



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

“RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS CONDUCTAS  
SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA  
DE 3RO, 4TO, 5TO; DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BENJAMIN  
HERENCIA ZEVALLOS, DISTRITO DE TINTAY-AYMARAES-  
APURIMAC, 2016”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

**AUTOR:** PÁRRAGA ESPINOZA, BLANCA NIEVES.

**ASESOR:** Dr. CD. MANUEL ANTONIO MATTOS VELA.

**LIMA – PERÚ**  
**2016**



### **Dedicatoria**

En primer lugar, a Dios con su infinito amor me ha dado unos padres bondadosos quienes me han enseñado que día a día con respeto, humildad, paciencia, y esfuerzo todo es posible en esta vida.

A mis profesores, conocidos y familiares, gracias a ellos por enseñarme e instruirme en el camino del buen estudiante, por darme su apoyo y su comprensión en los momentos difíciles, ellos siempre estaban dispuestos a ayudar sin pedir nada a cambio.

### **Agradecimiento**

Doy gracias a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinito amor.

A mi asesor quién con su conocimiento, apoyo y tiempo supo guiar el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy; gracias a todos los docentes y personas que me ayudaron a crecer profesionalmente y personalmente contribuyendo en mi formación en la Universidad Privada Norbert Wiener.

**Asesor de tesis**

**Dr. CD. MANUEL ANTONIO MATTOS VELA**

## **Jurado**

1. Dra. Esp. Jacqueline Céspedes Porras
2. Mg. CD. Ingrid Rosa Isabel Iturria Reátegui.
3. Mg. Esp. Estela Ricse Chaupis.

## ÍNDICE

1. CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	113
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Formulación del problema .....	134
1.3. Justificación .....	14
1.4. Objetivo .....	15
1.4.1. General .....	15
1.4.2. Específicos .....	15
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO .....	17
2.1. Antecedentes.....	17
2.2. Base teórica.....	27
2.3 Terminología básica: .....	41
2.4. Hipótesis .....	42
2.5. Variables .....	43
3. CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO.....	44
3.1. Tipo y nivel de investigación .....	44
Tipos de Estudio: .....	44
Nivel de investigación: relacional. ....	44
3.2. Población y muestra .....	44
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	45
3.4. Procesamiento y análisis de datos.....	47
3.5. Aspectos éticos .....	47
4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
4.1. Resultados.....	49
4.2. Discusión.....	61
5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	623
REFERENCIAS.....	66
ANEXO N°1 .....	73

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	<b>pág.</b>
Tabla N°1: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro,4to,5to año de estudio de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay-Aymaraes-Apurímac – 2016.....	49
Gráfico N°1: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016.....	.49
Tabla N°2: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro,4to,5to año de estudio de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay-Aymaraes-Apurímac - 2016 según sexo.....	50
Gráfico N°2: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016; según sexo.....	50



Tabla N°3: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria “3ro, 4to, 5to” de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016; según año de estudio.....52

Gráfico N°3: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes-Apurímac, 2016; según año de estudio.....52

Tabla N°4: Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay-Aymaraes -Apurímac, 2016.....54

Gráfico N°4: Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay-Aymaraes -Apurímac, 2016.....54

Tabla N°5: Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay-Aymaraes -Apurímac, 2016; según sexo.....55

Gráfico N°5: Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay-Aymaraes -Apurímac, 2016; según sexo.....55

Tabla N°6: Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay-Aymaraes -Apurímac, 2016; según año de estudio.....57

Gráfico N°6: Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016; según año de estudio .....57

Tabla N°7: Comparación del nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro,4to,5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac, 2016.....59

Gráfico N°7: Comparación del nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro,4to,5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016.....59

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en 101 estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to, de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, distrito de Tintay- Aymaraes- Apurímac, 2016; para lo cual se trabajó con un cuestionario de conocimiento y las conductas en higiene oral HU-DBI (Hiroshima University-Dental Behavioural Inventory) modificado, fue validado y traducido al español por Santillán que consta de 20 preguntas, 10 de conocimiento y 10 de las conductas. El nivel de conocimiento predominante en los tres grupos fue el nivel regular con 20,79% en el 3ro año de estudio, 20,79% en 4to año de estudio y 32,65% en 5to año de estudio, según el nivel de las conductas en ambos sexos fue el nivel regular con 40,59% en varones y 51,49% en mujeres para establecer la relación entre nivel de conocimiento y las conductas se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Concluyendo que el nivel de conocimiento y las conductas en salud bucal en ambos sexos fue regular donde el valor  $P = 0,027$ , existe una relación directa entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en los estudiantes.

**Palabras claves:** Conocimiento, Conducta, salud bucal.

## SUMMARY

The objective of the present study was to determine between the level of knowledge and oral health behaviors in 101 secondary level students of 3rd, 4th and 5th of the Benjamin Herencia Zevallos Educational Institution, Tintay-Aymaraes-Apurímac district, 2016; For which we worked with a modified HU-DBI (Hiroshima University-Dental Behavioral Inventory) knowledge and behavioral questionnaire, was validated and translated into Spanish by Santillán consisting of 20 questions, 10 questions and 10 questions Behaviors. The predominant level of knowledge in the three groups was the regular level with 20.79% in the 3rd year of study, 20.79% in the 4th year of study and 32.65% in the 5th year of study, according to the level of the Behaviors in both sexes was the regular level with 40.59% in males and 51.49% in females to establish the relationship between level of knowledge and the behaviors was used Chi square test. Concluding that the level of knowledge and behaviors in oral health in both sexes was regular where P value 0.027, there is a direct relationship between the level of knowledge and oral health behaviors in students.

**Key words:** Knowledge, Behavior, oral health.

## **1. CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

La enfermedad bucal es uno de los problemas de salud pública más comunes en el Perú. Los niños de las escuelas en especial en sectores de bajo y medio de nivel económico se encuentran expuestos a malos hábitos de higiene oral y déficit de aprendizaje y conocimiento sobre higiene bucal. A esto se suma lamentablemente aquellas poblaciones excluidas en las zonas rurales y andinas, en cuyos lugares el problema se agudiza mucho más, donde no existe formas efectivas de prevenir la caries dental sobre todo desde la edad temprana (1),

En el Perú se realizan actividades educativas en escolares, pero no se sabe si esto da resultados favorables para la prevención de la salud bucal. Las estadísticas manejadas por el Ministerio de Salud, señalan a escolares como de alto riesgo en problemas bucodentales (caries dental, pulpitis, periodontitis). Lo que hace, que estas enfermedades sean uno de los problemas de salud de mayor prevalencia en nuestra comunidad (2).

Existen suficientes evidencias que muestran una gran relación en entre el grado de higiene bucal de acuerdo al conocimiento. Los odontólogos que se encargan de curar los dientes, también deberían enfocarse en dar charlas educativas preventivas; pasado el tiempo ver los beneficios en los resultados de los mismos; para así fomentar en todo el sector educativo Público y privado sobre cuidado, higiene, cepillado dental y la dieta diaria en las instituciones educativas y disminuir el índice más alto de prevalencia de caries dental en la población (3)

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de 3ro, 4to, 5to de nivel secundaria de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac,2016?

## **1.3. Justificación**

Desde hace muchos años en el Perú se sabe que en salud bucal no ha mejorado por falta de prevención y promoción en la salud bucal. Es una responsabilidad compartida de los padres, profesores y otros miembros involucrados en el desarrollo de la salud; la educación debe ser a escolares y padres de forma que pudiesen apoyar y ayudar a sus hijos; como se sabe no se aplica adecuadamente ya sea en niños, escolares, adolescentes, jóvenes, adultos; por lo tanto, la mayoría de los pobladores no se preocupan por asistir al odontólogo a menos que tenga un problema del dolor que lo incapacite a seguir con su rutina diaria.

Asimismo, con la presente investigación, obteniendo los resultados, se podrá tener conocimiento de la problemática situacional en colegios de la Serranía del Perú para así proceder a un trabajo con el equipo odontológico que permita elaborar y proponer estrategias preventivas en salud bucal que mejoren la calidad de vida de su población.

### **1.3. Objetivo**

#### **1.4.1. General**

Determinar la relación del nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016.

#### **1.4.2. Específicos**

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac, 2016.
2. Determinar la relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria “3ro, 4to, 5to”; de la Institución Educativa Benjamín herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016; según sexo.
3. Determinar la relación del nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de la Institución Educativa Benjamín herencia Zevallos, Distrito de Tintay -Aymaraes - Apurímac, 2016; según año de estudio.

4. Determinar el nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016.
5. Determinar la relación del nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de la Institución Educativa Benjamín herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016; según sexo.
6. Determinar la relación del nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de la Institución Educativa Benjamín herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016; según año de estudio.
7. Comparar la relación del nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de la Institución Educativa Benjamín herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016.



## 2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**Castillo (2014)** Realizó un estudio en una institución educativa Morropón – Piura - Perú, en niños de 12 a 14 años de edad su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal en 102 niños, aplicó el cuestionario elaborado por Kawamura de la universidad Hiroshima validado y traducido al español para los escolares; que consta de 20 preguntas, 10 de conocimiento y 10 de las conductas; dando el resultado el nivel de conocimiento en los tres grupos de las edades fueron según género; fue nivel de conocimiento regular (37.3%) en el género femenino y nivel de conocimiento regular (45.1%) en el género masculino. Nivel de conducta fue regular (29.4%) en el género femenino y nivel de conducta regular (44.1%) en el género masculino. En conclusión, se determinó el nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal que muestra relación entre sí, donde el valor  $p=0,062$  Si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las conductas en niños de 12 a 14 años (3).

**Maquera (2013)** realizó en Tacna-Perú, en estudiantes de primeros años de secundaria, el propósito del estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento y hábitos de higiene oral; realizó un estudio descriptivo-correlativo. Se utilizó un cuestionario para evaluar el conocimiento y hábitos sobre la salud bucal. Se encuestó a 280 alumnos, encontrando que 66,1% de alumnos presentó un nivel de conocimiento malo sobre salud bucal y el 33,9% presentó regular, mientras que los hábitos de higiene bucal son inadecuados

en 80,7% y adecuados en 19,3%. En conclusión, que el nivel de conocimiento sobre salud bucal se asocia significativamente con los hábitos de higiene oral ( $p=0,000$ ) (4).

**Sato et al. (2013)** realizaron un estudio en Lima– Perú, en estudiantes de 1° ciclo y 5° ciclo de odontología en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; en este estudio se evaluó el efecto del conocimiento y las actitudes relacionadas con la salud bucal y el comportamiento de los estudiantes, aplicó un cuestionario de Hiroshima (HU-DBI), que consta de veinte preguntas en un total de 153 estudiantes en el 1° año y 120 estudiantes en 5° año respondieron a la versión española del cuestionario. Los datos mediante pruebas de chi-cuadrado y análisis de regresión logística. En comparación con los estudiantes Año 1°, Año 5° los estudiantes de odontología eran más propensos a estar de acuerdo con preguntas tales como "creo que puedo limpiar mis dientes bien sin utilizar pasta de dientes" (OR = 0,24; IC del 95%: 0,10 hasta 0,58); "He utilizado un colorante para ver cómo limpiar mis dientes" (OR = 0,19 IC del 95%: desde 0,10 hasta 0,36); y "mi dentista me dice que me cepillo muy bien" (OR = 0,34; IC del 95%: 0,17 hasta 0,69), en conclusión los datos mostraron actitudes más positivas relacionadas con la salud oral y el comportamiento entre el 5° año de estudiantes de odontología en comparación con los del 1° año de estudiantes de odontología (5).

