



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN NIÑOS
ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA “CAMINO
DE FE”, PUEBLO JOVEN SANTA ROSA, LAMBAYEQUE 2015.**

AUTOR:

Br. VÁSQUEZ PÉREZ JORGE LUIS

**PARA OPTAR EL TITULO ACADEMICO DE
CIRUJANO DENTISTA**

CAJAMARCA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A DIOS, por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida y por su infinito amor.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ellos he logrado llegar hasta aquí y convertirme en profesional. Ha sido un privilegio ser su hijo, y mi agradecimiento son los mejores padres.

A mi familia en general por formar parte importante de mi vida, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo este gran paso en mi vida profesional.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A mis padres por su apoyo incondicional durante toda mi carrera universitaria y más aún durante la elaboración de este trabajo de investigación.

Al Dr. Manuel Guzmán Calvo, por su apoyo en la realización de este trabajo de investigación.

Agradezco a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la elaboración de esta investigación

RECONOCIMIENTO

A la Universidad Alas Peruanas por su
Compromiso con el estado peruano, en la
Formación de nuevos profesionales en el ámbito nacional.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RECONOCIMIENTO	iv
INDICE	v
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
INTRODUCCION	xi
CAPITULO I	1
PLANTEAMIENTO METODOLÒGICO	1
1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PLOBLEMÁTICA	1
1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	2
1.2.1. DELIMITACION ESPACIAL	2
1.2.2. DELIMITACION SOCIAL	3
1.2.3. DELIMITACION TEMPORAL	3
1.2.4. DELIMITACION CONCEPTUAL	3
1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACION	3
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	3
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	3
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	4
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	4
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
1.5. HIPOTESIS Y VARIABLES DE LAS INVESTIGACION	4
1.5.1. HIPOTESIS GENERAL	4
1.5.2 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)	4
1.6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	5
1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	5
a. TIPO DE INVESTIGACION	5
b. NIVEL DE INVESTIGACION	6

1.6.2. METODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION	6
a. METODO DE LA INVESTIGACION.....	6
b. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	6
1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.....	6
a. POBLACIÓN.....	6
b. MUESTRA	7
1.6.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	7
b. INSTRUMENTOS:	7
1.6.5. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	8
a. JUSTIFICACIÓN	8
b. IMPORTANCIA.....	9
c. LIMITACIONES	9
CAPITULO II.....	10
MARCO TEORICO.....	10
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	10
2.2. BASES TEORICAS.....	13
2.2.1. HIGIENE BUCAL	13
2.2.1.1 PLACA BACTERIANA BUCODENTAL	14
A. Concepto de placa bacteriana.....	14
B. Factores implicados en la adhesión bacteriana	15
2.2.2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL.....	16
2.2.2.1 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y	
VERMILLION.....	16
A. Concepto de Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion	16
B. Componentes del Índice de Higiene Oral	17
Cálculo del índice:	18
2.2.2.3. CARIES.....	18
A. DEFINICIÓN.....	18
B. FACTORES ETIOLÓGICOS.....	19
B.1) Microorganismos	19
▪ Streptococcus mutans	19

▪ Lactobacillus.....	19
▪ Actinomices	20
B.2) Dieta.....	20
C. Huésped: saliva, diente, inmunización y genética.....	20
▪ Saliva.....	20
▪ Diente	21
▪ Inmunización	21
▪ Genética.....	21
D. INICIO Y PROGRESO DE LA LESIÓN CARIOSA	22
1. LESIÓN EN ESMALTE	23
a) Aspecto clínico	23
b) Aspecto histológico	23
▪ Zona superficial a prismática o capa de Darling.....	23
▪ Cuerpo de la lesión o zona sub-superficial.....	23
▪ Zona oscura.....	24
▪ Zona translúcida.	24
2. LESIÓN EN DENTINA.....	24
2.2.3. NIVELES DE CONOCIMIENTO	25
2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.....	27
a. Nivel de Conocimiento:.....	27
b. Salud Bucal:	27
c. Estado de Salud Bucal:.....	27
CAPITULO III.....	28
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	28
3.1. ANALISIS DE TABLAS Y GRAFICAS	28
3.2. DISCUSION DE RESULTADO.....	34
3.3. CONCLUSIONES.....	35
3.4. RECOMENDACIONES	35
3.5. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	36
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	38
ANEXO N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	39
ANEXO N°2: ENCUESTA.....	40
ANEXO N° 03:.....	44

CONSENTIMIENTO INFORMADO	44
ANEXO N° 04:	45
ASENTIMIENTO INFORMADO.....	45
ANEXO N° 06: FOTOS DE CAMPO	46
ANEXO N° 07: ODONTOGRAMA.....	51
ANEXO N° 08: FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S	52
ANEXO N° 08: CONSENTIMIENTO COLEGIO	53

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015. La investigación estuvo enmarcada dentro del tipo básico, observacional, descriptiva y transversal. La población estuvo constituida por 67 niños y niñas entre 6 a 11 años de edad, se consideró como muestra 67 niños y niñas para realizar el presente estudio. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario para la recopilación de información y datos. Respecto al nivel de conocimiento, la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en higiene bucal (61.2%), seguido por “bueno” (22.4%) y “malo” (16.4%). Al realizarse el análisis inferencial, no se encontró relación entre el nivel de conocimiento y el sexo ($P= 0.782$).

Palabras claves: Nivel de conocimiento, salud bucal.

SUMMARY

This research aimed to determine the level of knowledge about oral hygiene in school children 6 to 11 years of School "Way of Faith," Young People Santa Rosa, Lambayeque 2015. The research was framed within the observational, descriptive and cross. The population consisted of 67 children aged 6 to 11 years old, was seen as showing 67 children for this study. Oral Hygiene Indices Simplified (OHI-S) of Greene and Vermillion, and filling odontogram were used to determine the health status of children, it was used as a technique and as an instrument survey questionnaire and observation sheet. Regarding the level of knowledge, most of the sample presented a "regular" knowledge on oral hygiene (61.2%), followed by "good" (22.4%) and "bad" (16.4%). At the inferential analysis performed, no relationship between the level of knowledge and sex ($P = 0.782$) was found.

Keywords: level of knowledge, oral health.

INTRODUCCION

El conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades odontoestomatológicas y más aún en niños, en el Perú.

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación o familiares y gasto por salud.

Según el Estudio Epidemiológico a nivel nacional realizado los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental es de 90.4%; además en lo que se refiere a caries dental el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD), a los 12 años es de aproximadamente 6%, ubicándose según la Organización Panamericana de la Salud – OPS en un País en estado de emergencia; según un estudio del año 1990, la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de mal oclusiones es del 80%.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÒGICO

1.1. DESCRIPCION DE LA REALIDAD PLOBLEMATICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y la mal oclusión constituyen problemas de salud pública que afecta a los países industrializados y cada vez con mayor frecuencia a los países en desarrollo, en especial a las comunidades más pobres.

Las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo con las enfermedades crónicas más comunes como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes. Siendo el factor de riesgo más importante una higiene bucodental deficiente.

La atención odontológica curativa tradicional representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde el 5%-10% del gasto sanitario público guarda relación con la salud bucodental.

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre al igual que la no pobre, presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que la población pobre, tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud.

En la actualidad en la ciudad de Chiclayo, existe un alto grado de prevalencia de caries dental, malos hábitos de higiene oral y estilos de vida desfavorables. Se asume con que la falta de conocimiento sobre prevención de salud bucal por parte de los padres de familia y en especial de las madres, siendo ellas las primeras educadoras, adquiere gran relevancia y puede constituirse en un factor de riesgo del estado de salud de su hijo, esto lleva a un problema familiar, social, económico y educacional.

La promoción de la salud debe iniciarse en la familia y los ejemplos y actitudes de los padres de familia son determinantes. La mejor forma de promover la salud dentro de la familia es a través de su modo de vida, su entorno, alimentación e higiene bucal.

La Educación para la Salud es uno de los ejes que permite la preservación de salud integral del niño, asegurando así una persona con una mejor calidad de vida.

1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

1.2.1. DELIMITACION ESPACIAL

Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa,
Miguel Grau #318 Urb. Santa María –Prolongación Pariñas.

1.2.2. DELIMITACION SOCIAL

Esta investigación se realiza a los niños escolares de 6 a 11 años de la Institución educativa “Camino de Fe”,

1.2.3. DELIMITACION TEMPORAL

Tiempo de Ejecución: 5 meses

1.2.4. DELIMITACION CONCEPTUAL

Higiene bucal y Niños

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACION

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud bucal de escolares de 6 a 11 años de edad de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015, Según el género ?

¿Cuál es el nivel de conocimiento en salud bucal de escolares de 6 a 11 años de edad de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015, Según la edad ?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el nivel de conocimiento en salud bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015, Según Genero.

Identificar el nivel de conocimiento en salud bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015, Según Edad.

