodental, sobre el cepillado dental y el uso de dentífricos.

Conocimiento sobre Enfermedades bucales

Es definido como el nivel que tiene sobre caries dental, sobre gingivitis y sobre enfermedad periodontal.

Conocimiento sobre Desarrollo dental

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

3.4.2 Operacionalización de variable:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre Salud bucal.	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del estudiante referido a Salud bucal.	Conocimiento sobre Medidas preventivas.	Bueno 6 – 8 Regular 3 – 5 Malo 0 - 2	Ordinal	Cuestionario
		Conocimiento sobre Enfermedades bucales.	Bueno 5 – 6 Regular 3 – 4 Malo 0 - 2		
		Conocimiento sobre Desarrollo dentario.	Bueno 3 – 4 Regular 2 Malo 0 - 1		

3.5 Plan de análisis

Los datos obtenidos en los cuestionarios se ingresaron a la base de datos en Excel XP, una vez ordenados, tabulados, se analizaron según la naturaleza de la variable de estudio.

Teniendo presente las diferencias estadísticas en promedios y proporciones. La variable y las dimensiones se presentan en tablas y gráficos de círculos estadísticos.

3.6 Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	POBLACIÓN Y MUESTRA
Nivel de conocimiento o sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.	Problema general ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015?	Objetivo general Determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015. Objetivos Específicos Determinar el nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”. Determinar el nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”. Determinar el nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”.	Variable Nivel de conocimiento sobre Salud bucal. Dimensiones: Conocimiento sobre Medidas preventivas. Conocimiento sobre Enfermedades bucales. Conocimiento sobre Desarrollo dental.	Población La población está constituida por 50 estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015. Muestra Está constituida por 25 estudiantes encuestados del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.

3.7 Principios éticos

Para el desarrollo del estudio, se consideró los principios éticos basados en la Declaración de Helsinki (WMA, Octubre 2013) en donde se considera que en la investigación se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.¹⁸

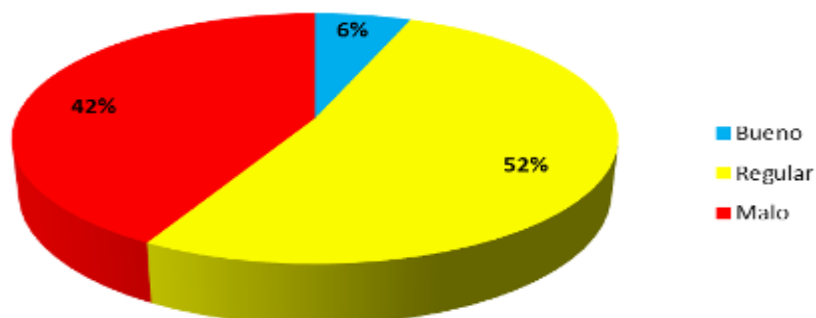
IV. RESULTADOS

TABLA N°01: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	2	5,7
REGULAR	13	52,6
MALO	10	41,7
TOTAL	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del 3ro de secundaria. Año 2015.

GRÁFICO N°01: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”



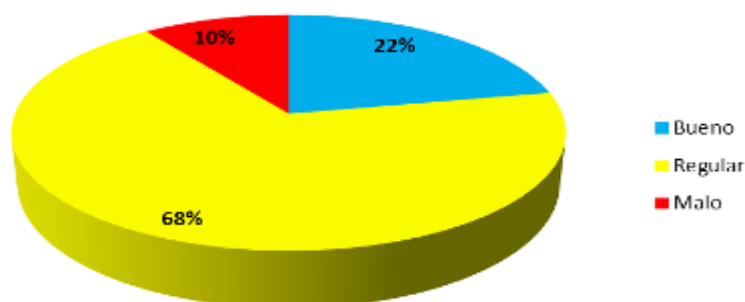
Fuente: Gráfico 01

TABLA N°02: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	6	22,6
REGULAR	17	67,8
MALO	2	9,6
TOTAL	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del 3ro de secundaria. Año 2015.