**Doğan (2013)** Realizó un estudio en Turquía. El objetivo del estudio fue evaluar la diferencia en las actitudes y el comportamiento de salud bucal entre los estudiantes de odontología y enfermería. El utilizó el Cuestionario de Conducta en Salud Dental de la Universidad de Hiroshima, se distribuyeron en un total de

253 estudiantes, 94 estudiantes de odontología y 159 estudiantes de enfermería, en la Universidad de Mármara. Los estudiantes de enfermería fueron significativamente más preocupados por la apariencia de sus dientes ( $P < 0,001$ ), y las encías en comparación con los estudiantes de odontología ( $P < 0,001$ ). Porcentaje de acuerdo en respuesta a preocuparse menos acerca de visitar al dentista ( $P < 0,001$ ), y el aplazamiento de ir al dentista hasta que tuvieron dolor de muelas ( $P < 0,001$ ) fueron mayores en los estudiantes de enfermería que en los de odontología. Más estudiantes de odontología en comparación con los estudiantes de enfermería utilizan un cepillo de dientes con cerdas duras ( $P = 0,004$ ), los cepillos de dientes de tamaño infantil ( $P < 0,001$ ), cepillado cada uno de sus dientes con cuidado ( $p = 0,006$ ) y había utilizado un tinte para ver lo limpio sus dientes eran ( $P < 0,001$ ). En comparación con los estudiantes de enfermería, una mayor proporción de estudiantes de odontología pensó que podían limpiar sus dientes bien sin utilizar pasta dental ( $P < 0,001$ ). La puntuación HU-DBI de estudiantes de odontología fue significativamente superior a la de los estudiantes de enfermería; concluyendo los estudiantes de odontología presentaron mejores actitudes y comportamientos de salud bucal en comparación con los estudiantes de enfermería. (6)

**Jaramillo et al. (2013)** Realizaron un estudio en Colombia. El objetivo de este estudio fue de utilizar el Cuestionario de Conducta en Salud Dental de la Universidad de Hiroshima (HU-DBI) para comparar las actitudes y el comportamiento de la salud oral de los estudiantes de odontología y estudiantes de ingeniería civil en Colombia. La encuesta de la HU-DBL consta

de veinte respuestas dicotómicas (muy de acuerdo-desacuerdo) respecto a cepillarse los dientes, se completó en la Universidad Antonio Nariño para los estudiantes de odontología y la Universidad del Cauca para los estudiantes de ingeniería civil. La versión española del cuestionario HU-DBI fue tomada a 182 estudiantes de los 247 estudiantes de odontología y 411 estudiantes de ingeniería civil. Respecto a salud bucal los estudiantes señalan al odontólogo como su principal fuente de información, pero a los chicos de 8vo nivel se le suma también los familiares o amigos como importante fuente de información he tomado de 762 estudiantes de ingeniería. Los datos fueron estadísticamente analizados por la prueba de chi-cuadrado y regresión logística hacia atrás. En comparación con los estudiantes de ingeniería, los estudiantes de odontología eran más propensos a estar de acuerdo con preguntas tales como: "Estoy preocupado por el color de las encías", "creo que puedo limpiar mi dientes bien sin utilizar pasta de dientes", "he utilizado un tinte para ver cómo limpiar mis dientes son, y "mi dentista me dice que me cepillo muy bien" se observaron resultados significativos en los estudiantes de odontología, en comparación con los estudiantes de ingeniería civil. Las implicaciones de este estudio para la educación dental incluyen la modificación de los planes de estudios dentales para mejorar las actitudes y el comportamiento de la salud oral de los estudiantes de odontología (7).

**Bosch et al. (2012)** realizaron en Madrid-España, un estudio con el objetivo de analizar los conocimientos sobre salud bucodental y nivel de higiene oral antes y después de una intervención educativa. Se incluyeron en el estudio 50 niños de 9-10 años de edad. Los escolares realizaron una encuesta sobre

conocimientos acerca de la salud bucodental antes y después de la intervención educativa que consistió en tres charlas participativas en grupos de 25 niños. Se evaluó el índice de placa de O'Leary antes y después de la intervención educativa. El 78% de los niños contestaron que sabían en qué consiste la caries y cómo prevenirla. En cambio, el 60% contestó que sólo había que acudir al dentista cuando hubiera algún problema bucal. Se obtuvieron cambios significativos en cuanto a conocimientos de salud bucal, así como en la calidad del cepillado después de la intervención educativa. Los conocimientos de los niños sobre salud bucodental, así como la calidad del cepillado dental mejoraron significativamente después de la intervención educativa (8).

**Sinem y Basak (2011)** Realizaron una intervención en estudiantes de odontología en Turquía. El objetivo de este estudio fue comparar las diferencias en las actitudes de la salud bucal y el comportamiento entre los estudiantes de odontología preclínicos y clínicos usando el Cuestionario de Hiroshima. La tasa de respuestas correctas fue del 75% (486 preclínicos y clínicos 278 estudiantes), el porcentaje de los estudiantes preclínicos, en comparación con los estudiantes clínicos, se preocupan por el color de sus dientes, se molestan por el color de sus encías, van al dentista hasta que tienen un dolor de muelas; piensan que sus dientes están empeorando pese a su cepillado diario, y afirman que es imposible prevenir la enfermedad de las encías sólo con el cepillado de dientes, y que no pueden dejar de tener una dentadura postiza cuando son viejos. Por otra parte, los estudiantes preclínicos con más frecuencia están de acuerdo en que sus encías tienden a sangrar cuando se

cepillan los dientes, utilizan un cepillo de dientes que tiene cerdas duras, y no sienten que han cepillado bien a menos que con golpes fuertes ( $p = 0,000$ ). Sin embargo, una mayor proporción de estudiantes clínicos en comparación con los estudiantes preclínicos cepillan cada uno de sus dientes con cuidado, piensan que pueden limpiar sus dientes sin utilizar pasta de dientes, su dentista les dice que se cepillan muy bien ( $P = 0,000$ ); en conclusión, la actitud oral y el comportamiento de los estudiantes clínicos fue significativamente ( $P = 0,000$ ) mayor que estudiantes preclínicos (9).

**Ávila (2011)** realizó una intervención educativa en distrito de Mala, provincia de Cañete –Perú donde participaron 65 alumnos, niñas y niños entre 6 y 12 años de edad, del nivel primario, a los cuales se les midió los conocimientos de salud bucal, antes y después del Programa Educativo “Sonríe Feliz” Utilizó cuestionario validado por juicio de expertos; para la higiene bucal se utilizó el índice de placa simplificado de Greene-Vermillion, observó en el género femenino 2.7% (higiene mala) y en el género masculino fue de 2.6%(higiene mala), durante el programa las niñas obtuvieron 1.6% (higiene mala) y los niños 1.6%, y después del programa en el género femenino fue de 1.0%(higiene regular) y en el género masculino fue de 1.1%, concluyendo hubo un cambio de malo ( $p=0,921$ ) a regular ( $p=0,612$ ) (10).

**Cueto et al (2010)** realizaron un estudio del nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años, relacionando éstas con género y nivel socioeconómico. Se obtuvo un índice resumen de nivel de conocimiento, actitudes y practicas bajo en un 87,3%. El nivel de conocimiento fue malo en un 71,8%, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa a favor del

sexo femenino. En nivel de actitud, del orden del 51,5% es buena o muy buena y el otro 48,5% es regular o mala. Este cotejado con las variables género y tipo de colegio resultaron estadísticamente significativos a favor del sexo femenino y colegios particulares. El nivel de práctica encontrado fue malo (98%) (11).

**Santillán** (2009) realizó un estudio en la Universidad Mayor San Marcos, durante el último año de su carrera universitaria. Evaluó nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud a 158 estudiantes; Utilizando la encuesta de la HU-DBI (Hiroshima University-Dental Behavioural Inventory), encontrando que los niveles de conducta y hábitos en ambos géneros fueron de nivel regular con un 77,1% en el género femenino y un 74,2% en el masculino, además el 75,9% de los internos alcanzan un nivel regular de nivel de conducta sobre higiene oral. El 60,1% afirma que no toma mucho tiempo para realizar el cepillado dental. El 82,9% de los internos niega que sea necesario un cepillado de manera enérgica. El 72,8% de los internos niega usar cepillos con cerdas duras. El 57% afirman que solamente acuden al odontólogo cuando presentan una odontalgia. El 67,1% de internos afirman que normalmente revisan su cepillado observando sus dientes en el espejo al terminar. El 51,9% afirma que han sido orientados por un profesional en cuanto a higiene oral para el cepillado de sus dientes (12).

**Dávila** (2008) realizó una investigación en Caracas – Venezuela cuyo propósito fue determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades de la cavidad bucal donde participaron 66 escolares primero y segundo grado de la U.E del Municipio Iribarren del estado Lara, El instrumento fue de 20 preguntas

validado por juicio de expertos, se aplicó a los estudiantes el cuestionario antes y después del programa educativo a través de la técnica de entrevista sobre las enfermedades bucales y medidas de prevención. Se observó que los escolares reportaron, sobre salud bucal antes de la aplicación del programa 74% presentó regular y 24% presentó malo y solo 2% fue bueno; concluyendo en el programa educativo se observó diferencia estadísticamente significativa al comparar los resultados (13).

**Evaristo et al (2007)**, realizaron un estudio en Comas - Perú una investigación cuyo propósito fue determinar la efectividad de un programa educativo sobre prevención de gingivitis asociada a placa bacteriana utilizando como ayuda educativa títeres, en 110 niños de 5, 6 y 7 años de edad de la I.E.P. Paul Groussac. Se aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo, que duró tres semanas, asimismo se midió el nivel de higiene oral inicial y final. Se logró incrementar los niveles de conocimiento sobre higiene oral más de la mitad (malo) Se concluye que utilizar títeres como ayuda educativa logró cambios significativos, pues mejoraron todos los aspectos evaluados (14).

**Dumitrescu et al. (2007)** realizaron un estudio en Rumania, cuyo objetivo fue determinar las diferencias en los niveles de auto-cuidado oral entre 322 estudiantes de odontología rumanos, fue un estudio transversal de los estudiantes de odontología en Rumania. El examen se basa en las respuestas del Cuestionario de Hiroshima, los resultados del año 5 y 6 alumnos tenían menos probabilidades de utilizar un cepillo de dientes con cerdas duras ( $p < 0,001$ ), y menos propensos a preocuparse por el color de sus dientes ( $p < 0,01$ ). Mientras que el 20% de los años 1 y 2 estudiantes reportaron usar el



hilo dental todos los días, casi el 46% se reportó en el año 5 y 6 estudiantes ( $p < 0,001$ ). Una diferencia significativa se observó también en el uso de hilo dental comportamiento entre sexos ( $p < 0,001$ ). Concluyendo diferencias considerables en la salud dental actitudes / comportamiento entre los tres niveles de la educación dental y entre géneros (15).

**Komabashi *et al.* (2006)** Evaluaron las actitudes de salud entre los estudiantes de último año de odontología en 17 países, para ello se utilizó el cuestionario de conducta en higiene oral de la (HU-DBI Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory), que se administró a estudiantes de odontología, 1096 de último año en 17 países y se llevó a cabo dentro de los datos para detectar patrones y agrupamientos donde la respuesta global fue del 72%. El análisis de conglomerados identificó dos grupos principales entre los países del Grupo 1 consistió en doce países: uno Oceánica (Australia), uno de Oriente Medio (Israel), siete Europea (Irlanda del Norte, Inglaterra, Finlandia, Grecia, Alemania, Italia y Francia) y tres (Corea, Tailandia y Malasia) los países de Asia del Grupo 2 consistió en cinco países: uno Sudamericana (Brasil), uno de Europa (Bélgica) y tres países de Asia (China, Indonesia y Japón). Los porcentajes de 'acuerdo' respuestas en tres ítems del cuestionario (Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory, HU-DBI) fueron significativamente mayores en el grupo 2 que en el grupo 1. Estos incluyen: "Me preocupa el color de mis dientes"; "Me he dado cuenta de algunos depósitos pegajosos blancas en los dientes"; y "Estoy preocupado por el color de las encías". La agrupación de los países en conglomerados internacionales dio información útil para la odontología y la educación dental (16).