1.5. HIPOTESIS Y VARIABLES DE LAS INVESTIGACION

1.5.1. HIPOTESIS GENERAL

Hipótesis implícita

1.5.2 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

a. **VARIABLE INDEPENDIENTE** : Nivel de Conocimiento

b. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Índices
Nivel de Conocimiento sobre higiene bucal	Suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto relacionado con la salud bucal.	Higiene Bucal	<p>Te cepillas los dientes</p> <p>Número de veces cepillarse</p> <p>Manera de cepillarse</p> <p>Elementos adicionales de higiene</p>	Cuestionario

1.6. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

a. TIPO DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo básico, observacional, descriptiva y transversal.

- **Observacional:** Se va a observar desde fuera lo que realiza el grupo observado y absteniéndose de intervenir en el decurso de los hechos.
- **Básico**

- **Descriptiva:** Describen la realidad encontrada.
- **Transversal:** Describen los hechos en un momento específico

b. NIVEL DE INVESTIGACION

El presente trabajo es de nivel descriptivo ya que va a describir un fenómeno en una circunstancia temporal y geografía determinada.

1.6.2. METODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

a. METODO DE LA INVESTIGACION

Método cualitativo y cuantitativo

b. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

La presente investigación es de diseño no experimental transversal.

1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION

a. POBLACIÓN

La población de estudio estará constituida por 67 niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.”, presentan las siguientes características:

- ✓ Población mixta (niños y niñas).
- ✓ Edades de 6 a 11 años de edad.

- ✓ Residen en el Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.

b. MUESTRA

La muestra representativa de la población la constituyen 67 niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015, siendo el grupo de trabajo la sección de 1ero, 2do, 3ero, 4to, 5to, 6to. Los cuales fueron seleccionados mediante el muestreo probabilístico, cuyo tipo utilizado fue el muestreo por conveniencia.

1.6.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

a. TECNICAS:

- **Encuesta:** La encuesta es una pesquisa o averiguación en la que se emplean cuestionarios para conocer la opinión pública. Consiste en el acopio de testimonios orales y escritos de personas vivas.

b. INSTRUMENTOS:

El instrumento que se utilizó para recopilar datos para la investigación es:

- **Cuestionario:** La información se obtuvo por medio de un cuestionario estructurado, el instrumento incluyó

información sobre edad, sexo, conocimiento sobre higiene bucal. Para clasificar el nivel de conocimiento fueron considerados el número de aciertos, con base a los parámetros establecidos por el autor de éste proyecto: 0 para la respuesta incorrecta y 4 puntos para la respuesta correcta. Para establecer el nivel de conocimiento se sumaron los puntajes por pregunta y se clasificó según puntuación obtenida: 41-60 (Bueno), 21-40 (Regular) y 0-20 (Malo).

Finalmente, se realizó el análisis descriptivo de los indicadores, agrupándolos en frecuencias absolutas y relativas. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0 para Windows.

1.6.5. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

a. JUSTIFICACIÓN

La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial futuro. Los escolares están psicológicamente preparados para comprender con claridad el sentido de normas y reglas para su cumplimiento a diario, las que al devenir patrimonio interior u orgánico de su personalidad, logran responsabilizarles de su propia salud y prepararles de manera tal, que al incorporarse a la comunidad adoptan estilos de vida más sanos. En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta.

b. IMPORTANCIA

La investigación propuesta busca, mediante la aplicación de los conceptos básicos de higiene bucal analizar los resultados y trazar estrategias para prevenir y controlar la incidencia de la caries y enfermedad periodontal. Mediante charlas preventivas hacia los padres indicar la importancia de la dentición decidua. Los dientes temporales “guardan el espacio” a los dientes permanentes y la pérdida prematura de una pieza dentaria por varios factores, puede causar migración de los dientes vecinos que intentan cerrar la brecha edéntula, causando más adelante, posibles problemas de espacio al hacer erupción los dientes permanentes y llevando a problemas de apiñamiento y alteraciones de oclusión

c. LIMITACIONES

No se observaron limitaciones para el estudio ya que:

- Se contó con una población de estudio.
- Los recursos materiales fueron papeles, útiles de escritorio y una computadora, los cuales estuvieron al alcance del investigador.
- Los recursos económicos fueron autofinanciados.
- La infraestructura donde se llevó a cabo el estudio fue Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

RODRÍGUEZ LEÓN, Cristián Alfredo (2005). Santiago, Chile. En su trabajo titulado: “Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la Ciudad de Santiago”, llego a las siguientes conclusiones:

-Existe gran información por parte de los jóvenes respecto de la naturaleza de la caries, la forma de prevenirla y el tipo de alimentos que favorecen su formación. Pero no tienen claro la condición infectocontagiosa que posee esta enfermedad. No fue posible determinar un nivel de conocimientos promedio en este tema.

-Los estudiantes manejan conceptos importantes sobre salud periodontal, sin que valoren el real impacto de esta enfermedad en la población, su nivel de conocimientos es aceptable aunque al mismo tiempo declaran tener hemorragia gingival, o haber tenido alguna vez, en un 81% de los casos.

-Los estudiantes evaluados revelan un nivel de conocimiento promedio “Aceptable”, sin embargo sería necesario un buen refuerzo y control de hábitos saludables para que posean una salud bucal óptima. (1)

BENAVENTE, L ET AL (2012). Lima, Perú. En su trabajo titulado: Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSa) y Seguro Social (ESSALUD), llego a la siguiente conclusión:

No se halló asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad ($p > 0,16$). Si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional (2)

RODRÍGUEZ VARGAS, Martha Cecilia (2002). Lima-Perú. En su tesis titulada: Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Llego a las siguientes conclusiones:

-La mayoría de las primigestas encuestadas obtuvieron un regular conocimiento sobre Prevención en salud Bucal (60%), con un promedio de notas de 8.

-No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, trimestre de embarazo y asistencia odontológica.

-Se encontró una relación directamente proporcional entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción

-Los motivos más frecuentes hallados por el cual no reciben atención odontológica actual fue el de no presentar dolor (33%) y en segundo lugar colocan a la gestación como motivo principal (22%). (3)

PANDURO DEL CASTILLO, Myriam Betty (2014). Amazonas, Perú. En su tesis titulada: “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – distrito Belén, Iquitos 2014”, llego a las siguientes conclusiones:

-El nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres está relacionado significativamente con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años de edad del Programa Integral de Estimulación Temprana con Base en la Familia, Bagazán – Distrito Belén en la ciudad de Iquitos, 2014.

-El nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres es deficiente con un 83.3 %.

-El índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de niños entre 2 y 3 años es regular con un el 75 %.

-La prevalencia de Caries Dental con respecto al Índice de CEO-D grupal fue de 6.81 y corresponde a la condición de muy alto. (4)

MINAYA SANCHEZ, Tito Ricardo (2013). CHIMBOTE – PERÚ. En su tesis titulada “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del puesto de salud la florida del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash - noviembre 2012. Llego a las siguientes conclusiones:

-En el total de gestantes encuestadas sobre conocimientos en Salud Bucal se obtuvo un nivel de conocimiento regular 84,0%, el 12,0% tuvo un nivel malo y 4,0% un nivel bueno.

-En el nivel de conocimientos sobre medidas preventivas se obtuvo un nivel de conocimiento regular 48,0%, el 44,0% un nivel bueno y 8,0% obtuvo un nivel malo.

-En el nivel de conocimientos sobre enfermedades bucales se obtuvo un nivel de conocimiento malo 52,0%, el 44,0% un nivel regular, y 4,0% obtuvo bueno.
(5)

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. HIGIENE BUCAL

Según la OMS la salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

La salud bucal incluye el componente “dental” pero se relaciona con todo el complejo estomatognático. En otras palabras, la salud bucal no puede visualizarse únicamente como un problema dentario. (6)

El cuidado de la salud bucal consiste en mantener la boca y los dientes sanos. Es importante que comience en la infancia. Si no es así, se pueden tener problemas con los dientes y encías, como caries o la pérdida de los dientes.

2.2.1.1 PLACA BACTERIANA BUCODENTAL

A. Concepto de placa bacteriana

Se puede definir la placa dental como una masa blanda, tenaz y adherente de colonias bacterianas que se deposita sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales (prótesis, material de restauración, etc.) cuando no se practican métodos de higiene bucal adecuados. (7)

Según VALLDAURA, Nadal (1987): La define como un sistema ecológico formado por una densa capa de gérmenes que se desarrollan sobre las superficies dentarias en las zonas donde los mecanismos de auto limpieza oral son escasos o nulos. (8)

La cavidad oral, al ser una de las regiones por las que nuestro organismo se expone al medio que lo rodea y a las bacterias que en él habitan, se constituye en un sistema ecológico abierto, quedando colonizada de modo permanente por diferentes cepas bacterianas.

Todas las superficies de la cavidad oral están expuestas continuamente a las bacterias, siendo la saliva, junto con el rozamiento de los labios, mejillas y lengua sobre dichas superficies (autoclisis), los mecanismos que tratan de controlar y limitar la contaminación bacteriana.

Sin embargo, algunas áreas dentarias quedan fuera de esta acción de limpieza, especialmente el margen gingival que se extiende en el espacio interproximal, las superficies proximales y las fosas, surcos, hoyos y fisuras, siendo en estas localizaciones donde se concentrarán las bacterias y donde se desarrollará de forma incontrolada la placa bacteriana.

