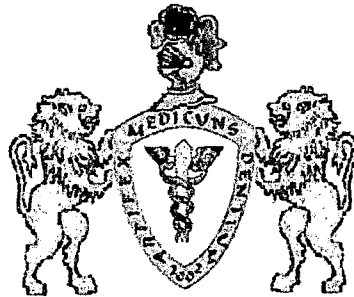


UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P: ODONTOLOGIA



**RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL Y LA CONDICIÓN
SOCIOECONOMICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
A-CLAS PILLCO MARCA, HUÁNUCO- 2015**

TESISTA:

DIAZ RUIZ JUAN JOSE

ISUIZA ALMEIDA GRECIA A.

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

ASESOR

CD. VICTOR, AZAÑEDO RAMIREZ.

HUANUCO – 2015

DEDICATORIA

A DIOS, porque me guía en mi camino a seguir y a pesar de las piedras que puso en mi vida siempre me ha dado las fuerzas para continuar adelante con ánimo y perseverancia.

A MIS PADRES, aquellas personas tan queridas que a pesar de la distancia me dieron toda su fuerza para continuar y seguir adelante con los estudios gracias por la confianza y apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Al CD. VICTO ABRAHAM AZAÑEDO RAMIREZ, por su asesoría y sus consejos en el presente trabajo de investigación. Gracias por enseñarme que cuando uno se esfuerza se puede lograr todo lo que se desea.

Al Mg. ABNER FONSECA LIVIAS, por su asesoría en todo el transcurso de elaboración del presente trabajo de investigación, aspectos metodológicos y estadísticos, gracias por sus consejos y correcciones.

A los todos los Doctores que revisaron mi trabajo de investigación y me apoyaron con sus consejos y puntos de vista.

A la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco porque me acogió como un miembro más de la Familia Odontológica, miembros que siempre buscan crecer en todos los ámbitos personal, cultural y espiritual.

A mi Alma Mater la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco, que me brindó la oportunidad de estudiar en sus aulas y adquirir nuevos conocimientos.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica de pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO-MARCA- HUANUCO 2015. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La investigación es de nivel relacional, explicativo, de tipo aplicativo, prospectivo y a la vez transversal. Se entrevistaron a 150 pacientes que acudieron al A-CLAS PILLCO-MARCA- HUANUCO.

RESULTADOS: Los resultados aceptan la hipótesis de investigación general (Hi) “Existe relación entre la condición socioeconómica con el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca”. Sometida al estadístico χ^2 ($p < 0.05$); Donde Del 100.0% (150) de la muestra estudiada, de los que poseen mal nivel de conocimientos, el 73.3% (77) son de condición socioeconómica baja; el 18.1% (19) de pacientes son de condición socioeconómica media, y el 8.6%(9) son de muy baja condición socioeconómica. De los pacientes con buen nivel de conocimiento, el 51.1% (23) son de baja condición socioeconómica; el 35.6% (16) de pacientes son condición socioeconómica media; el 8.9% (4) tienen condición socioeconómica medio alto y el 4.4% (2) son de condición socioeconómica muy baja. **CONCLUSIÓN:** Existe relación entre la condición socioeconómica con el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca 2015.

Palabras Clave: Nivel de conocimiento, Prevención en salud bucal, Condición socioeconómica.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the relationship between the level of knowledge about prevention in oral health and socioeconomic status of patients attending the A-CLAS pillco-marked HUANUCO 2015. **MATERIALS AND METHODS:** The research is relational, explanatory level, type of application Prospective cross yet. We interviewed 150 patients attending the A-CLAS HUANUCO pillco-marked.

RESULTS: Results accept the general research hypothesis (Hi) "There is a relationship between socioeconomic status with the level of knowledge about prevention in oral health of patients attending the A-CLAS Pillcomarca". Subject to statistical chi 2 ($P < 0.05$); Where the 100.0% (150) of the sample studied, those with poor level of knowledge, 73.3% (77) are of low socioeconomic status; 18.1% (19) of patients are middle socioeconomic status, and 8.6% (9) are very low socioeconomic status. Patients with good knowledge, 51.1% (23) are of low socioeconomic status; 35.6% (16) of patients are middle socioeconomic status; 8.9% (4) have higher average socioeconomic status and 4.4% (2) are of very low socioeconomic status.

CONCLUSION: There is a relationship between socioeconomic status with the level of knowledge about prevention in oral health of patients attending the A-CLAS Pillcomarca 2015.