**Rodríguez (2005)** realizó un estudio en la ciudad de Santiago - Chile, a jóvenes estudiantes de 7mo y 8vo de 6 colegios municipales, mediante un estudio descriptivo en los adolescentes, para aportar elementos útiles a la planificación de intervenciones educativas que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables; realizó una encuesta de 34 preguntas a través de un dominio particular en Internet, coordinado en cada colegio por el profesor encargado de computación de cada establecimiento, se mantuvo la encuesta en el aire durante 1 mes aproximadamente, tiempo en el que respondieron la encuesta 323 jóvenes. La encuesta abarcaba 7 temas; Respecto a salud bucal los estudiantes señalan al odontólogo como su principal fuente de información, pero a los chicos de 8vo nivel se le suma también los familiares o amigos como importante fuente de información; encontrando el nivel de conocimiento promedio de los jóvenes fue aceptable, más del 50% de ellos respondió de manera correcta (17).

## **2.2. Base teórica**

### **2.2.1. Conocimiento y Aprendizaje:**

#### **2.2.1.1. Conocimiento:**

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos inter relacionados que al ser tomado por sí solos, poseen menor valor cualitativo (31).

#### **2.2.1.2. Aprendizaje:**

El aprendizaje se realiza a través de un proceso educativo que debe presentar varias etapas bien definidas:

1. Toma de conocimientos: el educador entrega la información o instrucción en la cual da a conocer los contenidos educativos en forma ordenada y secuencial.
2. Interés: una vez motivado, el educando se interesa por la situación, siente el deseo de poner en práctica lo adquirido en la etapa previa.
3. Enjuiciamiento: el educando analiza las ventajas y desventajas que le proporcionaría poner en práctica lo que se plantea.
4. Ensayo: el educando pone en práctica a manera de prueba lo que se le indicó y verifica las ventajas y desventajas que teóricamente analizó.
5. Nuevo enjuiciamiento: después del ensayo, el educando analiza los resultados de la aplicación de esta situación.
6. Adopción o rechazo: si el ensayo tuvo éxito adopta total o parcialmente la conducta, si ocurre lo contrario, la rechaza.

Para que el aprendizaje sea eficiente se necesitan de tres factores básicos: inteligencia y conocimientos previos, experiencia y motivación (13,31).

## **2.2.2. Conducta y Actitud:**

### **2.2.2.1. Conducta:**

#### **Definición:**

Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros. Por este motivo se dice que es toda actividad humana que sea observable por otra persona. El comportamiento no es solo un mero conjunto de interacciones, estímulo y respuesta, sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona.

El comportamiento precisa una manifestación externa en el mundo o realidad.

El entorno social modifica la respuesta y la persona influye, igualmente, en el entorno en el que se encuentra y por el que está rodeado (31).

**Tipos de conducta** (Conducta estereotipada, Conducta aprendida, Conducta compleja)

**Conducta estereotipada:** Es innata, puede ser un tactismo por el que todo el órgano se mueve en relación con un determinado estímulo externo. Si se mueve en dirección al estímulo diremos que es tactismo positivo si se aparta negativo. Los reflejos son considerados como conductas estereotipadas y se distinguen de los tactismos en que los primeros suelen extender el movimiento a una parte del organismo.

**Conducta aprendida:** El aprendizaje es la modificación de la conducta estereotipada o adquisición de nuevos tipos de conducta. Los criterios para distinguir la conducta aprendida de las modificaciones de la estereotipada:

a) el aprendizaje debe ser permanente.

b) no será alteración permanente en la conducta.

El hábito es el método más sencillo de aprendizaje, es la eliminación completa de la conducta estereotipada como resultado de un estímulo repetido.

**Conducta compleja:** El razonamiento es la facultad de utilizar experiencias pasadas, con deducción lógica, para resolver problemas nuevos más o menos complicados (16,31).

#### **2.2.2.2. Actitud:**

Es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objetivo (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan su patrón de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores entonces preceden a las actitudes.

La actitud es la variable más estudiada en psicología social debido a que constituye un valioso elemento para la predicción de conductas.

Las actitudes sociales están compuestas por variables intercurrentes, compuestas por tres elementos a saber:

1. El componente cognitivo.
2. El componente afectivo
3. El componente relativo a la conducta.

Cambio en el componente cognitivo: para que exista una actitud hacia un objeto determinado es necesario que exista también alguna representación cognitiva de dicho objeto. Las creencias y demás componentes cognitivos (conocimiento, la manera de encarar el objeto, etc.) constituye el componente cognitivo de la actitud.

Cambio del componente afectivo: es el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social; supongamos que una desobediencia cognitiva real modificamos nuestra relación afectiva con una persona. El cambio registrado en este componente nos conducirá a emitir conductas hostiles hacia la persona, así como a atribuirle una serie de defectos capaces de justificar y de hacer congruente el cambio de nuestro afecto Cambio en el componente relativo: la combinación de la cognitiva y el afecto (8, 23).

### **2.2.3. La salud bucal:**

#### **2.2.3.1. Definición:**

La salud bucal es un componente fundamental de la salud; definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, económicos y culturales, así como el sistema de valores, pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal, en particular la caries dental, las enfermedades del tejido blando y las mal oclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales, estéticas y la repercusión en la salud general que ocasionan, justifica plenamente su atención como problema de salud pública (26,31).

Actualmente la salud bucal se considera una parte integral del complejo cráneo facial brindándonos en funciones vitales como alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. Se sabe que muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusión en la cavidad bucal, como el sida, así como las deficiencias nutricionales. Por lo que se entiende cuando este órgano está

comprometido, la salud general y la calidad de vida pueden disminuir, comparte factor de riesgo las enfermedades crónicas – cardiovasculares cáncer respiratorias crónicas y diabetes, a causa de sedentarismo, consumo de comida chatarra y el consumo nocivo de alcohol (31).

La OMS define a la educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que llevan a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar la salud y buscar ayuda cuando la necesiten.

Estudios realizados por la organización mundial de la salud (OMS) demuestra que la patología bucal y de manera particular, la caries dental, afectan a más del 95% de la población (16,18).

En el Perú, existe una alta prevalencia de enfermedades bucales, como la incidencia de caries dental que es de 90%, enfermedad periodontal 85% y mal oclusiones 80%, constituyendo de salud pública (16).

**Los conocimientos en la salud:** Se han definido como la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas de riesgo; esta información importa tanto la cantidad como la calidad (31).

El hombre occidental ha reconocido dos formas básicas de conocimiento, el saber de la vida cotidiana (el conocimiento social) y el saber científico (conocimiento científico), uno y otro se interrelacionan, no se manifiestan puros, ni uno u otro guían exclusivamente las conductas de las personas (18).

**Factores Etiológicos Modulares:** Estos factores son adicionales a los denominados primarios, pero no son los causantes directos de la enfermedad, sin embargo, si pueden revelar una acentuación de riesgo de caries, los procesos bioquímicos en la superficie del diente en las cuales podrían desarrollarse las lesiones cariosas. Las otras variables en este grupo no son tan contundentes para asegurar el desarrollo de la caries dental y más bien se comportan como factores de predicción (31).

**Grado De Instrucción:** Los padres son los principales transmisores de los hábitos de higiene, responsables de que tengan una consulta odontológica temprana, sin embargo, en las zonas rurales el grado de instrucción de los padres, hacen de que tengan menor grado de capacidad de entendimiento, cuanto más instruidos mayor capacidad de entendimiento y tendrá un panorama más amplio de las necesidades de salud de su familia (1, 31).



## **2.2.3.2. Fisiopatología de la Cavity Bucal:**

### **2.2.3.2.1 Caries dental:**

#### **Definición:**

Es una enfermedad contagiosa e infecciosa de naturaleza multifactorial y crónico, si no se trata a tiempo su avance natural, afecta de forma progresiva a los tejidos dentarios hasta provocar una lesión irreversible (19, 21).

También se debe al desequilibrio del PH en la cavity oral, de modo que los factores que favorecen la desmineralización predominan sobre los que favorecen el re mineralización y reparación de estos tejidos (20, 21).

La posición y ubicación de los dientes en la cavity bucal también influyen en los resultados de la desmineralización y re mineralización, está establecido que la composición y el flujo salival en las superficies vestibulares de los dientes es mucho menor que las superficies linguales. Por lo cual cuál una lenta formación de la película salival puede aumentar el potencial de desmineralización y reducir el re mineralización, permitiendo la aparición y posterior avance del proceso de caries dental (19,27).

#### **Clasificación de la lesión Cariosa:**

Esta lesión se puede clasificar según su tipo de evolución:

- a. Caries activa o de rápida evolución, puede afectar a gran número de dientes con coloración clara desde el blanquecino hasta el color amarillento, con gran cantidad de dentina reblandecida y húmeda, que se desprende fácil mente, con exposiciones pulpares frecuentes y produce gran daño en un lapso corto. Es frecuente en niños.

- b. Caries crónica, se desarrolla lento, afecta pocos dientes, generalmente de tamaño pequeño, con dentina café oscuro o negruzco, de consistencia muy dura (3).
- c. Caries rampante, avanza muy rápido afectando casi a todos los dientes, en la mayoría de sus superficies dando poco tiempo a la formación de dentina reparativa, por la que se compromete la integridad de la pulpa dental (20).

Según el tejido lesionado se clasifica en:

1. Caries de primer grado, pérdida de tejido circunscrito al espesor del esmalte.
2. Caries de segundo grado, abarca el esmalte y la dentina.
3. Caries de tercer grado, involucra el esmalte, la dentina y la pulpa.
4. Caries de cuarto grado, involucra a todos los tejidos del diente y puede afectar la zona peri apical.
5. Caries radicular, es cuando el cemento se deja expuesto por retracción gingival, es una lesión similar al del esmalte, el proceso avanza con rapidez porque esta menos mineralizada, alcanzando rápidamente a la dentina (21)

### **La etiopatogenia de la caries dental**

En 1890, Miller en su teoría químico parasitaria propuso como el factor más importante en la patogenia de la enfermedad cariosa donde un gran número de bacterias son capaces de producir ácidos a partir de los hidratos de carbono de la dieta pero la caries no respondía solo a la presencia de bacterias en boca, posteriormente en 1960, Keyes, en forma teórica y experimental estableció que la etiopatogenia de caries responde a la interacción de

simultaneo de tres factores: El factor “microorganismo” que en presencia del factor “sustrato” logra afectar a un factor “huésped”. Esto se conoció como la triada de keyes. En 1978, Newbrun adicionó el factor “tiempo” de interacción de los mismos, al esquema original de keyes, siendo estos cuatro factores imprescindibles para que se inicie la lesión cariosa (19,20).

#### **2.2.3.2.2. Enfermedad periodontal:**

##### **Definición:**

Las enfermedades periodontales, también llamadas como enfermedad de las encías, son infecciones bacterianas graves que destruyen las encías y a los tejidos que rodean la boca. Si no se trata, la enfermedad continuará y los huesos subyacentes alrededor de los dientes se desintegran, hasta que ya no se mantenga los dientes en su lugar. La inflamación crónica, que resulta de la enfermedad periodontal, es responsable de 70% de las pérdidas de dientes en adultos, y afecta al 75% de la población mundial en algún momento de su vida, es preocupante que las bacterias en personas con enfermedad periodontal, pasen de las encías al torrente sanguíneo, y lleve a problemas serios de salud, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, agrava la diabetes, neumonía, aumentan sus riesgos (15, 22).

### **2.2.2.3. Promoción y Prevención en Salud Bucal**

#### **2.2.3.3.1. Promoción en Salud**

En la actualidad, nos encontramos en la fase de promoción en salud inicial en 1975 y también llamada “la segunda revolución epidemiológica”.