La placa bacteriana no es visible a simple vista, precisándose para su identificación la aplicación de sustancias reveladoras de placa, como pastilla reveladora. Las sustancias reveladoras de placa suelen

presentarse en pastillas y, más rara vez, como líquido. Una vez introducida la pastilla de revelador en la boca, debe ser masticada hasta disolverla, enjuagándose bien con la saliva producida durante un minuto, procurando que la saliva bañe uniformemente todas las superficies dentarias. (9)

B. Factores implicados en la adhesión bacteriana

Si bien las primeras bacterias son atraídas de forma inespecífica a la película adquirida depositada sobre las superficies bucodentarias por fuerzas intermoleculares débiles, tales como las fuerzas de Van der Waals, las interacciones electrostáticas, las interacciones hidrófobas y los puentes de hidrógeno, existen mecanismos de adherencia bacteriana específica que tienen una importancia trascendental en la aposición de las bacterias de la placa:

1. Las bacterias que componen la placa están rodeadas por un «glucocalix» (capa de glucoproteínas de superficie) situado por fuera de su membrana celular compuesto por polisacáridos complejos sintetizados por las propias bacterias, destacando la presencia de glucanos y levanos. Estos polisacáridos tienden a unirse con los glucocalix de bacterias vecinas y a componentes de la película adquirida. Concretamente uno de los glucanos, el dextrano, sintetizado a partir de la sacarosa de la dieta por intervención del enzima extracelular del *Streptococcus mutans* glucosil-transferasa, tiene una alta viscosidad dando consistencia a la matriz intermicrobiana de la placa y favoreciendo la adherencia de los gérmenes. (10)

2. El alto grado de especificidad existente en la adhesión de las bacterias a los tejidos orales sugiere la participación de un sistema complejo de reconocimiento en el que intervendrían «adhesinas»: sustancias específicas localizadas en la superficie de la bacteria que se

unen específicamente a receptores glucídicos situados en la película adquirida. (11)

3. Las lectinas, proteínas presentes en el glucocalix bacteriano, actúan como puentes de unión entre los glucanos de los glucocalix de bacterias próximas. Los actinomicetes y los leptotrix se adhieren así a *S. mutans*, *Veillonella alcalescens* y a las fusobacterias. (12)

4. De otra parte, un factor esencial en el depósito de bacterias sobre la superficie dentaria es la concentración que alcanzan las diferentes cepas bacterianas en la saliva. Para que se inicie la adherencia de *S. mutans* se precisa una concentración en saliva de 10.000 bacterias/ml. Sin embargo, el *S. sanguis* se adhiere tan sólo con una concentración salival de 1.000 bacterias/ml. Además, algunos componentes salivales condicionan la aglomeración de bacterias con formación de acúmulos que se adhieren más fácilmente al diente. (13)

2.2.2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

2.2.2.1 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREENE Y VERMILLION

A. Concepto de Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion

Greene y Vermillion elaboraron el índice de higiene bucal en 1960 y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies que representaban los segmentos anteriores y posteriores de la boca. El IHO-S mide la superficie del diente cubierta por restos de placa bacteriana y cálculos. El IHO-S consiste en dos variables; el índice de restos simplificados (DI-S) y el índice de cálculos simplificados (CI-S). Cada componente se evalúa en una escala de 0-3. Las seis superficies dentarias examinadas en el IHO-S son las caras bucales de los dientes número 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 y las linguales de los dientes número 3.6 y 4.6. Cada superficie

dentaria se divide de manera horizontal en tercio gingival, medio e incisal. El mayor valor del IHO-S es su uso en los estudios epidemiológicos y en la evaluación de programas de educación de salud dental (longitudinal). También puede evaluar un caso individual de limpieza bucal y con extensión limitada, usarse en pruebas clínicas. (14)

B. Componentes del Índice de Higiene Oral

Índices de depósitos blandos: o Restos de alimentos, pigmentos. o Placa Bacteriana. - Dientes que mide: 1.6, 1.1, 2.6, 3.6, 3.1, 4.6. o Se mide por la cara vestibular piezas: 1.6, 1.1, 2.6, 3.1. o Se mide por la cara lingual piezas: 3.6, 4.6.

Si no está presente alguno de estos dientes, se toma el vecino. En el caso del incisivo central derecho, si no está se toma el I.C. izquierdo. En el caso de los molares se elige el 2 M cuando no está el 1°. (14)

Depósitos blandos:		Depósitos duros	
0	No hay depósitos ni pigmentaciones.	0	No hay tártaro.
1	Existen depósitos en no más del 1/3, o hay pigmentación.	1	Tártaro supragingival que cubre no más del 1/3 de la superficie dentaria.
2	Existen depósitos que cubren más del 1/3, pero menos que 2/3.	2	Tártaro supragingival que cubre más del 1/3, pero menos que 2/3 de la superficie dentaria, o bien hay porciones aisladas de tártaro supragingival.
3	Los depósitos cubren más de 2/3 de la superficie dentaria.	3	Tártaro supragingival que cubre más de 2/3 de la superficie dentaria examinada, o existe una banda gruesa continua de tártaro supragingival que rodea la porción cervical del diente.

0



3/3

1



1/3

2



2/3

3



3/3

Cálculo del índice:

$$\text{Índice} = \text{Suma de códigos} / \text{N}^\circ \text{ de Dientes}$$

NIVELES DE IHO-S	
0.0 – 1.2	Bueno
1.3 – 3.0	Regular
3.1 – 6.0	Malo

2.2.2.3. CARIES

A. DEFINICIÓN

La caries dental es considerada una enfermedad infectocontagiosa que provoca desmineralización y pérdida de estructuras dentarias, causada por ácidos orgánicos provenientes de la fermentación microbiana de los carbohidratos de la dieta. (15)

La caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible dando como resultado la destrucción progresiva de la estructura del diente por bacterias patogénicas generadoras de ácido, en presencia del azúcar encontrado en placa o biofilm dental. La infección da lugar a la pérdida mineral del diente que comienza en su superficie más externa y puede progresar de forma centrípeta a través de la dentina hacia la pulpa dental, comprometiendo en última instancia la vitalidad del diente. (16)

La caries dental es una enfermedad multifactorial, consiste en un proceso dinámico de desmineralización-remeneralización (des-re) que involucra la interacción entre el calcio y fósforo, las estructuras dentales

y la saliva (placa fluida) en función de ácidos producidos por la fermentación de los carbohidratos, por acción de los microorganismos orales. (17)

B. FACTORES ETIOLÓGICOS

B.1) Microorganismos

La cavidad bucal contiene una de las más variadas y concentradas poblaciones microbianas del organismo. Se estima que en ella habitan más de mil especies, cada una de ellas representada por una gran variedad de cepas y que en 1mm³ de biofilm dental, que pesa 1 mg, se encuentran 10 Microorganismos. Entre las bacterias presentes en la boca se encuentran tres especies principalmente relacionadas con la caries: Estreptococos, con las sub especies S. mutans, S. sobrinus y S. sanguinis (antes llamado S. sanguis); Lactobacillus, con las sub especies L. casei, L. fermentum, L. plantarum y L. oris y los actinomices, con las sub especies A. israelis y A. naslundii. Entre las cuales las principales bacterias que intervienen en la formación de la caries dental son:

- **Streptococcus mutans**

La cual produce grandes cantidades de polisacáridos extracelulares que permiten una gran formación de placa, produce gran cantidad de ácido a bajos niveles de pH y rompen algunas glucoproteínas salivares importantes para impedir las etapas de desarrollo inicial de las lesiones cariosas.

- **Lactobacillus**

Aparecen cuando existe una frecuente ingesta de carbohidratos, producen gran cantidad de ácidos y cumplen importante papel en lesiones dentinarias.

- **Actinomicas**

Relacionados con lesiones cariosas radiculares, raramente inducen caries en esmalte, producen lesiones de progresión más lenta que los otros microorganismos. (18)

B.2) Dieta

Los nutrientes indispensables para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos. Entre ellos, los carbohidratos fermentables son considerados como los principales responsables de su aparición y desarrollo. Más específicamente la sacarosa, que es el carbohidrato fermentable con mayor potencial cariogénico y además actúa como el sustrato que permite producir polisacáridos extracelulares (fructano y glucano) y polisacáridos insolubles de la matriz (mutano).

Está demostrado que la causa de caries dental es la frecuencia de consumo de carbohidratos fermentables más que la cantidad total de carbohidratos consumidos, teniendo mención especial la adhesividad del alimento que contiene los carbohidratos.

La caries avanzará más rápidamente si el consumo frecuente de azúcares se mantiene durante mucho tiempo, o si existe una deficiencia grave de factores protectores naturales. En algunas circunstancias, la adición de ácidos muy erosivos puede exacerbar considerablemente el problema. (19)

C. Huésped: saliva, diente, inmunización y genética

- **Saliva**

La saliva desempeña una función muy importante en la protección de los dientes frente a los ácidos. Actúa como una barrera que impide la difusión de los iones ácidos hacia el diente, así como el movimiento de

los productos de la disolución del apatito hacia el exterior del diente. El flujo salival es estimulado por la cantidad de sacarosa de la boca, ocasionando la dilución y la deglución de la misma, evitando así el acumulo de sustrato. La concentración de los iones Ca^{2+} y $\text{PO}_3\text{-4}$ en la saliva es igual, ambos sistemas amortiguadores contribuyen en la misma medida con la capacidad amortiguadora de la saliva.