Keywords: Level of knowledge, prevention in oral health, socioeconomic status

ÍNDICE

	Pag.
RESUMEN	2
SUMMARY	3
INTRODUCCION	6
CAPITULO I	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Origen y definición del problema	7
1.2 Formulación del problema	8
1.3 Objetivos: Generales y Específicos	8
1.4 Justificación e importancia	10
1.5 Limitaciones	11
CAPITULO II	
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de estudios realizados	12
2.2 Marco referencial	15
2.3 Definición de términos básicos	33
2.5 Sistema de Variables	34
2.4 Hipótesis: Objetivos Generales y Específicas	35
2.6 Definición Operacional de Variables, Dimensiones e Indicadores	37

CAPITULO III

III. MARCO METOLÓGICO	
3.1 Nivel y Tipo de investigación	42
3.2 Diseño de la Investigación	42
3.3 Determinación del Universo / Población	42
3.4 Selección de la Muestra	43
3.5 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos.	44
3.6 Procesamiento, análisis y presentación de datos.	46
IV ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	
4.1 Recursos humanos	46
4.2 Recursos materiales	
4.3 Recursos financieros	
4.4 Cronograma de Actividades	
V. ASPECTOS ÉTICOS	48
RESULTADOS	49
CONCLUSIONES	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	87

INTRODUCCIÓN

La situación socioeconómica en el Perú se mide en base a su nivel e índice de pobreza, condición por el cual todo ciudadano peruano no debe ser ajeno al acceso a los servicios de salud y sobre todo al cuidado de nuestra salud bucal.

En la actualidad el MINSA cuenta con programas de prevención y promoción de la salud bucal pero estas no se ven reflejadas en la realidad de población que muchas veces no tiene conocimiento necesario acerca de los cuidados en salud bucal y mucho menos de la existencia de estos programas.

La odontología preventiva es la actitud que comprende el cambio en la escala de valores cuyo valor más alto es el mantenimiento de la salud bucal. Se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaura la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal".²⁷

La única posibilidad de mantener la salud bucal, es prevenir la enfermedad de forma precoz, antes que la enfermedad se instale, con el fin de que asuman la auto responsabilidad que les concierne en el mantenimiento de su estado de salud.^{(20)^{3, 4}}

Es por eso que es necesario que los pobladores del distrito de Pillcomarca que acuden al A-CLAS de Pillcomarca sean capacitados y concientizados sobre la importancia de la salud bucal y general para que así transmitan sus conocimientos a cada integrante de su familia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Origen y definición del problema

La salud dental es, pues, un problema social, donde inciden factores como la nutrición, las condiciones de la vivienda, tener agua potable, el trabajo del grupo familiar, el nivel educacional, servicios de salud, accesibles entre otros factores. Todo esto da lugar a diferencias sociales que índice en el proceso de salud enfermedad y en la morbilidad de la población. ⁽²⁶⁾

La educación para la salud debe ser considerada como el pilar donde se sustenta todo programa asistencial a futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes. ⁽²⁷⁾

En México, como en otros países latinoamericanos, se le considera como un problema de salud pública bucal debido a su alta prevalencia e incidencia, además de concentrarse en poblaciones con desventaja socioeconómica, lo cual es una barrera para su atención clínica cuando ya está establecida.

Otras variables sociodemográficas y socioeconómicas parecen ser factores importantes para la presencia de caries, como el nivel socioeconómico, la ocupación de los padres, el sexo, la edad entre otras ^{26-14,22,28}

El nivel socioeconómico no es una característica física y fácilmente informable sino que se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, cuya definición varía según países y momentos históricos. Así lo demuestran las muchas conceptualizaciones sobre “niveles socioeconómicos”, entre ellas citamos: The new Dictionary of Cultural Literacy, Third Edition, 2002, lo refiere como la posición de un individuo /hogar dentro de la estructura social jerárquica. La National for Educational Statistics, la define como una medida de la posición relativa económica y social de una persona/hogar. Así también, la Center for Research of Education, Diversity and Excellence, la presenta como una medida de lugar social de una persona dentro de un grupo social, basado en varios factores, incluyendo el ingreso y la educación.

Desde hace varios años, diversos estudios han documentado con evidencias, la relación entre el nivel socioeconómico y el estado de salud, tanto en países y regiones, como en familias y personas. Así por ejemplo hay evidencias que demuestran que las naciones desarrolladas tienen una esperanza de vida 25 años mayor que las más pobres, o que en América Latina la esperanza de vida al nacer en los países de mayores ingresos supera en diez años a los de menores ingresos.