Según greene el concepto de promoción en salud es: “Cualquier combinación de educación para la salud con lo correspondiente a organizaciones, políticos, económicos y ambientales y que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud”. En 1986 se realiza la primera reunión internacional sobre promoción de la salud en Ottawa. En esa oportunidad se formula la carta de Ottawa, que hasta hoy representa un gran referente conceptual y estratégico en el mundo entero. Se definió la promoción como el “proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla” (14,17).

#### **2.2.3.3.2. Prevención en salud bucal**

El enfoque preventivo y las actividades que se aplican desde los primeros años de vida son claves para el éxito de los programas de salud. En los países desarrollados la caries dental infantil ha disminuido en la última década. Este descenso se debe a la mejora del nivel de vida, a la implantación de programas preventivos comunitarios y a los avances en la atención odontológica (15,17)

La educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial futuro, dado que este terminaría agudizado por alarmante diferencia entre los resultados disponibles y las necesidades existentes (31).

La prevención integral de las enfermedades orales a nivel del individuo, familia y en la comunidad debe orientarse a la práctica de hábitos de higiene, a la eliminación de hábitos funcionales y profesionales, a la conservación de la dentición temporal y permanente sanas, orientación sobre el uso del fluoruro sistémico y tópico, orientación sobre el uso de medidas de protección específico, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, control de los riesgos de rehabilitación y vigilancia epidemiológica del estado de salud bucal(1, 31).

El estomatólogo debe trabajar permanentemente en la promoción de salud y prevención de enfermedades y ser guardián de la salud en la atención primaria (2).

#### **2.2.3.4. Higiene de la cavidad bucal**

##### **Hábitos**

Los hábitos de higiene bucal son imprescindibles para el control de la placa, y prevención de su acumulación sobre los dientes y superficies gingivales adyacentes. Según la resolución adoptada por “European Workshop on Mechanical plaque control” en 1988, 40 años de investigación experimental, ensayos clínicos y proyectos demostraron en diferentes entornos geográficos y sociales, confirmando que la eliminación eficaz de la placa es esencial para la salud dental y periodontal durante la vida por lo que se debe fomentar el hábito de higiene oral desde niños, con el uso de materiales como el cepillo dental e hilo dental. Que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de la buena salud bucal y no puede ser sustituido por otras sustancias ya sean por colutorios y chicles (5, 32).

## **Técnicas de cepillado dental**

Es imprescindible el cepillado de una forma minuciosa en todas las caras de los dientes, vestíbulo bucal, lengua y mucosa, después de cada comida. Así mismo hay que motivar el uso de hilo dental para limpiar entre diente y diente donde no llega nuestro cepillo. El sangrado de las encías suele ser motivo de consulta habitual y una buena forma de motivar la higiene oral. Asimismo, con el uso de reveladores de placa pueden contribuir a ese fin donde el profesional observa el acumulo de placa y como lograr su remoción (27).

## **Elementos que se utilizan para el cepillado**

### **Dentífrico o pasta dental**

El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillado dental para limpiar los dientes.

El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ellos por medio de sustancias activos, abrasivos, este brinda sensación de limpieza a través de las sustancias saborizantes como la menta, al grado que muchas personas no se cepillan los dientes (6, 27).

### **Enjuagues bucales:**

En general se dividen en dos tipos: Los que contienen fluoruro y cuya actividad es principalmente anti-caries y los que contienen agentes antisépticos para

combatir a las bacterias u hongos que causan enfermedades en la cavidad bucal.

En general, ninguno de estos enjuagues está hecho para sustituir el cepillado dental y el uso del hilo dental, si para usar como suplemento, se utiliza después de cada cepillado dental. Los enjuagues no quitan el mal aliento, solo enmascaran por periodos cortos de tiempo (27).

Se emplean diariamente 1 o 2 veces por 30 segundos y escupiendo al final del enjuague. Los pacientes a los que se les recomienda su uso son aquellos con caries activa o con alta susceptibilidad a la caries, con aparatos de ortodoncia fijos como brackets o bandas, con aparatos removibles, o con reducción del flujo salival (27).

#### **Hilo Dental:**

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. Garantiza la remoción de detritos que el cepillo no elimina. De acuerdo de algunos estudios, el uso del cepillado junto con el hilo dental remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo; se emplea cogiendo un aproximado de 30 a 45 cm de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm luego se desliza entre cada diente, adaptando a la superficie del diente hasta el surco gingival con un movimiento de incisal a gingival se repite más de una ocasión. Se repite en todo el diente, incluso en la superficie distal del último diente de la arcada (27, 31)

### **2.2.3.5.2 Alimentación y salud**

¿De qué modo producen caries los alimentos y las bebidas?

Los alimentos y las bebidas que consume entran en contacto con las bacterias que residen en su boca. Estas bacterias se encuentran en una película pegajosa llamada placa bacteriana que se forma sobre los dientes. Las bacterias se sirven de los azúcares y almidones (contenidos en muchos alimentos y bebidas) para producir los ácidos que pueden destruir la capa exterior dura de los dientes llamada esmalte. Estos ácidos dañinos pueden atacar el esmalte de los dientes durante 20 minutos o más después de comer. Los ataques continuados pueden causar la ruptura del esmalte, originándose así la caries. Cuantas más veces coma y cuanto más tiempo permanezcan los alimentos en la boca, mayor será el daño que sufran sus dientes (16, 20, 28)

### **Recomendaciones para una buena alimentación y cuidado de la salud**

#### **Bucal**

- Comer alimentos variadas, siguiendo la pirámide nutricional.
- Reducir los bocaditos y las bebidas entre comidas.
- Evite el consumo de alimentos altos en azúcar, pegajosos y fibrosos.
- Tome bebidas en cada comida: los líquidos pasan rápidamente por la boca y ayudan a limpiarla de alimentos pegajosos. Cuanto menos tiempo permanezca la comida en los dientes, menor será la probabilidad de padecer caries.
- Limite el consumo de refrescos. Dar sorbos a refrescos, bebidas energéticas, limonada o jugos de frutas durante un periodo prolongado contribuye a la aparición de caries más que cuando se beben durante



la comida. Los dientes están expuestos al azúcar y a la producción de ácidos durante más tiempo cuando se da sorbos a bebidas durante todo el día (2, 28, 31).

### **2.3 Terminología básica:**

- Prevención, es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. se dice que la prevención implica promover la salud (34).
- Promoción de la salud, la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (33).
- Hábito en psicología: es cualquier comportamiento repetido regularmente, es aprendido. Práctica habitual de una persona (29).
- Etiología: Es la ciencia que estudia las causas de las cosas. En medicina (patogénesis) se refiere al origen de la enfermedad (29)
- Etnia: es un conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, expresiones artísticas (como música), vestimenta, nexos históricos, tipo de alimentación, y, muchas veces, un territorio (29).

## **2.4. Hipótesis**

Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to, de la institución educativa Benjamín herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac, 2016

## 2.5. Variable

<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>	<b>Valores</b>
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	Cualitativo Categorico	Encuesta sobre salud bucal basada en la traducción y modificación del HU-DBI	Ordinal	Malo (0-3) Regular (4-7) Bueno (8-10)
Conducta sobre salud bucal	Cualitativo Categorico	Encuesta sobre salud bucal basada en la traducción y modificación del HU-DBI	Ordinal	Malo (0-3) Regular (4-7) Bueno (8-10)
Año de estudio	Cualitativa Numérico	Grado de estudio que se encuentra cursando el estudiante	Nominal	3ro de secundaria 4to de secundaria 5to de secundaria
sexo	Cualitativo Nominal	Registro en DNI	Nominal	Femenino Masculino

### 3. CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO

#### 3.1. Tipo y nivel de investigación

##### **Tipos de Estudio:**

Según la intervención del Investigador:

- **Observacional:** No existe intervención del investigador. los datos reflejan la evolución natural de los eventos.

Según la planificación de la toma de datos:

- **Prospectivo:** Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primaria).
- Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio:
- **Transversal:** Todas las variables son medidas en una sola ocasión.
- Según el número de muestras a estudiar:
- **Descriptivo:** Estima parámetros (propósito estadístico) en la población de estudio a partir de una muestra.

Nivel de investigación: relacional.

#### 3.2. Población y muestra

##### **Población:**

Los estudiantes 3ro, 4to, 5to año de estudio de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac matriculados en el 2016. En total fue 101 escolares que cumplieron con los criterios de inclusión, se consideraron como muestra para el estudio.

**Muestra:**

Se trabajó con toda la población de estudio 101 estudiantes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión fijados.

**Criterios de inclusión y exclusión:**

- **Criterios de inclusión**

- Alumnos que aceptaron participar voluntaria mente en el presente estudio.
- Con autorización de sus padres o apoderados para participar en el estudio y con un asentimiento informado del escolar.

- **Criterios de exclusión**

- Alumnos que presenten síndromes asociados que impidan su respuesta a los ítems elaborados.
- Alumnos que se niegan participar del estudio.
- Alumnos retirados o enfermos.

**3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se solicitó una carta de presentación al director encargado de Odontología- Universidad Privada Norbert Wiener para realizar la investigación (Anexo N° 1). Esta carta fue presentada al director de la Institución Educativa Benjamín herencia Zevallos, Distrito de Tintay para poder realizar una encuesta a los alumnos (Anexo N° 2). Luego se solicitó una carta de autorización del director del colegio Benjamín herencia Zevallos, Tintay-Aymaraes-Apurímac, para dicha investigación

(Anexo N° 3). Se proporcionó un consentimiento informado a los padres o apoderados de cada alumno de nivel secundario para su previa autorización de dicha investigación una semana antes (Anexo N° 4), con la autorización de sus apoderados se le proporcionó la información con detalle a cada alumno de nivel secundario para efectuar el llenado del asentimiento (ver Anexo N° 5). Una vez realizado los permisos correspondientes fue recolectado en sus respectivos salones previo permiso de cada docente. Todo el recorrido estuvo acompañado por el director de la institución educativa donde la recolección de datos fue auto administrado a cada alumno para el llenado de la ficha (Anexo N° 6) se evaluó a 6 aulas; (3er grado realizo el llenado de fichas antes que empiece la primera hora de clase donde son 2 aulas),(4to grado realizo el llenado de fichas después del recreo antes que empiece la clase donde son dos aulas),(5to grado realizo el llenado de fichas antes de la salida de la institución educativa) con una duración máxima de 5 a 10 minutos en cada aula, y el Anexo N° 7 es con el cual se corrige el llenado del cuestionario.

**- Técnica:**

Esta investigación se realizó mediante un cuestionario.

**- Instrumento:**

El instrumento fue validado por Santillán de UNMSM. El autor realizó una prueba piloto y se decide adaptar 10 preguntas para evaluar el conocimiento (anexo 6) y 10 preguntas para las conductas (anexo 6) dando un valor a cada número donde cada pregunta es un punto, luego se divide el valor de conocimiento en tres partes.

### Valor del cuestionario:

Nivel de conocimiento	MALO	0 – 3 (malo)
Sobre salud bucal	REGULAR	4 – 7 (regular)
	BUENO	8 – 10 (bueno)
Conducta sobre salud bucal	MALO	0– 3 (malo)
bucal	REGULAR	4– 7 (regular)
	BUENO	8– 10 (bueno)

### 3.4. Procesamiento y análisis de datos

Una vez interpretadas y reunidas las fichas de recolección de datos se procedió a crear una base de datos en la computadora, utilizando el paquete estadístico SPSS. Versión 20.0 y Microsoft Excel 2013. Se organizaron los datos en tablas y gráficos, usando estadística descriptiva, hallando frecuencias y porcentajes en barras y gráficos. Para establecer la relación entre nivel de conocimiento y las conductas, se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado.