▪ **Diente**

La anatomía como zonas de contacto salientes o fosas y fisuras profundas, la disposición y la oclusión de los dientes, guardan estrecha relación con la aparición de lesiones cariosas, ya que favorecen la acumulación de placa y alimentos pegajosos, además de dificultar la higiene bucal. También debemos tener en cuenta la solubilización de minerales que comienza en la parte más superficial del esmalte; a este nivel los prismas son ricos en fosfato de calcio y carbonatos de calcio, pero a medida que avanza la lesión al interior se va encontrando con presencia de carbonatos

▪ **Inmunización**

Existen indicios que el sistema inmunitario es capaz de actuar contra la microflora cariogénica, produciendo respuesta mediante anticuerpos del tipo inmunoglobulina A salival y respuesta celular mediante linfocitos T. como en otros ámbitos, las diferencias en la respuesta inmune a los microorganismos dependen tanto el antígeno como del huésped.

▪ **Genética**

Según la sociedad de la genética se estima que aproximadamente la contribución genética a la caries dental es de aproximadamente un 40%. Los factores predisponentes a la caries dental son sumamente variados lo que hace difícil que intervenga un solo gen. Una alternativa para identificar los genes candidatos como los principales es la revisión del genoma, ya que de otra forma no se podría asociar al proceso de caries dental. (20)

Los factores primarios no son los únicos causantes de la caries dental, existen otros factores como son los factores etiológicos modulares, los cuales si bien no causan directamente la enfermedad, contribuyen con el riesgo a presentar la misma.

A continuación se definirán solo algunos factores:

- **Tiempo.-** Debido a que la enfermedad necesita un tiempo determinado para el inicio y desarrollo.
- **Edad.-** Debido a que las piezas dentales deciduas tienen características diferentes a las piezas permanentes y las piezas permanentes de una paciente senil generalmente presenta diferentes características a las de un adolescente.
- **Estado de salud general.-** Ya que existen enfermedades y medicamentos que influyen en el flujo salival y/o en las defensas.
- **Fluoruros.-** Debido a que en determinadas cantidades promueven la remineralización de los tejidos dentales, elevan el pH y ejercen una acción antibacteriana.

D. INICIO Y PROGRESO DE LA LESIÓN CARIOSA

La caries es una enfermedad infecciosa que compromete los tejidos duros del diente, produciendo su deterioro progresivo. Se inicia en la periferia (esmalte o cemento radicular) y avanza en sentido centrípeto hacia la dentina, siguiendo un esquema inherente a la naturaleza de cada uno de los mencionados tejidos.

El fenómeno de desmineralización–remineralización es un ciclo continuo pero variable, que se repite con la ingesta de los alimentos; específicamente los carbohidratos que al metabolizarse en la placa dental, forman ácidos que reaccionan en la superficie del esmalte.

La cual cede iones de calcio y fosfato que alteran la estructura cristalina de la hidroxiapatita, pero tornándola más susceptible a ser remineralizada. Si no continúa la producción de ácidos después de 30 a 45 minutos, el pH sube y los minerales en forma iónica, tienden a incorporarse a la estructura dentaria. La irreversibilidad se da cuando la cantidad de cristales removidos, ocasiona el colapso de la matriz de proteína estructural. (21)

1. LESIÓN EN ESMALTE

El esmalte es el tejido del cuerpo humano más altamente mineralizado, cuya composición alcanza 96% de material inorgánico, 1% de orgánico y 3% de agua.

a) Aspecto clínico

La mancha blanca se distingue mejor en las superficies dentarias lisas. Sus aspectos se acentúa cuando el diente se seca con aire, fenómeno debido a que el aire sustituye al agua presente en mayor proporción que en el esmalte sano, dando como resultado una diferente difracción de la luz. (22)

b) Aspecto histológico

- **Zona superficial a prismática o capa de Darling.** Es una franja permeable a la entrada de los productos bacterianos, específicamente a los ácidos. Presenta una porosidad del 5% y una pérdida de minerales de la zona superficial en torno de un 5%. (22)
- **Cuerpo de la lesión o zona sub-superficial.** Ocupa la mayor parte de la lesión de esmalte, se extiende por debajo de la zona superficial o capa de Darling hasta la zona oscura. En esta zona, la desmineralización es más rápida, aumenta la solubilidad de los cristales y también la porosidad. En el centro su porosidad alcanza un 25% o más y la pérdida de mineral es la más alta, entre 18 y 50%. (22)

- **Zona oscura.** Es una banda ubicada por debajo del cuerpo de la lesión. Presenta una porosidad de 2 a 4% de su volumen y una pérdida de minerales de 5 a 8%. (22)
- **Zona translúcida.** Se ubica en la zona más profunda de la lesión que corresponde al frente de avance o de ataque interno. Esta zona es más porosa que el esmalte sano, siendo su porosidad de 1% en contraste con el 0,1% del esmalte no afectado. Presenta pérdida mineral 1,0 a 1,5%. (22)

2. LESIÓN EN DENTINA

La dentina, a diferencia del esmalte, es un tejido vital y dinámico, circunstancias que le permiten modificar su micro estructura y composición como respuesta a procesos fisiológicos (edad, atrición), o patológicos, tales como la erosión, la abrasión, la abfracción o la caries.

Estas formas de dentina alterada que se originan son los substratos adhesivos más importantes clínicamente y, además, son menos receptivos a los tratamientos adhesivos que la dentina normal. (23)

Unas de las características histológicas importantes de la dentina es la presencia de túbulos dentinarios, que alojan en su interior la prolongación de las células odontoblasticas, denominadas proceso odontontoblastico.

Considerando que los túbulos dentinarios se extienden radicalmente a la pulpa, desde la cámara pulpar o conductos radiculares hasta alcanzar a la unión amelodentinaria o cementodentinaria, cuando la lesión cariosa alcanza la unión amelodentinaria, independientemente de que exista cavidad o no, los productos ácidos bacterianos se diseminan hacia los túbulos dentinarios, y a través de ellos llegan al tejido pulpar, causando

alteraciones, que varían –según el grado de penetración- desde el esclerosamiento de los túbulos, la formación de dentina reaccional hasta la presencia de la células inflamatorias en el tejido pulpar. (23)

2.2.3. NIVELES DE CONOCIMIENTO

Cabellos, D (2006). El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso. Los objetivos del conocimiento subrayan sobre todo los procesos psicológicos de evocación. El conocimiento implica según varios autores todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, etc. La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se le muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior de proceso mental que es el conocimiento.

Rusell, B. (1998). El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retiene a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamientos, acciones o actividades.

Según Locke distingue tres niveles o tipos de conocimiento: el conocimiento **intuitivo**, el conocimiento **demostrativo** y el conocimiento **sensible**.

El conocimiento **intuitivo** se da cuando percibimos el acuerdo o desacuerdo de las ideas de modo inmediato, a partir de la consideración de tales ideas y sin ningún proceso mediador. ("... a veces la mente percibe de un modo inmediato el acuerdo o desacuerdo de dos ideas por sí solas, sin intervención de ninguna otra; y a esto, creo, puede llamarse conocimiento intuitivo"). Lo que percibimos por intuición no está sometido a ningún género de duda y Locke considera que este tipo de conocimiento es el más claro y seguro que puede alcanzar la

mente humana. Como ejemplo más claro de conocimiento intuitivo nos propone Locke el conocimiento de nuestra propia existencia, que no necesita de prueba alguna ni puede ser objeto de demostración, siguiendo claramente la posición cartesiana sobre el carácter intuitivo del conocimiento del "yo". ("Por lo que toca a nuestra propia existencia, la percibimos tan llanamente y con tanta certidumbre, que ni requiere, ni es capaz de prueba alguna, porque nada puede ser para nosotros más evidente que nuestra propia existencia". Es cierto que Locke no explica con demasiada amplitud las características de ese "yo", pero en todo caso no se está refiriendo al conocimiento de un alma inmortal, sino sólo a una existencia pensante. (24)

El conocimiento **demostrativo** este conocimiento se da, según Locke, cuando se establece el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas acudiendo a otras que actúan de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo. De este modo, este conocimiento es una seguidilla de intuiciones que permitirían demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas. Un ejemplo de este conocimiento, sería para el autor inglés el de la existencia de Dios, el cual se logra demostrar, como todo conocimiento por medio de ciertas certezas intuitivas. Se llega a la demostración de la existencia de Dios por medio de la demostración intuitiva de la existencia humana, la cual demuestra la necesidad de dicha existencia. (24)

El conocimiento **sensible** es el conocimiento de las existencias individuales, y es el que tenemos del Sol y demás cosas, por ejemplo, cuando están presentes a la sensación. No deja de resultar sorprendente que Locke añada esta forma de conocimiento a las dos anteriores, a las que considera las dos únicas formas válidas de conocimiento ("al margen de las cuales sólo es posible tener fe u opinión"). Más aún si consideramos que el conocimiento ha de versar sobre ideas, como se ha dicho anteriormente. El conocimiento sensible, sin embargo, nos ofrece el conocimiento de cosas, de existencias individuales, que están más allá de nuestras ideas. (24)

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

- a. **Nivel de Conocimiento: Izaguirre, P (2012).** El nivel de conocimiento es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos.