El presente estudio se realizara en el centro de salud A-CLAS PILCO MARCA durante el mes de junio 2015 a todos los pacientes que acuden a dicha institución, las cuales en su mayoría pertenecen a la población de PILLCO MARCA.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica de pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA, HUANUCO -2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica de pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO-MARCA- HUANUCO 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de instrucción de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.
- Identificar el sexo de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.
- Identificar la edad de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015
- Identificar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.
- Determinar la condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA-HUANUCO 2015.
- Analizar la relación entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.
- Analizar la relación entre el sexo y el nivel de conocimiento de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.
- Analizar la relación entre la edad y el nivel de conocimiento de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.
- Analizar la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica de pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO-MARCA- HUANUCO 2015.

JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

La ejecución del proyecto es muy necesaria, debido a que no existen estadísticas confiables en esta población para poder modificar la problemática existente con bases reales y tener parámetros para evaluar el conocimiento sobre prevención en salud bucal, lo que nos permitirá dar a conocer y hacer entender a las autoridades del distrito de PILLCO MARCA y al gerente del A-CLAS de dicho distrito, sobre la problemática del conocimiento de la población, y poder determinar la relación con la condición socioeconómica. La investigación ayudara a los pobladores del distrito de Pillco Marca a tomar conciencia de lo importante que es tener los conocimientos adecuados sobre salud bucal, para así tener los cuidados necesarios y prevenir la aparición de enfermedades que condicionen el estado de nuestra salud bucal y así poder mostrar una sonrisa saludable ante la sociedad ya que la condición socioeconómica no debería ser determinante para poder contar con una buena salud bucal.

FINALIDAD

La finalidad del presente trabajo de investigación es evaluar el conocimiento sobre prevención en salud bucal y relacionarlo con la condición socioeconómica, ya que muchas veces debido a la falta de economía en los hogares del distrito así como de la falta de conocimiento sobre cómo cuidar nuestros dientes y el acceso de los mismos a los servicios de salud en el área de odontología son escasos y muchas veces ajena hacia cierto sector de la población.

LIMITACIONES

Una de las limitaciones es la inaccesibilidad a los pacientes, por el tiempo y/o cooperación de ellos. No encontramos limitaciones en cuanto al lugar para el siguiente estudio, puesto que lo realizaremos en el centro de salud A-CLAS PILLCO MARCA, donde realizamos nuestras prácticas pre-profesionales así que los Doctores y el jefe del centro de salud nos brindaran las facilidades para poder ejecutar el proyecto de investigación.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Internacionales

Victor Revello, Macarena Isler (2010): Este estudio descriptivo, tuvo por objetivo determinar el nivel de conocimiento de salud bucal de funcionarios apoderados de jardines junji e integra, según su participación en talleres educativos del programa durante 2010, para lo cual se realizó un test tipo encuesta autoaplicada. Se obtuvo una muestra de 558 encuestas validas (261 funcionarios y 297 apoderados). **Resultados:** 56% de los funcionarios y un 22,8% de los apoderados encuestados declaro haber participado en los talleres de salud bucal realizados en los jardines infantiles. Los funcionarios y apoderados capacitados en los talleres educativos presentaron un mayor porcentaje de aprobación del test de conocimientos en salud bucal respecto que sus pares no capacitados. **conclusión:** La capacitación mediante talleres educativos en salud bucal mejora sustancialmente los conocimientos en funcionarios y apoderados. Con ello, aportando a los objetivos del programa de promoción y prevención en salud bucal para preescolares. ⁽³⁶⁾

Teixeira González, Pablo y cols (2010): el artículo en revisión tiene como; **Objetivo:** Describir el nivel de conocimiento de las madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años que asisten al Hospital Materno Infantil San Pablo Paraguay en el año 2010. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. La población consta de 102 madres de bebés de 0 a 3 años que acudieron al Hospital Materno Infantil de San Pablo. **Resultados:** La mayoría de las madres encuestadas (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor. **Conclusión:** El conocimiento de las madres sobre los cuidados buco dentales de sus niños es bajo, por lo que se hace necesario impartir educación acerca de los mismos, tanto a las madres como a los profesionales de salud. ⁽³²⁾

Laricchia S. Roberto, Laricchia T. Silvia (2012): La presente investigación tuvo como propósito, establecer la relación entre el nivel socioeconómico con el componente salud bucal en pacientes de la Unidad de Atención Médico Odontológica Especializada. Metodológicamente, se trató de un estudio descriptivo, correlacional, no experimental y transeccional. La población fue de 238 pacientes adultos mayores y para la muestra, se seleccionaron 71 de ellos de ambos géneros 33 hombres (a partir de los 60 años de edad) y 38 mujeres (a partir de los 55 años de edad). Se utilizaron como instrumentos un cuestionario para medir la variable nivel socioeconómico y un registro de observación para establecer las condiciones del componente de salud bucal. Los resultados evidenciaron que no hubo relación directa entre las variables estudiadas. A pesar de las diversas referencias que indican relación entre el nivel socioeconómico y la salud del componente bucal, se concluye que, entre los adultos mayores, la necesidad protésica y el tipo de prótesis requeridas (componente de salud bucal) no están en relación con el grado de instrucción, el nivel de actividad laboral, ingreso y situación de jubilación (condición socioeconómica).⁽²⁰⁾