### 3.5. Aspectos éticos

El presente estudio no comprometió la salud física o mental de los individuos, objeto de análisis ya que se realizó una encuesta tipo cuestionario y se consideraron las siguientes acciones para asegurar este fin:

- ✓ Se respetó los derechos de autor de los textos empleados.
- ✓ Se solicitó carta de presentación al Director Encargado de la escuela Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener (Anexo N° 1).

- ✓ Se solicitó el permiso al Director de la Institución Educativa Benjamín herencia Zevallos, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac (Anexo N° 3).
- ✓ Se obtuvo el consentimiento informado a los padres de familia o apoderados (Anexo N° 4).
- ✓ Se obtuvo el asentimiento informado de los alumnos de nivel secundario (Anexo N° 5).
- ✓ El estudio no comprometió la salud de las personas, puesto que se realizaron Cuestionarios de Salud Bucal.
- ✓ Se mantuvo la confidencialidad de la información.



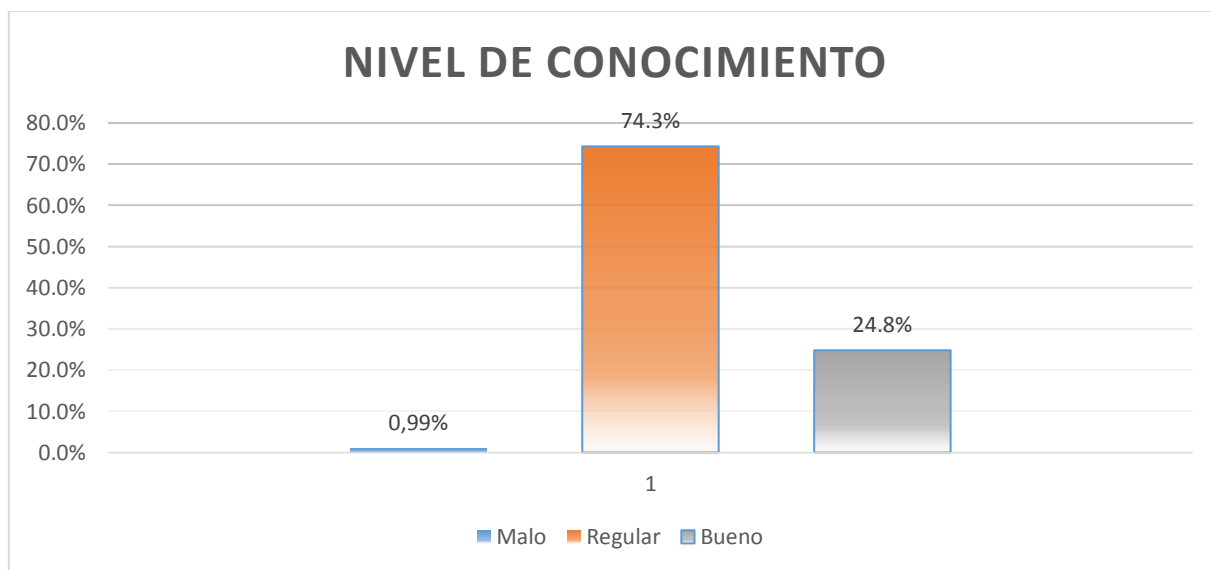
#### 4. CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

##### 4.1. Resultados

**Tabla N° 1:** Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, – 2016.

Nivel de Conocimiento	n	%
Malo	1	0,99
Regular	75	74,3
Bueno	25	24,8
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico N° 1:** Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundario de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos – 2016.

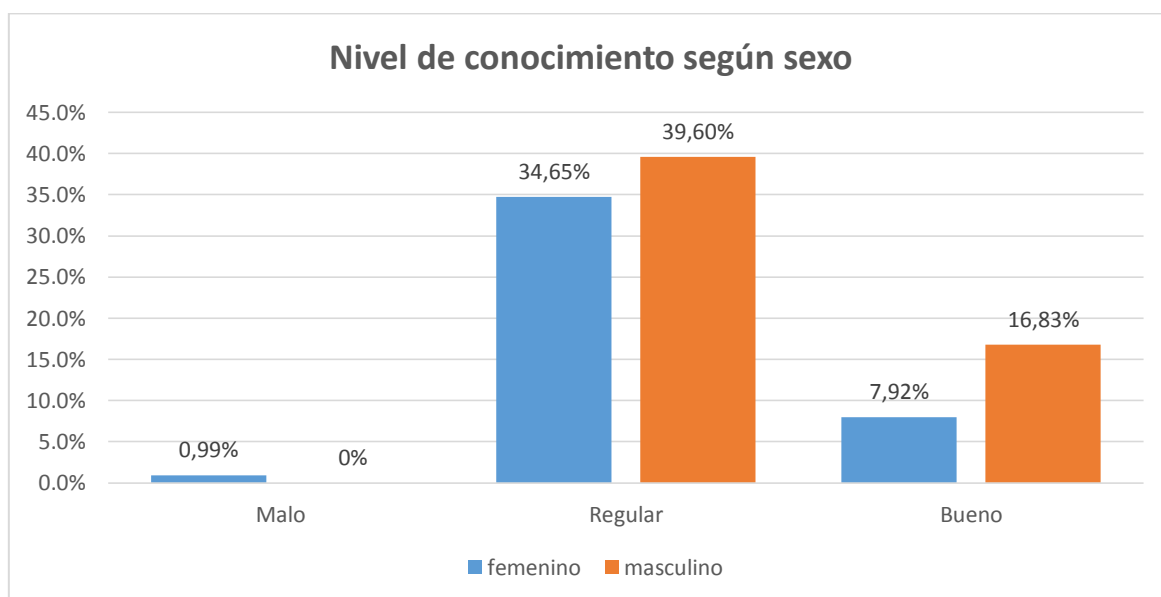


Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos – 2016, con menor predominio presente del 100% el 0,99% malo; y con mayor predominio presente del 100% el 74,3% regular.

**Tabla Nº 2:** Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos 2016.En relación al sexo.

Nivel de conocimiento	Femenino		Masculino		Valor de P
	n	%	n	%	
Malo	1	0,99	0	0	0,226
Regular	35	34,65	40	39,60	
Bueno	8	7,92	17	16,83	
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>43,56</b>	<b>57</b>	<b>56,44</b>	

**Gráfico Nº 2:** Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos 2016.En relación al sexo.



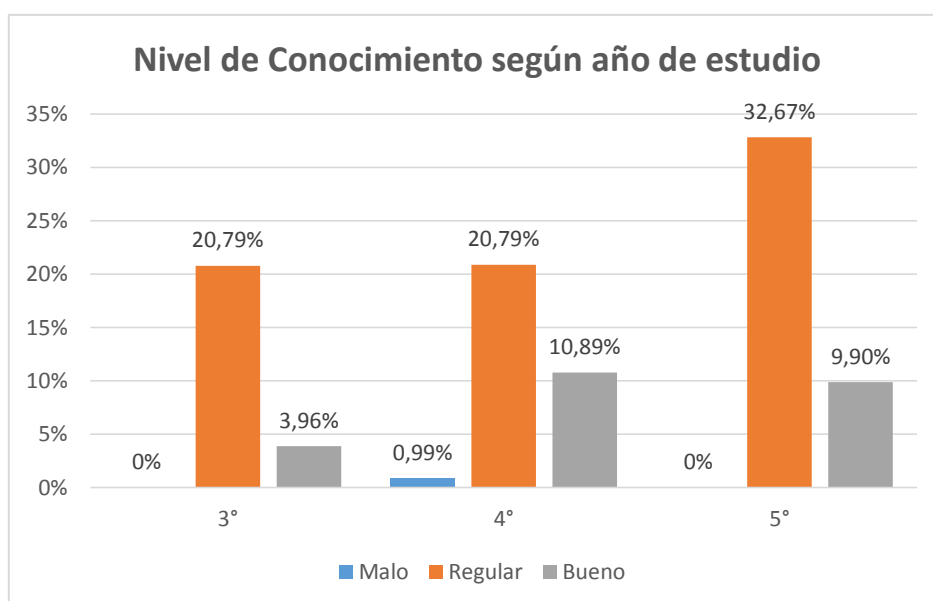
El nivel de conocimiento sobre salud bucal en relación al sexo en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos 2016; en relación al sexo presentó de la siguiente manera: El nivel de conocimiento malo presento con mayor predominio en 0,99% del sexo femenino; el nivel de conocimiento regular con mayor predominio con 34,65% en sexo femenino y en el sexo masculino con 39,60% en los estudiantes de

3ero, 4to, 5to año de estudio; en el nivel de conocimiento bueno presentó con 16,83% en el sexo masculino con mayor predominio de los estudiantes de 3ero, 4to, 5to año de estudio. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento entre ambos sexos ( $p=0,226$ ) cuando se evaluó en la prueba de chi cuadrado.

**Tabla N° 3:** Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos 2016. Según año de estudio.

Nivel de conocimiento	3°		4°		5°		Valor de P
	n	%	n	%	n	%	
Malo	0	0	1	0,99	0	0	0,318
Regular	21	20,79	21	20,79	33	32,67	
Bueno	4	3,96	11	10,89	10	9,90	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>24,75</b>	<b>33</b>	<b>32,67</b>	<b>43</b>	<b>42,57</b>	

**Gráfico N°3:** Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro 4to, 5to; de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos 2016. Según año de estudio.



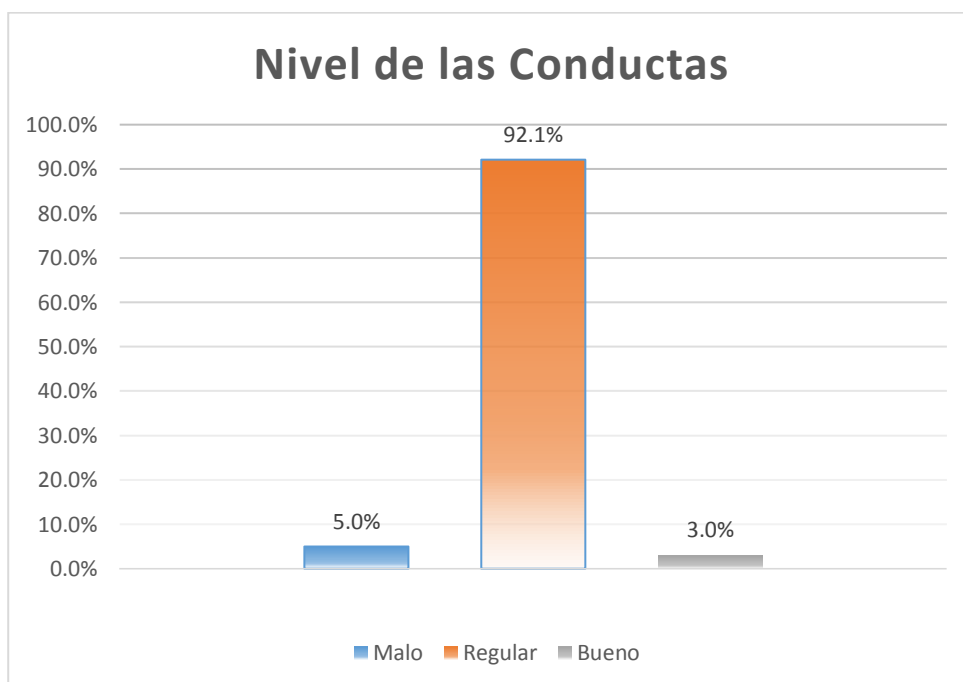
El nivel de conocimiento sobre salud bucal según año de estudio en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016; se presentó de la siguiente manera: El nivel de conocimiento según año de estudio malo con mayor predominio se presentó

con 0,99 4to año de estudio de los estudiantes; el nivel de conocimiento según año de estudio regular con mayor predominio fue en los tres grupos mencionados se presentó en un 20,79% de los estudiantes de 3ero año de estudio; en un 20,79% de los estudiantes de 4to año de estudio y 32,67% de los estudiantes de 5to año de estudio; el nivel de conocimiento bueno se presentó con mayor predominio en un 10,89% de los estudiantes de 4to año de estudio. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimiento entre ambos sexos ( $p=0,318$ ) cuando se evaluó en la prueba de chi cuadrado.