GRÁFICO N°02: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”



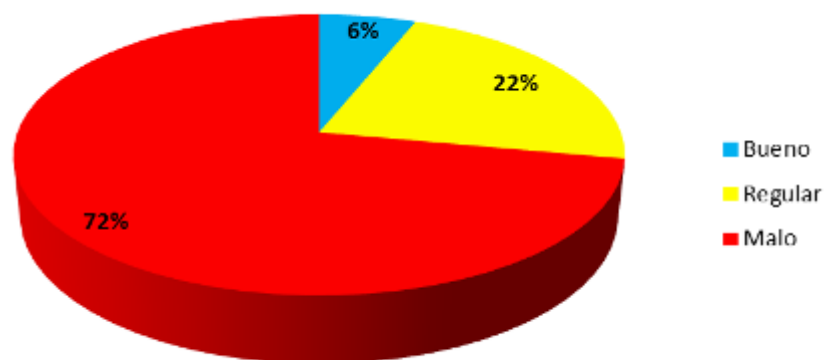
Fuente: Gráfico 02

TABLA N°03: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	2	5,7
REGULAR	5	22,4
MALO	18	71,9
TOTAL	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del 3ro de secundaria. Año 2015.

GRÁFICO N° 03: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”



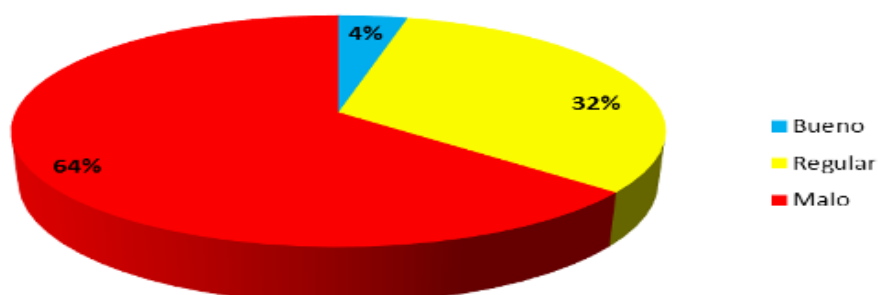
Fuente: Gráfico 03

TABLA N°04: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”

NIVEL DE CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENO	1	4,5
REGULAR	8	31,6
MALO	16	63,9
TOTAL	25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a los estudiantes del 3ro de secundaria. Año 2015.

GRÁFICO N°04: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA DE LA I.E.P. “RAMÓN CASTILLA”, DEL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, REGIÓN ANCASH, AÑO 2015.”



Fuente: Gráfico 04

4.1 Análisis de resultados

El total de estudiantes del 3ro de secundaria encuestados en general, en el nivel de conocimiento sobre Salud bucal fue de 52,6% con nivel regular, (Ver Tabla N° 01). Inferior a lo obtenido por Crisanto que fue de 56,5% con nivel regular, Inferior a lo obtenido por Apéstegui que fue de 80% con nivel regular e Inferior a lo obtenido por Lazarte que fue de 61.5% con nivel regular.

En el nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas fue de 67,8% con nivel regular (Ver Tabla N° 02). Superior a lo obtenido por Crisanto que fue de 65,6% con nivel regular, Inferior a lo obtenido por Apéstegui que fue de 68% con nivel regular e Inferior a lo obtenido por Lazarte que fue de 69.2% con nivel regular.

En el nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales fue de 71,9 % con nivel malo (Ver Tabla N° 03). Superior a lo obtenido por Crisanto que fue de 56,5% con nivel malo, Inferior a lo obtenido por Apéstegui que fue de 96% con nivel malo y Superior a lo obtenido por Lazarte que fue de 73.1% con nivel malo.

En el nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental fue de 63,9% con nivel malo (Ver Tabla N° 04). Inferior a lo obtenido por Crisanto que fue de 87% con nivel malo e Inferior a lo obtenido por Lazarte que fue de 69.3% con nivel malo.

V. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

En general, en el nivel de conocimiento sobre Salud bucal, se encontró un mayor porcentaje de 52,6% con nivel regular, seguido por el 41,7% con nivel malo y 5,7% con nivel bueno. (Ver Tabla N° 01).

En el nivel de conocimiento sobre Medidas preventivas, se encontró un mayor porcentaje de 67,8% con nivel regular, seguido por el 22,6% con nivel bueno y 9,6% con nivel malo. (Ver Tabla N° 02).

En el nivel de conocimiento sobre Enfermedades bucales, se encontró un mayor porcentaje de 71,9 % con nivel malo, seguido por el 22,4 % con nivel regular y 5,7% con nivel bueno. (Ver Tabla N° 03).

En el nivel de conocimiento sobre Desarrollo dental, se encontró un mayor porcentaje de 63,9% con nivel malo, seguido por el 31,6% con nivel regular y 4,5% con nivel bueno. (Ver Tabla N° 04).