- b. **Salud Bucal: Friedenthal. (1996).** Es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de soporte, así como de las partes adyacentes de la cavidad bucal y de las demás estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial.

- c. **Estado de Salud Bucal:** Se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. ANALISIS DE TABLAS Y GRAFICAS

Tabla N° 01: Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015. Según Género

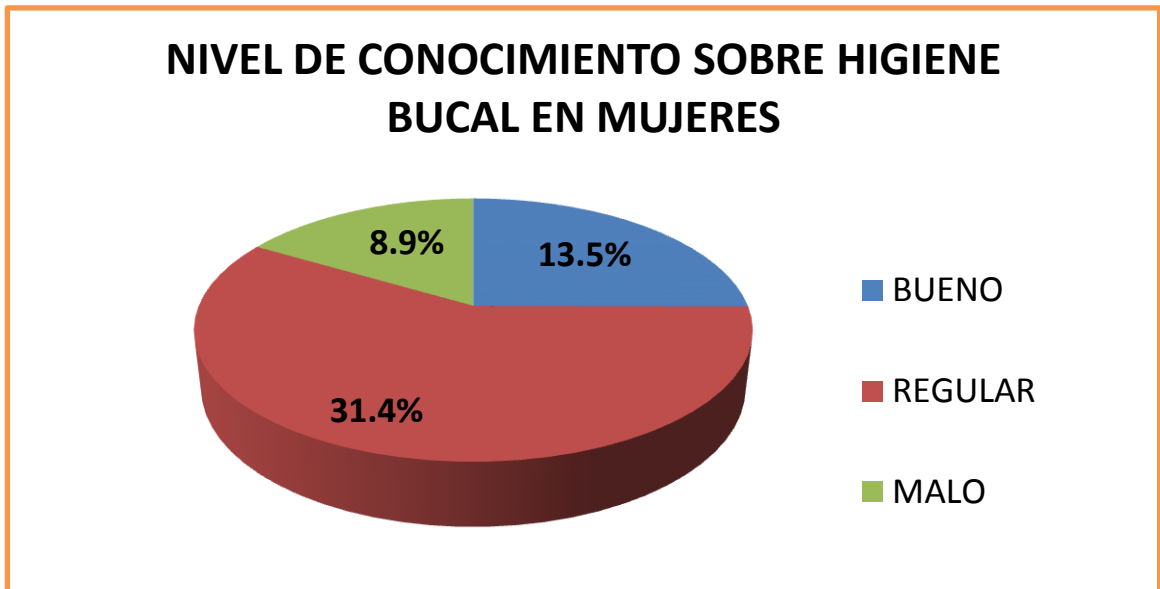
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL								
SEXO	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
Mujeres	9	13.5	21	31.4	6	8.9	36	100
Hombres	6	8.9	20	29.8	5	7.5	31	100
TOTAL	15	22.4	41	61.2	11	16.4	67	100

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Jorge Luis Vásquez Pérez

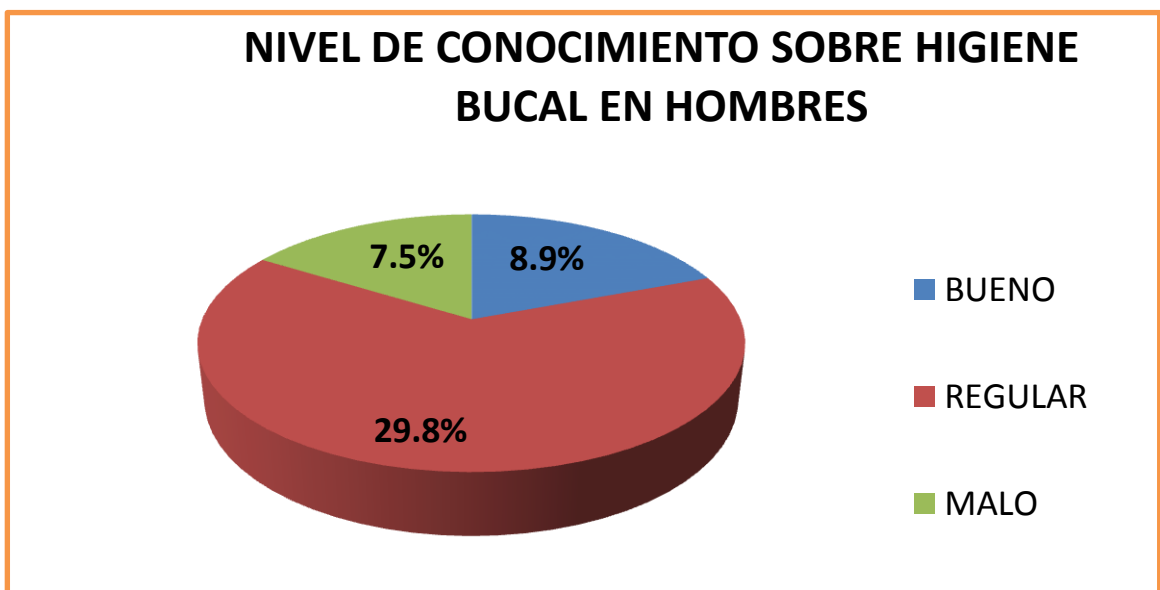
Interpretación: Se observa el nivel de conocimiento sobre higiene bucal según el género representa lo siguiente: bueno (22.4%), regular (61.2%) y malo (16.4%).

Gráfico N° 01: Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal en niñas escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.



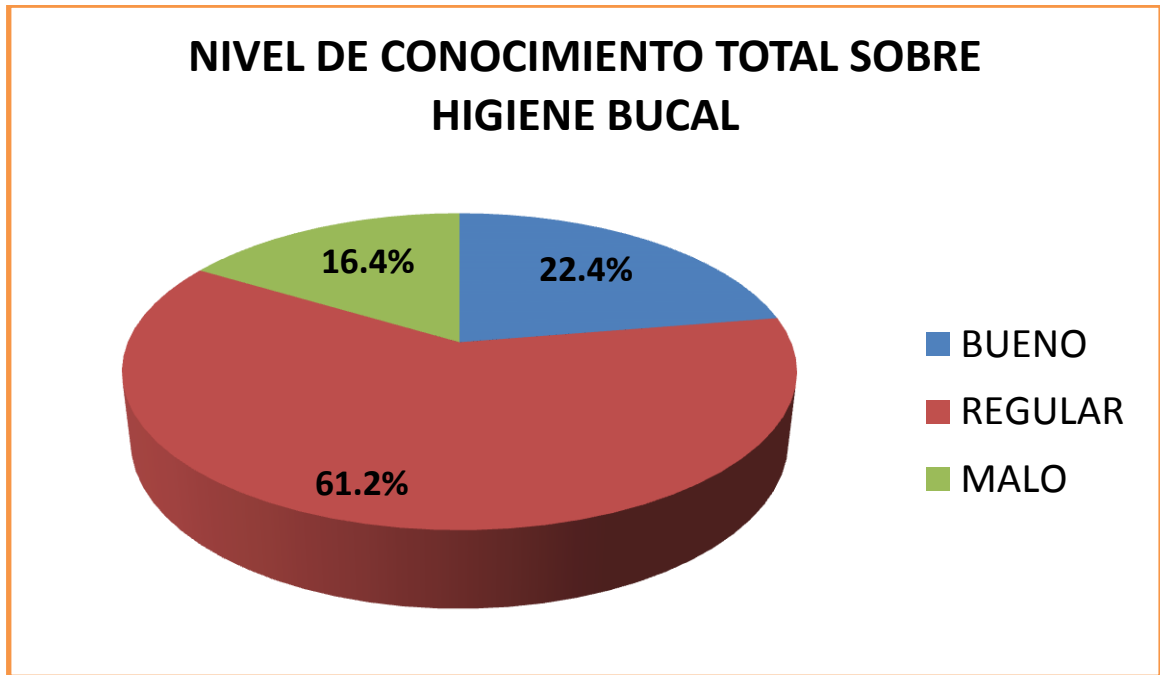
Interpretación: Se aprecia el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en mujeres representa los siguiente: bueno (13.5%), regular (31.4%) y malo (8.9%)

Gráfico N° 02: Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.