**Tabla N° 4:** Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016.

<b>Nivel de conducta</b>	n	%
Malo	5	5,0
Regular	93	92,1
Bueno	3	3,0
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico N°4:** Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016.



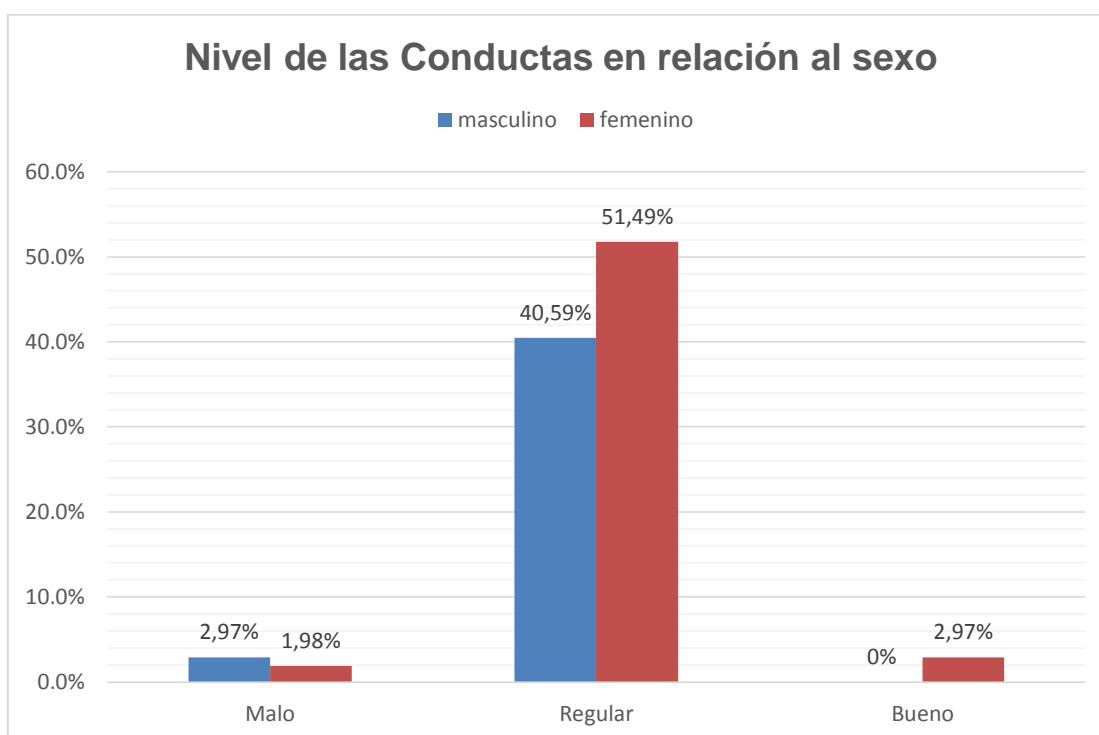
El nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016.

El nivel de las conductas el que predominó del 100% de estudiantes el 92,1% fue regular.

**Tabla N° 5:** Nivel de las conductas sobre salud bucal en relación al sexo en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos 2016.

Nivel de conducta	Femenino		Masculino		Valor de P
	n	%	n	%	
Malo	2	1,98	3	2,97	0,237
Regular	52	51,49	41	40,59	
Bueno	3	2,97	0	0,00	
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>56,44</b>	<b>44</b>	<b>43,56</b>	

**Gráfico N° 5:** Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundario 3ro, 4to, 5to de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos,2016. Según sexo



El nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundario 3ro, 4to, 5to de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016; en relación al sexo presentó: Las conductas sobre salud bucal malo el más predominante fue el sexo masculino con 2,97%; las conductas sobre salud

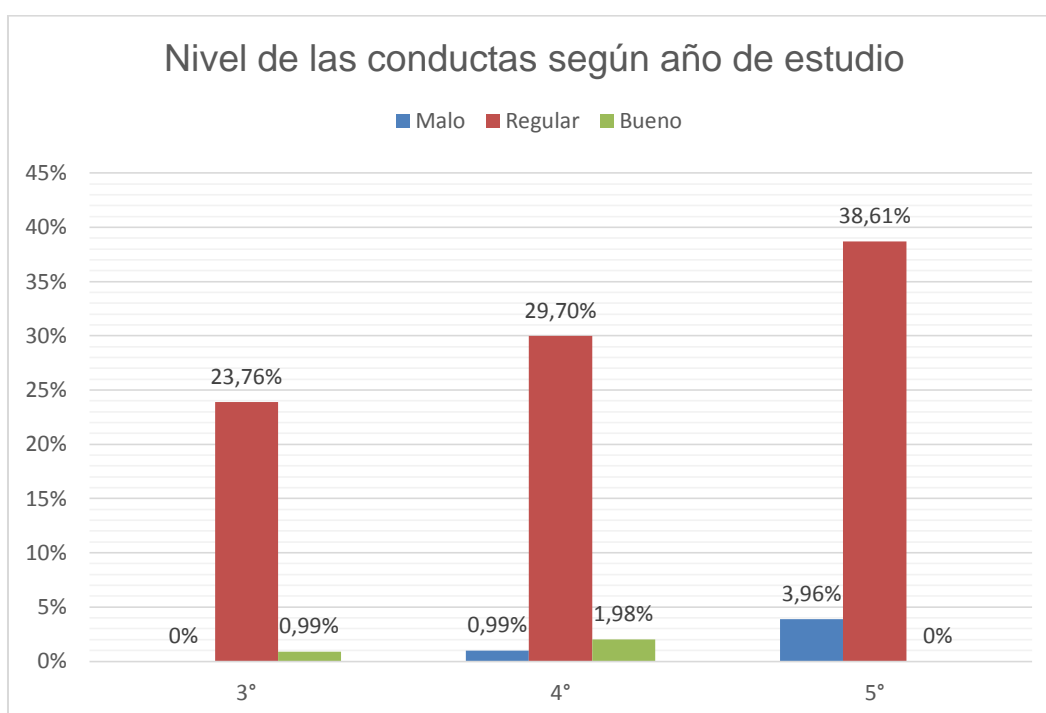
bucal regular con mayor predominio en el 40,59% en masculino y en femenino con un 51,49% de los estudiantes 3ro, 4to, 5to año de estudio. Las conductas sobre salud bucal bueno predomina el sexo femenino con 2,97% de los estudiantes 3ero, 4to, 5to año de estudio. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el nivel de las conductas entre ambos sexos ( $p=0,237$ ) cuando se evaluó en la prueba de chi cuadrado.



**Tabla N° 6:** Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundario 3ro, 4to, 5to de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos,2016. Según año de estudio

Nivel de las Conductas	3°		4°		5°		Valor de P
	n	%	n	%	n	%	
Malo	0	0	1	0,99	4	3,96	0,230
Regular	24	23,76	30	29,70	39	38,61	
Bueno	1	0,99	2	1,98	0	0	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>24,75</b>	<b>33</b>	<b>32,67</b>	<b>43</b>	<b>42,57</b>	

**Gráfico N° 6:** Nivel de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundario 3ro,4to,5to de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos,2016. Según año de estudio



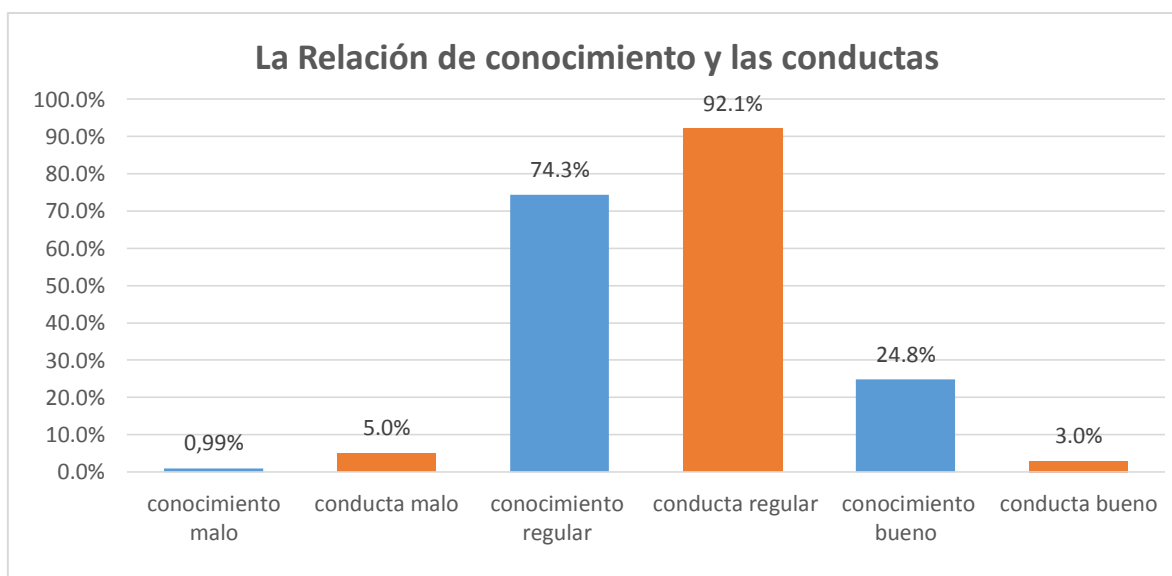
El nivel de las conductas sobre salud bucal según año de estudio en estudiantes de nivel secundaria 3to, 4to, 5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016. Se presentó de la siguiente manera: las

Conductas sobre salud bucal según año de estudio malo el más predominante fue el 3,96% en 5to año de estudio; las conductas sobre salud bucal según año de estudio regular es el que predominó en los tres grupos mencionados, se presentó en un 23,76% en 3er grado de estudio; el 29,70% en 4to año de estudio y el 38,61% en 5to año de estudio; y el nivel de las conductas sobre salud bucal bueno el más predominante presentó en el 1,98% en 4to año de estudio. No hubo diferencia estadísticamente significativa en el nivel de las conductas entre ambos sexos ( $p=0,230$ ) cuando se evaluó en la prueba de chi cuadrado.

**Tabla N°7:** Nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal comparando en estudiantes de nivel secundaria de 3to, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016.

	Nivel de conocimiento		Nivel de las conductas		Valor de P
	n	%	n	%	
Malo	1	0,99	5	4,95	0,027
Regular	75	74,26	93	92,08	
Bueno	25	24,75	3	2,97	
<b>Total</b>	101	100,0	101	100,0	

**Gráfico N°7:** Nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal comparando en estudiantes de nivel secundaria de 3to, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016.



El nivel de conocimiento y las conductas en estudiantes de nivel secundario 3ro, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016; se encontró de la siguiente manera: el nivel de conocimiento regular presenta con mayor predominio con 74,3%; de los estudiantes en los estudiantes de nivel

secundario 3ro, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016. En el nivel de las conductas regular presenta con mayor predominio con 92,1% de los estudiantes en los estudiantes de nivel secundario 3ro, 4to, 5to; de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, 2016. Relación entre ambas variables fue estadísticamente significativa  $p < 0,05$ .

## 4.2. Discusión

Se sabe que gran parte de la población padece de caries y diferentes enfermedades bucales, esto debido a la falta de concientización sobre la importancia de cuidar la salud bucal, ya que muchas veces es dejado de lado por priorizar otras necesidades, y esto se refleja en 90% de la población peruana que padecen estas enfermedades, donde la única manera de poder mantener la salud bucal, como en cualquier otro enfermedad es prevenirla en la edad temprana, el mayor beneficio de esto, es tener la oportunidad de interceptar o modificar los patrones de la conducta en los escolares, haciendo que los programas de promoción de salud bucal se realicen obligatoriamente en los centro e instituciones educativos, donde se cumpla con incluir al odontólogo para que realice programas educativos y preventivos para consolidar las medidas preventivas en escolares.