Recomendaciones

Reforzar el buen conocimiento sobre Salud bucal en los estudiantes de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.

Realizar mayor labor preventiva promocional de la Salud bucodental en la I.E.P. “Ramón Castilla”, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre Salud Bucal en sus tres dimensiones.

Referencias Bibliográficas

1. Habib B, David W. El desafío de las enfermedades bucodentales - Una llamada a la acción global. Atlas de Salud bucodental. 2da ed. Ginebra: Federación Dental Internacional; 2015.

Disponible en:

http://www.fdiworldental.org/media/84768/book_spreads_oh2_spanish.pdf

2. Mazariegos M. Salud Bucal de los preescolares y escolares. 1er ed. México; 2011. Disponible en:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/sbpye_completo2.pdf

3. Aliaga G, Durand M. Diagnóstico de la situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash-Perú. Revista Peruana de Epidemiología. 2008; 12 (1). Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v12_n1/pdf/a06.pdf

4. Goicochea C. Nivel de conocimiento de la salud oral en estudiantes de 3er grado de secundaria de la Institución Educativa "San Luis de la Paz" de Distrito de Nuevo Chimbote, provincia de Santa, departamento de Ancash, en julio de 2014 [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Chimbote, universidad católica los ángeles de Chimbote; 2014.

Disponible en:

www.uladech.com.edu.pe

5. Apéstegui O. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 3er grado de secundaria, de la I.EP. "El Gran Maestro", distrito de Nuevo Chimbote, departamento de Ancash, Julio 2015. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Chimbote, universidad católica los ángeles de Chimbote; 2015. Disponible en:

www.uladech.com.edu.pe

6. Lazarte F. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 2do grado de secundaria de la I.E. “Villa María”, Distrito de Nuevo Chimbote, Marzo 2015. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Chimbote, universidad católica los ángeles de Chimbote; 2015.

Disponible en:

http://tesis.uladech.edu.pe/handle/ULADECH_CATOLICA/113

7. Luzuriaga V, Vargas D. Diagnóstico y Mejoramiento de la Salud Bucal en niños/as de la Escuela Fiscal Mixta “Pompollo Reinoso Jaramillo”, Ciudadela Sauces Norte (Motupe) de la Ciudad de Loja, Julio 2009. [Previo a la obtención del Título de Odontólogos] Loja, Universidad Nacional de Loja; 2009.

Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4830/1/Luzuriaga%20Veronica%20-%20Vargas%20Diego.pdf>

8. Cuenca E, Baca P. Odontología Preventiva y Comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 3ra ed. España. Editorial Elsevier. 2005.

9. Miñana V, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Promoción de la salud bucodental. Rev. Pediatr. Aten. Primaria. [Internet]. 2011. [consultado 24 Sep. 2015]; 13(51). 435-458.

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113976322011000300010&script=sci_arttext

10. Perales S, Loayza R, Alvarado S, Torres G, Guillén A, Anticona C. El flúor en la prevención de caries en la dentición temporal. Barnices fluorados. Art. de Rev. Odontol. Sanmarquina 2006; 9(1): 31-35.

Disponible en:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/viewFile/5339/4564>

11. Contreras N, Valdivieso M, Cabello E. El Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Rev. Estomatol. Herediana. [online]. 2008; 18 (1) [citado 02 Marzo 2014].

Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/1852/1861>

12. Mejía A, Lomelí G, Gaxiola M. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Patologías Bucales. México; 2012.

Disponible en:

http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf

13. Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol. Herediana. 2013; 23 (2); 101-108.

Disponible en:

[file:///C:/Users/MILAGROS%20DAMIÁN/Downloads/37-128-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MILAGROS%20DAMIÁN/Downloads/37-128-1-PB%20(1).pdf)

14. Boj J, Catalá M, García C, Mendoza A. Odontopediatría. España. 1er ed. Editorial Elsevier. 2005.

15. Santos M. “Características en Dentición Decidua: Prevalencia de los tipos de arcos y su repercusión en la Dentición Permanente”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima; 2009.

Disponible en:

http://www.cop.org.pe/bib/investigacionbibliografica/MARIALUISAISABEL_SANTOSMATOS.pdf

16. Tabares I. “La educación como motor del desarrollo”; 18 de setiembre de 2002. (En Línea). (Fecha de acceso 24 de abril del 2015).