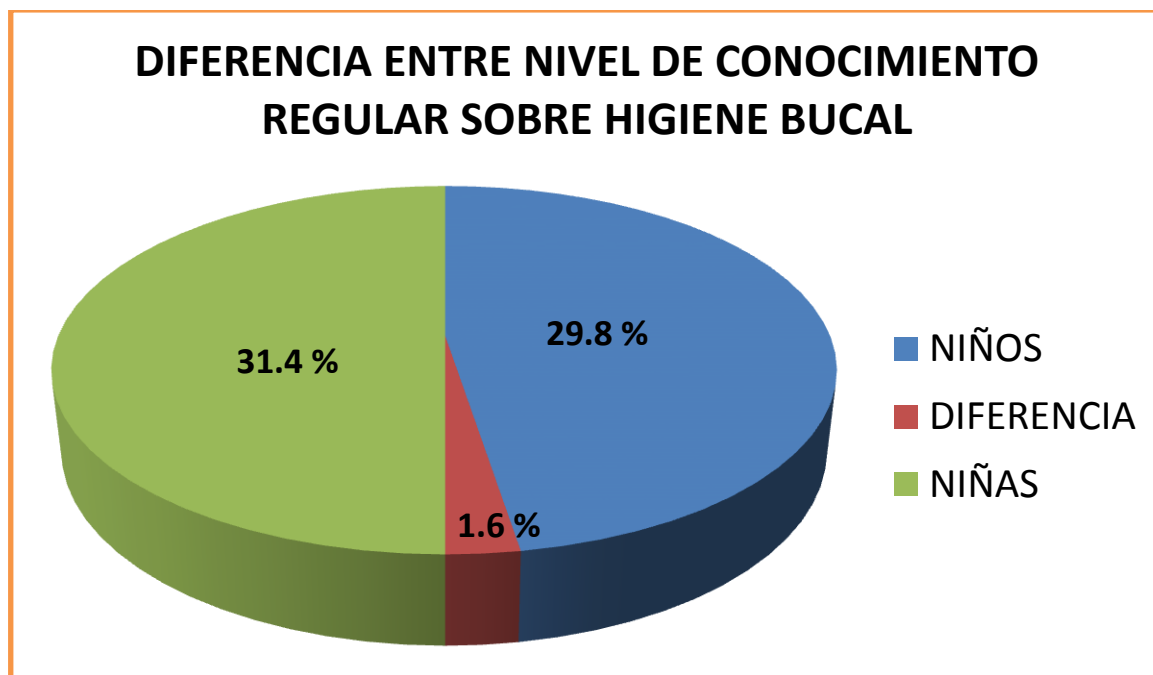
Interpretación: Se aprecia el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en hombres representa los siguiente: bueno (8.9%), regular (29.8%) y malo (7.5%)

Gráfico N° 03: Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal en niños(hombres) y mujeres escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.



Interpretación: Se observa que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en hombres y mujeres representa lo siguiente: bueno (22.4%), regular (61.2%) y malo (16.4%).

Gráfico N° 04: Diferencia entre Nivel de Conocimiento(Regular) sobre Higiene Bucal en niños(hombres) y mujeres escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.



Interpretación: Se observa la diferencia entre el nivel de conocimiento regular sobre higiene bucal entre niños y niñas representando 1.6%

Tabla N° 02: Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015. Según Edad

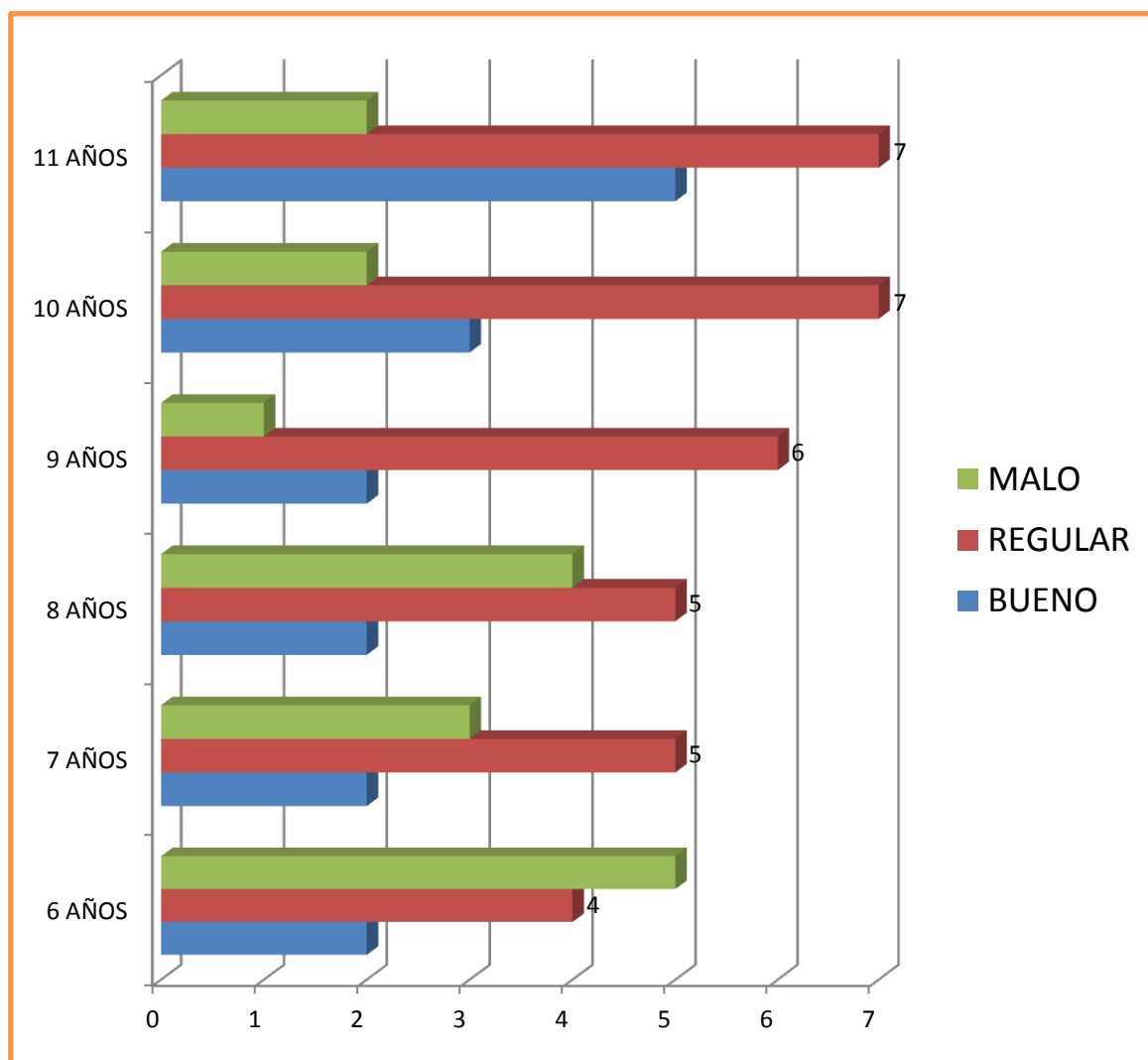
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL							
EDAD (AÑOS)	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL
	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	
6	1	1	2	2	3	2	11
7	1	1	3	2	2	1	10
8	1	1	3	2	2	2	11
9	1	1	3	3	1	0	9
10	2	1	2	5	1	1	12
11	3	2	4	3	1	1	14
TOTAL	9	7	17	17	10	7	67

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Jorge Luis Vásquez Pérez

Interpretación: Se observa el nivel de conocimiento sobre higiene bucal según edades: En niños de 6 a 11 años, representado un nivel de conocimiento bueno: mujeres (9) y hombres (7), regular: mujeres (17) y hombres (17) y malo: mujeres (10) y hombres (7)

Gráfico N° 04: Nivel de Conocimiento sobre Higiene Bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015. Según Edad



La muestra estuvo conformada por 67 niños escolares: 36 mujeres (53.7%) y 31 hombres (46.3%). Respecto al nivel de conocimiento, la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en higiene bucal (61.2%), seguido por “bueno” (22.4%) y “malo” (16.4%). Al realizarse el análisis inferencial, no se encontró relación entre el nivel de conocimiento y el sexo ($P=0.782$).

3.2. DISCUSION DE RESULTADO

Las enfermedades orales son uno de los problemas principales de salud pública debido a su alta prevalencia, una forma de tratarla a largo plazo es la modificación de conductas de riesgo. Para ello, en una fase inicial debemos establecer los niveles de conocimiento sobre salud oral que tiene la población. En los resultados del presente estudio se hallaron los siguientes resultados: que la mayor parte de la muestra presentó un “regular” conocimiento en higiene bucal (61.2%), seguido por “bueno” (22.4 %) y “malo” (16.4%). No se encontró relación entre el nivel de conocimiento y el sexo ($P=0.782$).

Los diversos estudios que evaluaron esta variable en escolares se muestran resultados distintos; Cueto realizó un estudio sobre conocimientos, actitudes y práctica sobre higiene oral (CAP) en niños de 12 años, hallando un CAP bajo de 87,3%, pero solo en la variable sobre el nivel de conocimiento su resultado fue malo 71,8%. En México, Rodríguez et al, hallaron, entre otros resultados un nivel de conocimiento “bueno” (58%), mientras que Adame halló un nivel de conocimientos “moderado” (79.1%).