En el presente estudio se observó que la mayoría de los escolares de 3ro, 4to, 5to año de estudio se encontraron con el nivel de conocimiento 74,3% regular lo que difiere con el autor Maquera (3) que encontró un nivel de conocimiento 66,1% malo, además lo asocia significativamente con los hábitos de higiene oral influyentes en la salud bucal y en la investigación del autor Rodríguez (17) encontró un nivel de conocimiento bueno en los adolescentes de 7mo y 8vo grado porque existes campañas de salud bucal en los colegios de esa población a diferencia de los autores Cueto et al (9) que reportaron un estudio en niños de 12 años encontrando el nivel de conocimiento al 71,8% malo a falta de campañas de salud bucal y lo relacionó con el nivel socio económico.

En la investigación de los autores Sato et al (5) evaluaron a estudiantes de 1ro año de estudio y 5to año de estudio universitario relacionando con la salud oral y las conductas, encontrado significativamente mayor conocimiento en 5to año de estudio de estudiantes de odontología; coincide con el autor Dogan (6) que realizó un estudio de la diferencia de las actitudes y el comportamiento de salud bucal en estudiantes de odontología y estudiantes de enfermería. Los estudiantes de odontología presentaron mayor conocimiento y comportamiento de salud bucal.

En el presente estudio se observó que, si existe relación entre nivel de conocimiento y conducta de los escolares de 3ro, 4to, 5to año de estudio el cual coincide con castillo (1) donde aplicó el mismo cuestionario de recolección de datos en escolares de 12 a 14 años de edad y encontró que si hay relaciona entre nivel de conocimiento con nivel de las conductas en los escolares.

Este estudio existe resultados estadísticamente significativos a cuanto la cantidad a favor de género masculino, lo que difiere con el estudio de los autores Cueto *et al.* (11), que encontraron resultados estadísticamente significativos a favor del género femenino.

En este estudio se encontró que el nivel de conocimiento y las conductas están relacionadas considerablemente, lo que coincide con el estudio de los autores: Dumitrescu A. *et al.* (15) que no encontró diferencias considerables entre el nivel de conocimiento de salud dental y conductas.

## **5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **7.1. Conclusiones:**

1. Se determinó la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac – 2016; según sexo fue regular en femenino y masculino.
2. Se determinó la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac – 2016; según grado de estudio fue regular en los tres grupos.
3. Se determinó la relación de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac – 2016; según sexo fue regular en femenino y masculino.
4. Se determinó la relación de las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac – 2016; según grado de estudio fue regular en los tres grupos.

5. En la comparación de la relación del nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes 3ro, 4to, 5to de nivel secundaria de la Institución Educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay - Aymaraes - Apurímac – 2016; se relacionan significativamente.



## **5.2.- Recomendaciones:**

Según el estudio realizado se evidencia los resultados, conclusiones y se recomienda:

Incorporar la educación en salud bucal en los colegios, con la colaboración de los profesores y con los profesionales odontólogos exigir su control anual a cada alumno antes de cada matrícula.

Reforzar el tema de la prevención y hábitos saludables para la prevención de la caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusiones dentarias, dando charlas e incentivando a cada alumno.

Reforzar el tema de la importancia de prevención y hábitos saludables para la prevención de la caries dental, enfermedad periodontal y mal oclusiones dentarias, dando charlas e incentivando a cada padre de familia y a profesores de las instituciones educativas.

Que el (Ministerio de salud del Perú) MINSA promueve y comunique a la sociedad como prevenir las enfermedades bucales, juntando grupos de odontólogos a sectores de bajos y medianos recursos.

## REFERENCIAS

1. Foro de la Sociedad Civil en Salud. Pronunciamento por el derecho a la salud bucal en el Perú 2011. V Conferencia Nacional. 1. Visto en:  
[http://www.forosalud.org.pe/Pronunciamento Mesa de Salud Bucal.pdf](http://www.forosalud.org.pe/Pronunciamento_Mesa_de_Salud_Bucal.pdf)
2. Dirección general de salud. Perú Alta prevalencia de enfermedades odontoestomatológicas. Lima. Ministerio de salud.2012.
3. Castillo L. Nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en escolares de una institución educativa de 12 a 14 años sobre salud bucal preventiva para optar título de cirujano dentista. Piura – Perú, 2014.(tesis pregrado)
4. Maquera CR, Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal y los Hábitos de Higiene Oral en estudiantes de primer y segundo grado de Secundaria de las Instituciones Educativas Públicas del Distrito de Ciudad Nueva-Tacna, 2012. [Tesis pregrado]. Facultad de Odontología. UNJBG. 2013.
5. Sato M. et al. Effect of Dental Education on Peruvian Dental Students' Oral Health-Related Attitudes and Behavior. J Dent Educ. Sep 2013; 77(9): 1179–1184.

6. Doğan B. Differences in Oral Health Behavior and Attitudes between Dental and Nursing Students. Journal of Marmara University Institute of Health Sciences [serial on the Internet]. (2013, Mar), cited November 12, 2014, 3(1): 34-40. Available from: Academic Search Premier.
  
7. Jaramillo J, Jaramillo F, Kador I, Masuoka D, Liyue T, Komabayashi T, et al. A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University - Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental and civil engineering students in Colombia. Journal of Oral Science [serial on the Internet]. (2013 Mar), cited November 12, 2014; 55(1): 23-28. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.
  
8. Bosch RR, Rubio AM, García H.F, conocimientos sobre salud bucodental y evaluación de higiene oral antes y después de una intervención educativa en niños de 9-10 años. Av. Odontoestomatología, 2012; 28 (1): 17-23.
  
9. Sinem Y, Basak D. Self-Reported Dental Health Attitudes and Behaviour of Dental Students in Turkey. Eur J Dent. Jul 2011; 5(3): 253–259.

10. Ávila S, Nivel de conocimiento de la salud bucal en niños de 6 y 12 años de edad del colegio “José Olaya Balandra”, Distrito de Mala, 2009, Perú; publicado el 2011.
11. Cueto U, Soto P, Muñoz A. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre salud oral en niños de 12 años. Salud publica 2010; 14 (2-3): 363-371.
12. Santillán J. Nivel de conocimientos y las conductas sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud. Tesis para obtener el título de cirujano dentista. Universidad Mayor de San Marcos. Lima – Perú 2009. Citada 2012 octubre 20; Disponible en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?hl=es-419&q=cache:7Xuq4g5IAtsJ:http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/santillan\\_cj/pdf/santillan\\_cj-](http://webcache.googleusercontent.com/search?hl=es-419&q=cache:7Xuq4g5IAtsJ:http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/santillan_cj/pdf/santillan_cj-)
13. Dávila ME, Mujica GM. Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. Acta Odontológica Venezolana; 2008.
14. Evaristo CT, Pinto PH, Salas OS, Gallegos HJ. Educación odontológica en escolares de 7 - 9 años del colegio Andrés Rázuri del distrito San Martín de Porres. Odontological education in 7-9.

year old scholars of Andrés Bázuri School of San Martín de Porres district, Lima Peru 2007; 10(2): 21-23

15. Dumitrescu A, Kawamura M, Sasahara H. An Assessment of Oral Self-Care among Romanian Dental Students using the Hiroshima University -- Dental Behavioural Inventory. Oral Health & Preventive Dentistry [serial on the Internet]. (2007, Apr), [cited November 12, 2014; 5(2): 95-100. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.
  
16. Komabayashi T, Kawamura M, Kang-Ju K, Wright F, Declerck D, Centore L, et al. The hierarchical cluster analysis of oral health attitudes and behavioural using the Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) among final year dental students in 17 countries. International Dental Journal [serial on the Internet]. (2006, Oct), [cited November 12, 2014; 56(5): 310-316. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.
  
17. Rodríguez C. Conocimientos de Salud Bucal de Estudiantes de 7° y 8° Básico de la Ciudad de Santiago – Chile 2005. Citado 2015 disponible [http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/rodriguez\\_c/sources/rodriguez\\_c.pdf](http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/rodriguez_c/sources/rodriguez_c.pdf)

18. Organización Mundial de la Salud - Investigaciones de Salud Oral  
Básica: Métodos Básicos. Ginebra.1987
19. Organización Mundial de la Salud. Nota informativa N<sup>o</sup> 138. Centro  
de prensa. Febrero del 2007.
20. Edgar WM, Higham SM, Manning RH. Saliva Stimulation and  
Caries prevention. Adv Dent Res 8(2):239-245, July, 1994.
21. Loyo K. Actividad cariogénica y su relación con el flujo salival y la  
capacidad amortiguadora de la saliva. Acta Odontol Venez: 1999;  
37(3).
22. Edgar WM. Higham SM. Role of saliva in caries models. Adv Dent  
Res. 1995 Nov 9(3): 235-8.
23. Gutiérrez M. et al. Eficacia de una medida preventiva para el niño  
con riesgo cariogénico asociada a la estabilidad de pH salival.  
Odontol. Sanmarquina. 2007; 10 (1):25-27.
24. Sociedad Española Manual de Higiene Bucal España Editorial  
Panamericana 2009.
25. Ceccotti S, Carzoglio C, Luberti A, Flichman O. El diagnóstico en  
clínica estomatológica. Argentina. Medica panamericana. 2007.

26. Pucci F, Ramos Nazar MI, Ghione S. Programa prioritario de salud bucal. Montevideo: Editorial Random Mandadori; 1997.
27. Villa F, Fernandez M, Garcia A, Hernandez L, Lopez L, Alvarez C, Manual Del Técnico Superior en Higiene Bucodental.1ra Ed. España. Ediciones Mad.2005.
28. Castrejón Lozano, Sarita. Métodos de Higiene bucal. Disponible en <http://www.monografia.com/higiene-de-boca/higiene-deboca-2pdf>.
29. Nutrición y Salud Bucal. 2006-7 HealthPartners. Disponible en: <http://www.health-exchange.net/pdfdb/nutohSpa.pdf>.
30. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Language] (23<sup>rd</sup> ed.). Madrid. 2014.
31. Protocolos odontológicos y salud bucal. Capítulo I, Ecuador – Quito.2014
32. Inocente DM, Pachas BF, educación para la salud en odontología – Rev. Estomatol Herediana.2012 Oct- Di.22 (4):232-41.
33. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [www.promocion.salud.gob](http://www.promocion.salud.gob).

34. Vargas Umaña L, Villegas del Carpio O, Sánchez Monge A,  
Promoción, Prevención y Educación para la Salud, Kristin Holthuis.  
- 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

35. Rolando Escalante. Carta unidad modular Prevención de la  
enfermedad–  
[cendeisscosta.www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf](http://cendeisscosta.www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf).



## ANEXO N°1

### SOLICITUD DE CARTA DE PRESENTACIÓN DIRIGIDO A LA EAP DE ODONTOLOGIA

Fecha: 29/09/2016

Doctor:

Carlos Gálvez Ramírez

Director (e) EAP Odontología

Presente.-

De mi consideración.

La presente tiene como finalidad, solicitarle una carta de presentación dirigida al sr. Director Hermenegildo Contreras Espinoza, del colegio Benjamín Herencia Zevallos del distrito - Tintay – Aymaraes – Apurímac. Para desarrollar mi proyecto de investigación. " si existe Relación entre el nivel de conocimiento y conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundario de 3ero, 4to, 5to".

Agradezco antemano la atención a la presente.