Disponible en:

<http://www.luenticus.org/articulos/02R014/index.html>

17. Esquivias M. La actitud del individuo y su interacción con la sociedad. Revista Digital UNAM. 2012; 13(7).

Disponible en:

<http://www.revista.unam.mx/vol.13/num7/art75/>

18. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas sobre seres humanos. Centro de documentación de Bioética, Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra; 2013.

Disponible en:

<http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013declaracionhelsinkibrasil.pdf?1>

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 SOBRE 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 SOBRE 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 SOBRE 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 ()

Hoja de Validación:



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

NOMBRE DEL EXPERTO	NUMERO DE PREGUNTA																		OBSERVACIÓN
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Zoila DEANOLA PORRAS.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 Dña. Zoila Deánola Porras ODONTOPEDIATRA COP 4496 - RNE 719 HOSPITAL N. CHIMBOTE - RAAN S. Salud
Alexander Morillas Zapata.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 Dr. Alexander Morillas Zapata CIRUJANO DENTISTA COP 14132 HOSPITAL N. CHIMBOTE - GRAAH
Oscar Echua Carrion	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 L. Oscar Echua Carrion CIRUJANO DENTISTA COP 4172 HOSPITAL N. CHIMBOTE - RAAN CLINICA ODONTOLÓGICA LOS ANGELES CHIMBOTE
MARLEN ANGELES GARCIA.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 Karen Angeles García CIRUJANO DENTISTA LOS ANGELES CHIMBOTE CLINICA ODONTOLÓGICA
Dr. Lento Arellano Moreno	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 Gilberto Arellano Moreno CIRUJANO DENTISTA LOS ANGELES CHIMBOTE CLINICA ODONTOLÓGICA
JULIO CESAR Fournier Egusquiza	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 JULIO CESAR Fournier Egusquiza CIRUJANO DENTISTA LOS ANGELES CHIMBOTE CLINICA ODONTOLÓGICA
Daniel Suarez Natividad	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 Daniel Suarez Natividad CIRUJANO DENTISTA LOS ANGELES CHIMBOTE CLINICA ODONTOLÓGICA
CARMEN HURTADO CHANOFF	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 Carmen Hurtado Chanoff CIRUJANO DENTISTA LOS ANGELES CHIMBOTE CLINICA ODONTOLÓGICA
Mayra Chavez Aguilar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 Dr. Marlon Chávez Aguilar CIRUJANO DENTISTA C.O.P. N. 13988
Fredy Silva Medina	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	 FREDY SILVA MEDINA CIRUJANO DENTISTA LOS ANGELES CHIMBOTE CLINICA ODONTOLÓGICA C.O.P. N. 13988

Item-Total Statistics

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

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.381	18

Carta de Presentación:



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

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

Chimbote, junio 09 del 2015

CARTA N° 091-2015- DIR-EPO-FCCS-ULADECH Católica

Señor

Lic. Maximo Briones Vargas

Director de la Institución Educativa Educativa Ramón Castilla- Nvo-Chimbote

Presente.-

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

En cumplimiento al Plan Curricular los estudiantes de la Carrera Profesional de Odontología, vienen desarrollando la asignatura de Tesis, a través de un trabajo de investigación denominado **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE TERCERO DE SECUNDARIA INSTITUCION EDUCATIVA “ RAMON CASTILLA, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, JUNIO 2015”**

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

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

Atentamente;


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

Recibido y aceptado



7-7-15

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

Consentimiento Informado:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN 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 Liliana Milagros Damián Yengle de la carrera de Odontología, de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, la meta de este estudio es la Determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en estudiantes del 3ro de secundaria de la I.E.P. “Ramón Castilla”, del Distrito de Nuevo Chimbote , Provincia del Santa, Región Ancash, Año 2015.

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

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

Desde ya le agradecemos su participación.

Yo..... Con número de DNI.....
Acepto que mi menor hija(o)..... De 13 años del aula.....participe voluntariamente en esta investigación, Respondiendo la encuesta que se le realizara en la hora de clase.

Ubicación:



Fotografías:

**INVESTIGADORA DAMIÁN YENGLÉ LILIANA MILAGROS
ENTREGANDO CARTA DE PRESENTACIÓN**



FRONTIS DE LA I.E.P. “RAMON CASTILLA”

ENCUESTANDO A LOS ESTUDIANTES



**INVESTIGADORA ENTREGANDO EL CUESTIONARIO A LOS
ESTUDIANTES DEL 3RO DE SECUNDARIA**