En Cuba, Ruiz N. et. al. Hallaron que la mayoría tenían conocimientos inadecuados (91,18%), al igual que Pérez, L. En Venezuela, Heredia M., en un estudio en la población de 15- 18 años halló un nivel de conocimiento “malo”. Los resultados contradictorios que muestran los estudios cuando se evaluaron

esta variable, podría deberse a que los estudios han sido realizados en poblaciones que presentan características socioculturales diferentes.

3.3. CONCLUSIONES

- En nuestro estudio el nivel de conocimiento sobre higiene bucal es “Regular”.
- No se encontró relación entre el nivel de conocimiento y el sexo.
- Tampoco se encontró relación entre el nivel de conocimiento y la edad, aunque el nivel “Bueno” aumentaba con la edad.

3.4. RECOMENDACIONES

- Aportar información para lograr motivar y provocar la modificación del comportamiento, instaurando hábitos más saludables en salud oral.
- Implementar programas preventivos promocionales de salud bucal a través de la Institución Educativa dirigidos a escolares, padres de familia y personal de la institución educativa, el cual deben extenderse a aquellas poblaciones donde no exista fácil acceso al servicio público o privado para que de esta forma mejorar la salud oral de los niños.
- Los padres de familia deben llevar al odontólogo a sus menores hijos como mínimo 2 veces al año para el control de su salud bucal así como a una evaluación general.
- Educar a la población a cargo de charlas educativas a través del MINSA y Colegio de Odontólogos acerca de la importancia de conservar la dentición decidua.

3.5. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

BIBLIOGRAFÍA

1. RODRÍGUEZ LEÓN CA. Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la Ciudad de Santiago. In. Santiago Chile; 2005.
2. BENAVENTE LEA. Nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, que acude a establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud (MINSA) y Seguro Social (ESSALUD). In. Lima, Perú; 2012.
3. RODRÍGUEZ VARGAS MC. En su tesis titulada: Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. In. Lima-Perú; 2002.
4. PANDURO DEL CASTILLO MB. En su tesis titulada: "Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – distrito Belén, Iquitos 2014". In. Amazonas, Perú; 2015.
5. MINAYA SANCHEZ TR. En su tesis titulada "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del puesto de salud la florida del distrito de Chimbote, provincia del Santa, departamento de Ancash - noviembre 2012. In. CHIMBOTE– PERÚ; 2013.
6. CC O. Diagnóstico de salud en la comunidad. Rev Cubana Medicina General Integral 1988. In.
7. Katz S MJSG. Odontología Preventiva en Acción. In. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1989. p. 8-92.
8. A NV. Patología dentaria. In. Barcelona: Ed. Rondas; 1987. p. 179-191.
9. Thylstrup A FO. Película: formación, composición y posibles modos de actuación. Thylstrup A, Fejerskov O (eds. In. Barcelona: Ed. Doyma, S.A.; 1988. p. 31-39.
10. B. G. Extracellular polysaccharides on microbial plaque Int Dent J. In.; 1970. p. 20:657-658.
11. SE. S. Oral microbial ecology. In Slots J TM(. Contemporary oral microbiology and immunity. San Luis; 1992. p. 264-267.
12. Gibbons RJ DI. Lectin-like constituents of foods with their components of

- serum,. In Appl Environ Microbiol.; 1981. p. 41:880-888.
13. Van Houte J GD. Relationship between the concentration of bacteria in saliva and the colonization of teeth in humans. Infect Immun. In.; 1974. p. 9:624-630.
 14. <http://www.minsa.ch/./indicehigieneoral.pdf> Ce, editor. MINISTERIO DE SALUD GOBIERNO DE CHILE. In Índice de Higiene Oral Simplificado de Greene y Vermillion.
 15. Ekstrand KR RDKE. Occlusal Caries: Pathology Diagnosis and Logical Management.. In.; 2001. p. 28:380-7.
 16. Henostroza HG. Diagnóstico de caries dental,pág. 9. In edición 2, editor. Manual de bioseguridad en establecimientos de salud. Lima – Perú:2005 : Editorial Ripano; 2007. p. Págs. 30 – 32DISA.
 17. García Peris P ÁdFV. Fibra y salud. In Nutrición y obesidad.; 2000. p. 3:127-135.
 18. Henostroza Haro G. Principios y procedimientos para el diagnóstico. In.; UPCH 2007. p. pg 101-103.
 19. Art. Desmineralización y remineralización del esmalte dental. In Revista de la asociación mexicana.; 2002.
 20. Henostroza Haro G. Principios y procedimientos para el diagnóstico. In.; UPCH 2007. p. pg 37-50.
 21. L CG. Adhesión a dentina afectada por caries y dentina esclerótica. In. Av. Odontoestomatol; 2004. p. 20-2:71-78.
 22. Henostroza Haro G. Principios y procedimientos para el diagnóstico. In.; UPCH 2007. p. pg 70-77, 159-160.
 23. Sean I. cook eammjadjawbsheso&ky. Dental caries experience and association to risk indicators of remote rural populations. In International Journal of Paediatric Dentistry 2008. p. 18: 275–283.
 24. webdianoia. [Online]. In.; 2005 ,cited 2016 julio 22.
 25. Henostroza Haro G. Principios y procedimientos para el diagnóstico. In.; UPCH 2007. p. pg 37-50.

ANEXOS

ANEXO N°1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Nivel de conocimiento sobre higiene bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.

Problema	Objetivo	Tipo de Investigación	Hipótesis
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015?	Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.	La investigación es de tipo básica, observacional, descriptiva y transversal.	Hipótesis implícita
Variables	Diseño de contrastación	Población y Muestra	Técnicas
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	No experimental / transversal	La población de estudio estará constituida por 67 niños escolares de 6 a 11 años del colegio educativo “Camino de Fe”, Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015”, presentan las siguientes características: Población mixta (niños y niñas).	La técnica a realizar fue la siguiente: Encuesta: La encuesta es una pesquisa o averiguación en la que se emplean cuestionarios para conocer la opinión pública. Consiste en el acopio de testimonios orales y escritos de personas vivas.

ANEXO N°2: ENCUESTA



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

ENCUESTA DE HIGIENE ORAL DIRIGIDA A LOS NIÑOS ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DEL COLEGIO EDUCATIVO “CAMINO DE FE”, PUEBLO JOVEN SANTA ROSA, LAMBAYEQUE 2015.

Buenos días (tardes):

Quisiéramos pedir tu ayuda para que respondas algunas preguntas que no llevaran mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales. Te pedimos que respondas este cuestionario con la mayor sinceridad posible.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa « Camino de Fe », Pueblo Joven Santa Rosa, Lambayeque 2015.

Instrucciones: Emplee un lápiz o lapicero de cualquier color para marcar el cuestionario. Todas las preguntas presentan 4 opciones de respuesta, elija la que mejor crea conveniente. Marque con un aspa “X”. Cada pregunta correcta tendrá un valor de 4 puntos.

De antemano: **¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION!**

1. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiarse el cepillo dental?
 - a) Cuando las cerdas del cepillo estén desgastadas.
 - b) Cada seis meses.
 - c) Cada año.
 - d) Nunca.

2. ¿Cómo te cepillas los dientes?
 - a) Horizontal (Arriba Abajo)
 - b) Vertical (Derecha Izquierda)
 - c) Circular
 - d) Todas las anteriores.

3. ¿Cuántas veces al día debes cepillarte los dientes?
 - a) 1 vez al día
 - b) Cuando me da ganas de cepillarme
 - c) 2 veces al día
 - d) 3 veces al día

4. ¿Por qué se tienen dientes sucios?
 - a) Por no cepillarse los dientes
 - b) Por pereza
 - c) Por irresponsabilidad
 - d) Todas las anteriores

5. ¿Qué significa para usted salud bucal?
 - a) Cuando la boca y los dientes están sanos.
 - b) Es tener caries en todos los dientes.
 - c) Es tener los dientes completos.
 - d) Desconozco.

6. ¿De los siguientes elementos cual considera usted son los elementos que nos da una buena higiene oral?
 - a) Cepillo dental, jabón, shampoo, hilo dental.
 - b) Pasta dental, cepillo dental, hilo dental, enjuagatorio bucal.
 - c) Cepillo dental, pasta dental, jabón.

- d) Desconozco.
7. ¿Sabe usted que es la placa bacteriana?
- a) Acumulación microbiana sobre los dientes.
 - b) Manchas blanquecinas de los dientes.
 - c) Enrojecimiento de las encías.
 - d) Desconozco.
8. ¿Qué es caries dental?
- a) Es una enfermedad que afecta a la lengua.
 - b) Es una enfermedad que afecta a los dientes.
 - c) Es una enfermedad que afecta a las encías.
 - d) Desconozco.
9. ¿Qué produce la caries dental?
- a) Destrucción del diente.
 - b) Fortalecimiento del diente.
 - c) Inflamación de las encías.
 - d) Desconozco.
10. ¿Por qué cree usted que se produce la enfermedad de la caries dental?
- a) Por comer alimentos azucarados.
 - b) Por microorganismos (bacterias en la boca).
 - c) Por no cepillarse los dientes.
 - d) Todas las anteriores.
11. ¿Cuál es la función del flúor en los dientes?
- a) El flúor fortalece y protege al diente.
 - b) El flúor destruye el diente.
 - c) El flúor mancha al diente.
 - d) Desconozco.