Atentamente, Párraga Espinoza Blanca Nieves



## ANEXO N° 2

### CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA EAP DE ODONTOLOGIA



Lima, 29 de setiembre de 2016

CARTA N° 13-09- 613 -2016-DFCS-UPNW

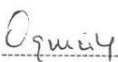

Señor  
**Hermenegildo Contreras Espinoza**  
Director del Colegio Benjamin Herencia Zevallos – Tintay Aymaraes  
Apurimac.-

*De mi consideración:*

*Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener y aprovechando la oportunidad le informo que la Srta. Blanca Nieves Párraga Espinoza, está ejecutando el proyecto de tesis titulado "Si existe relación entre el nivel de conocimiento y conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundario de 3ro., 4to. y 5TO.", para la obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista; motivo por el cual solicito a usted la autorización para facilitarle el ingreso a su digna institución y poder aplicar los instrumentos de investigación.*

*Agradecido por su gentil atención a lo solicitado le manifiesto mi especial estima y consideración personal.*

Atentamente,

  
-----  
 **Dr. Agustín Ramón Iza Stoll**  
Decano (e)  
Facultad de Ciencias de la Salud

## Anexo N° 3

# CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA INTITUCIÓN EDUCATIVA BENJAMIN HERENCIA ZEVALLOS, TINTAY – AYMARAES – APURIMAC.

## CARTA DE AUTORIZACIÓN



Lima, 29 de setiembre de 2016

CARTA N° 13-09- 613 -2016-DFCS-UPNW

Señor  
**Hermenegildo Contreras Espinoza**  
Director del Colegio Benjamin Herencia Zevallos – Tintay Aymaraes  
Apurimac.-

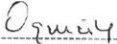


De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente a nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener y aprovechando la oportunidad le informo que la Srta. Blanca Nieves Párraga Espinoza, está ejecutando el proyecto de tesis titulado "Si existe relación entre el nivel de conocimiento y conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundario de 3ro., 4to. y 5TO.", para la obtención del Título Profesional de Cirujano Dentista; motivo por el cual solicito a usted la autorización para facilitarle el ingreso a su digna institución y poder aplicar los instrumentos de investigación.

Agradecido por su gentil atención a lo solicitado le manifiesto mi especial estima y consideración personal.

Atentamente,

  
Dr. Agustín Ramón Iza Stoll  
Decano (e)  
Facultad de Ciencias de la Salud



  
Prof. Hermenegildo Contreras Espinoza  
CM. 1042036310  
DIRECTOR  
T- 24-10-2016

ANEXO N° 4

**ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS ALUMNOS DEL COLEGIO B.H.Z,  
TINTAY, AYMARAES – APURIMAC, 2016**

**Buenos días Alumnos(a)**

Mi nombre es Blanca Nieves Párraga Espinoza, soy un estudiante de X ciclo de Odontología de la “Universidad Privada Norbert Wiener” me encuentro realizando el estudio titulado LA RELACIÓN DE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LAS CONDUCTAS SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA B.H.Z, DISTRITO DE TINTAY- AYMARAES- APURIMAC, octubre 2016 que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal.

Siendo Ud. un estudiante de la Institución Educativa B.H.Z, de Tintay – Aymaraes – Apurímac, lo invito a participar voluntaria mente a este estudio lo cual está conformado por un cuestionario simple de 20 preguntas; 10 preguntas de conocimiento y 10 preguntas de conductas sobre salud bucal.

La información obtenida será de carácter confidencial y no será usada para otro propósito fuera de este estudio, por favor sírvase a firmar lo siguiente:

Yo Liz Patty Contreras Contreras.....D.N.I. 70430252 acepto voluntariamente ser partícipe de este proyecto de investigación.

Firma: [Firma].....

Investigador (a): Blanca Nieves Párraga Espinoza, teléfono 990881708,

**ANEXO N° 5**

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES Y APODERADOS PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO "NIVEL DE RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA B.H.Z, DISTRITO DE TINTAY- AYMARAES- APURIMAC, 2016".

Yo, Juana Cárdenas Barreros he sido informado por la Sra. Blanca Nieves Párraga Espinoza, Bachiller de la escuela de odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener, que desarrolla un trabajo de investigación acerca de los conocimientos y conductas sobre higiene oral en los alumnos de la Institución Educativa B.H.Z, Tintay.

Es por ello que yo:

1. Consiento libre y voluntariamente que mi menor hijo(a) de nombre: -----  
Liz Pally Cambiasso Cardenas pueda participar en el estudio.  
Autorizando la aplicación de la encuesta.
2. Acepto que tenga acceso a mi identidad de mi menor hijo(a), la que no será revelada y se mantendrá en el anonimato.
3. Permito que utilice la información y que la utilice con el fin que postula en su investigación.
4. He sido informado que puedo retirar la colaboración de mi hijo(a) en cualquier momento sea previo o durante la entrevista.

Firma: Juana Cárdenas  
DNI: 31349536  
Tintay, octubre del 2016

## ANEXO N° 6

ENCUESTA DE LA UNIVERSIDAD DE HIROSHIMA SOBRE CONDUCTA Y CONOCIMIENTOS DE  
SALUD BUCAL (HU-DBI) TRADUCIDA AL ESPAÑOL Y MODIFICADA

GRADO DE ESTUDIO (AÑO DE ESTUDIO) DE NIVEL SECUNDARIA \_\_\_\_ Género: M\_\_ F\_\_

MARCAR CON UNA EQUIS (X), SEGÚN SU OPINIÓN

### CONOCIMIENTO:

P1	Es muy necesario ir al dentista	No	Si
P2	Las encías tienden a sangrar cuando se cepillan los dientes	No	Si
P3	Ignoro los motivos del cambio del tono del color de los dientes	No	Si
P4	Las masas que quedan pegadas a los dientes sucios se denominan "placas blanquecinas"	No	Si
P5	Es imposible y no se puede evitar usar prótesis al ser anciano	No	Si
P6	No se conoce a qué se deba la alteración del color de las encías	No	Si
P7	Los dientes no van a mejorar a pesar de cepillarlos diariamente	No	Si
P8	Cepillarse sin usar pasta dental da los mismos resultados que con dentífrico	No	Si
P9	Mucha gente tiene mal aliento, hay causas precisas del origen	No	Si
P10	Es imposible prevenir problemas de encías solamente cepillándose, se necesita utilizar hilo dental y colutorio entre otros.	No	Si

TOTAL:

### CONDUCTA:

P1	Uso un cepillo muy pequeño	No	Si
P2	Cepillo cuidadosamente diente por diente	No	Si
P3	He recibido la enseñanza profesional de cepillado de dientes	No	Si
P4	Normalmente me miro al espejo los dientes después de cepillarlos	No	Si
P5	Sólo el dolor de diente me hace ir al dentista	No	Si
P6	He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo	No	Si
P7	Uso cepillos con cerdas duras	No	Si
P8	Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	No	Si
P9	No uso mucho tiempo para cepillarme los dientes	No	Si
P10	He oído decir a mi dentista que me cepillo bien	No	Si

TOTAL:

## ANEXO N° 7

### CONOCIMIENTO

P1	Es muy necesario ir al dentista		Si
P2	Las encías tienden a sangrar cuando se cepillan los dientes	No	
P3	Ignoro los motivos del cambio del tono del color de los dientes	No	
P4	Las masas que quedan pegadas a los dientes sucios se denominan "placas blanquecinas"	No	
P5	Es imposible y no se puede evitar usar prótesis al ser anciano	No	
P6	No se conoce a qué se deba la alteración del color de las encías	No	
P7	Los dientes no van a mejorar a pesar de cepillarlos diariamente	No	
P8	Cepillarse sin usar pasta dental da los mismos resultados que con dentífrico	No	
P9	Mucha gente tiene mal aliento, hay causas precisas del origen		Si
P10	Es imposible prevenir problemas de encías solamente cepillándose, se necesita utilizar hilo dental y colutorio entre otros.		Si

### CONDUCTAS

P1	Uso un cepillo muy pequeño	No	
P2	Cepillo cuidadosamente diente por diente		Si
P3	He recibido la enseñanza profesional de cepillado de dientes		Si
P4	Normalmente me miro al espejo los dientes después de cepillarlos		Si
P5	Sólo el dolor de diente me hace ir al dentista	No	
P6	He usado algo que tiñe mis dientes para ver cómo me los cepillo		Si
P7	Uso cepillos con cerdas duras	No	
P8	Siento limpios mis dientes sólo si es que los cepillo enérgicamente	No	
P9	No uso mucho tiempo para cepillarme los dientes	No	
P10	He oído decir a mi dentista que me cepillo bien		Si

**CON EL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA B.H.Z, UNOS  
MINUTOS ANTES DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS ALUMNOS CON EL  
LLENADO DEL CUESTIONARIO**





## RECOGIENDO EL CUESTIONARIO



**DESPUÉS DE RECOLECTAR LOS DATOS CON EL DIRECTOR DEL  
COLEGIO**



**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

“LA RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y CONDUCTAS SOBRE SALUD BUCAL EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIA DE 3RO, 4TO, 5TO; DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA BENJAMIN. HERENCIA. ZEVALLOS, DISTRITO DE TINTAY-AYMARAES- APURIMAC, 2016”

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
Problema principal: nivel de conocimiento y conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la institución educativa Benjamín. Herencia. Zevallos, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac, 2016?	Objetivo General: Determinar la relación del nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac, 2016	Hipótesis principal: Existe relación directa entre el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la institución educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes - Apurímac, 2016	Estudio de tipo: Observacional, Prospectivo, Transversal,  Nivel: Relacional	1. Nivel de conocimiento en relación al sexo predominante fue el nivel regular en ambos sexos; femenino con 34,65% y masculino de 39,60%.	1.-Se determinó el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ero, 4to, 5to; de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac - 2016 según sexo se encontró regular en el sexo masculino y femenino.
<b>Problemas secundarios:</b>	<b>Objetivos específicos:</b>	<b>Hipótesis secundarias:</b>	<b>Población y Muestra:</b>		
1.- Existe relación entre el nivel de conocimiento y conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la institución educativa Benjamín Herencia Zevallos, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac, 2016?	1. nivel de conocimiento sobre higiene oral en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac – 2016; según grado de estudio.-	1.- La relación entre el nivel de conocimiento y conducta sobre higiene oral en estudiantes de nivel secundaria de la Institución Educativa.	La población estuvo formada por 101 alumnos de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac – 2016.	2.-Nivel de conocimiento según año de estudio 3ero, 4to, 5to presento regular, predominando 5º año de estudio con 42,7% de alumnos, el 32,67% se encontró regular.	2.- Se determinó la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac - 2016, según año de estudio 3ero, 4to, 5to se encontró regular.
2.- ¿Conductas y conocimiento sobre higiene oral en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac – 2016, es aceptable?	2.- nivel de conocimiento sobre higiene oral en estudiantes de nivel secundaria de 3ro, 4to, 5to; de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac – 2016; según sexo.	2.- La relación entre el nivel de conocimiento y conducta sobre higiene oral en estudiantes de nivel secundaria de la Institución Educativa.	La muestra según los criterios de inclusión estuvo conformada por 101 alumnos de nivel secundaria de la Institución Educativa Integrado	3.-Nivel de las conductas se presentó regular en ambos sexos, predominando el sexo femenino un total de 57 alumnas con 51,49% regular.	3.- Se determinó las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac - 2016 según sexo se encontró regular en masculino y femenino.
	3.-.Determinar las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac, 2016; según sexo.			4.-Presentó regular según año de estudio 3ro,4to ,5to, predominando 5to año con 38,61% regular.	4.- Se determinó las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac – 2016 según año de estudio 3ero, 4to, 5to se encontró regular.
	4.- Determinar las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac, 2016; según año de estudio.			5.- Se encontró relación directa entre ambos variables estadísticamente significativa, valor P 0,027 predominando las conductas mediante el programa chi cuadrado.	5.- En la comparación el nivel de conocimiento y las conductas sobre salud bucal en estudiantes de nivel secundaria 3ro, 4to, 5to de la Institución Educativa B.H.Z, Distrito de Tintay – Aymaraes – Apurímac – 2016 se relacionan significativamente.