12. De los siguientes enunciados cuales son las medidas preventivas:

- a) Limpieza dental.
- b) Aplicación de flúor.
- c) Sellantes de fosas y fisuras.
- d) Todas las anteriores.

13. ¿Cada cuánto tiempo es necesario acudir al dentista?

- a) Cada seis meses.
- b) Cuando tenga dolor.
- c) No es necesario.
- d) Cuando haya campañas dentales.

14. ¿Qué debes comer para mantener sanos tus dientes?

- a) Pollo a la brasa
- b) Galletas de leche.
- c) Derivados de lácteos y frutas.
- d) Helados.

15. ¿Cómo te gustaría tener tus dientes?

- a) Limpios
- b) Sucios
- c) Blanquitos
- d) a y b.



GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO N° 03:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado
con DNI:.....doy permiso a mi menor hijo(a) a formar parte en la
investigación titulada: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN
NIÑOS ESCOLARES DE 6 A 11 AÑOS DE LA INSTITUCION EDUCATIVA
«CAMINO DE FE», PUEBLO JOVEN SANTA ROSA, LAMBAYEQUE 2015".Doy
constancia de haber sido informada y de haber entendido en forma clara el presente
trabajo de investigación; por ende acepto que mi menor hijo sea examinado por la
responsable del trabajo. Teniendo en cuenta que la información obtenida será
confidencial y únicamente para fines de estudio. Presentado por el bachiller:
VASQUEZ PEREZ JORGE LUIS

ANEXO N° 04:

ASENTIMIENTO INFORMADO

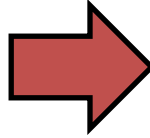
Yo niño(a)acepto ser examinado (a) y participar de la investigación. Cuya información obtenida será para mejorar la calidad de mi salud bucal.

Presentado por el bachiller: VASQUEZ PEREZ JORGE LUIS

Acepta ser examinado:

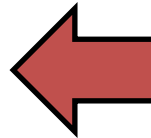


ANEXO N° 06: FOTOS DE CAMPO

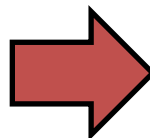


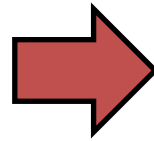
Aplicación del cuestionario a los alumnos de 6 años de edad de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"

Aplicación del cuestionario a los alumnos de 7 años de edad de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"



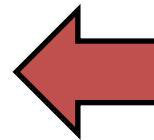
Aplicación del cuestionario a los alumnos de 8 años de edad de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"



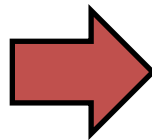


Aplicación del cuestionario a los alumnos de 9 años de edad de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"

Aplicación del cuestionario a los alumnos de 10 años de edad de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"



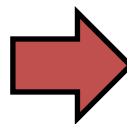
Aplicación del cuestionario a los alumnos de 11 años de edad de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"



Fotos del llenado del odontograma a los alumnos de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"



Aplicación del IHO-S a los alumnos de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"



Charla Educativa sobre Salud Bucal dada a los alumnos de 6,7 y 8 años de edad de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"



Charla Educativa sobre Salud Bucal dada a los alumnos de 9,10 y 11 años de edad de la Institución Educativa "CAMINO DE FE"



ANEXO N° 07: ODONTOGRAMA

I. DATOS DE FILIACION:

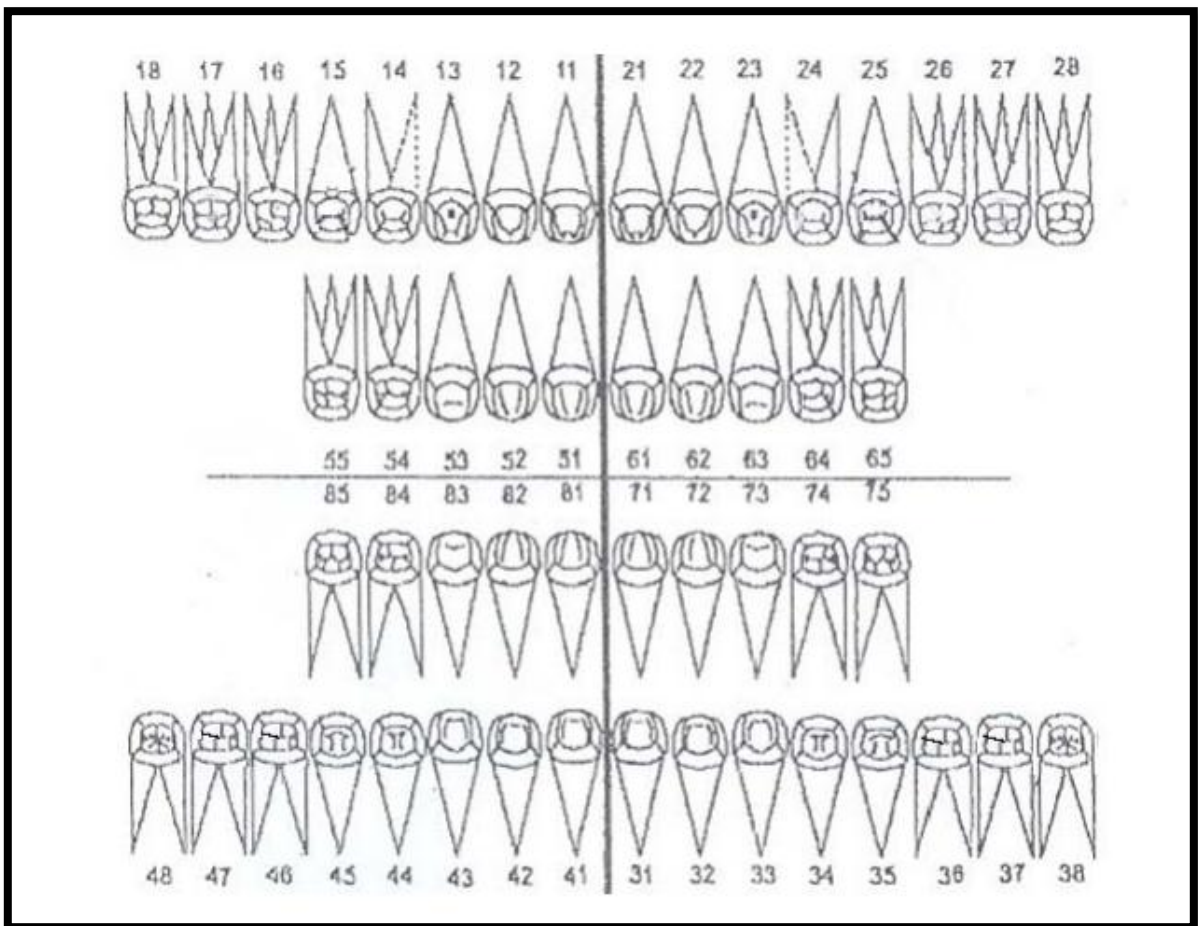
Fecha de Nacimiento

Edad

SEXO: F M

Centro Educativo: _____ Grado/Sección: _____

II. ODONTOGRAMA



ANEXO N° 08: FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHO-S

1. DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: Edad:
 Sexo:..... Fecha de aplicación:.....

2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO DE GREEN Y VERMILLION:

Índice de Placa Bacteriana

	Molar Derecha	Anterior	Molar Izquierda	TOTAL
Superior				
Inferior				
TOTAL				

Promedio: _____

Índice de Cálculo

	Molar Derecha	Anterior	Molar Izquierda	TOTAL
Superior				
Inferior				
TOTAL				

Promedio: _____

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL= _____ + _____ = _____ = (_____)

BUENO	0.0 - 1.2
REGULAR	1.3 – 3.0
MALO	3.1 – 6.0

ANEXO N° 08: CONSENTIMIENTO COLEGIO



I.E.P. CRISTIANA

"CAMINO DE FE"

R.D.N° 0566-2010-GR.LAM/DREL/UGEL-CH

"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR DE GRAU"

CONSTANCIA

La que suscribe Directora de la I.E. P. "CAMINO DE FE", URB. Santa María - Chiclayo.

HACE CONSTAR:

Que el Sr. **VASQUEZ PEREZ, Luis** con DNI. N°76550177, y domicilio en la Urb. La Primavera IV Etapa calle Jorge Arévalo #132, alumno de la Universidad **"ALAS PERUANAS"** ha desarrollado y ejecutado su plan de Tesis titulada: **"Nivel de Conocimiento sobre salud bucal en niños escolares de 6 a 11 años de la Institución Educativa "Camino de Fe" del pueblo Joven Santa Rosa de Chiclayo"**, llevada a cabo desde el mes de Agosto hasta Diciembre del 2015.

Cabe mencionar su desempeño y eficiencia en el trabajo que realizó en nuestra Institución Educativa.

Se expide la presente a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

Chiclayo, Agosto del 2016.



LIC. DIANA VÁSQUEZ SALOMÓN
Directora