Nacionales

NOLASCO GUERRA KARLA MILENA (2010) .El presente trabajo de investigación es cualitativo, de nivel aplicativo, de tipo observacional y descriptivo; que tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en los docentes de la I.E. N°88037 “Antenor Sánchez”, del Distrito de Chimbote de la Provincia del Santa, durante el año 2010, para la cual se aplicó una encuesta a los 21 docentes de dicha institución.

El nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de experiencia, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo.

En general, sobre prevención en salud Bucal el 100% mostró un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas del 100% de encuestados obtuvimos un 71% en un nivel bueno y un 29% en un nivel regular; sobre el conocimiento sobre enfermedades bucales del 100% de encuestados obtuvimos un 57% en un nivel regular, un 19% en un nivel malo y un 24% en un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental del 100% de encuestados obtuvimos un 29% en un nivel regular ,en un nivel malo71% y en un nivel bueno un 0 %. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, sexo. Se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento y el tiempo de experiencia. ⁽²⁵⁾

Locales

Ruben limaylla Cecilio, Chein Villacapa Sylvia (2008): Un presente estudio tuvo el objetivo de determinar la prevalencia y severidad de caries, CPO-D y relación de los factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento a nivel de salud oral en una población escolar adolescente; se encuestó y evaluó una muestra de 212 mujeres de entre 12 y 17 años con dentición permanente de la Institución Educativa Secundaria Nuestra Señora de las Mercedes en octubre del 2008, en Huánuco, Perú. Se encontró una prevalencia de caries de 85,8 %, un CPO–D de 4.0, según la severidad de caries, la clase leve fue mayor (36,3%); fueron significativos los factores edad, número de personas por hogar, responsable del sustento familiar, frecuencia de cepillado, consumo de productos cariogénicos, atención odontológica, tipo de servicio odontológico. Se concluyó que la prevalencia de caries fue alta; el CPO–D es moderado y la severidad y prevalencia de caries se incrementa con el aumento de la edad, incremento del número de personas por hogar, el tipo y cantidad de responsables del sustento familiar, menor frecuencia de cepillado, aumento del consumo de productos cariogénicos, el no uso de la atención odontológica y con el no uso de los tipos servicios odontológicos ⁽²⁹⁾

2.1 MARCO REFERENCIAL

CONCEPTOS DE SALUD ENFERMEDAD

SALUD

Según la OMS se puede definir como *"el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo como la ausencia de enfermedad o invalidez"*.

SALUD BUCAL

La salud bucal es el resultado de la interacción de los factores biológicos, económicos sociales y culturales que permiten una mayor permanencia de los dientes en el ser humano y a la vez propicie una actitud preventiva, nutritiva, higiénica y con armonía fisiológica que sustente una mejor función con los órganos relacionados en la digestión. ⁽³⁶⁾

ENFERMEDAD

La enfermedad es el estado que afecta el buen funcionamiento físico o mental de un individuo y perturba su bienestar. Es decir, se pierde el equilibrio dinámico que conserva la composición, la función y la estructura del organismo. ⁽³⁶⁾

La Salud Bucal de la población peruana se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectaban a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas. En el ámbito nacional, más del 95% de los peruanos presentan caries dental, de enfermedad Periodontal 85% y maloclusiones 80%. De manera similar los dientes son afectados por las caries desde muy temprano en la vida; por ejemplo, a los 12 años de edad el Índice de Dientes Cariados, Perdidos u Obturados en Dentición Permanente y Primaria (CPOD o CEOD) es de aproximadamente, lo que nos muestra que el Perú no solo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que luego van incrementándose.

paulatinamente, conforme aumenta la edad, de tal manera que cuando se es adulto, se está parcial o totalmente desdentado.

Esta realidad revela la necesidad de promover cambios trascendentales en la odontología que generen una nueva orientación, y formulación de estrategias y desarrollo de actividades acorde a las necesidades de la población. ⁽³⁶⁾

Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentales, pero las de mayor prevalencia son: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares. La mayoría de los estudios miden la morbilidad bucal a través de los índices de caries dental. ⁽³³⁾

Unos de los índices más utilizados a nivel mundial son el CPOD y el CEOD. Ambos miden el promedio de piezas cariadas, obturadas y/o perdidas por caries, en dentición permanente y temporal respectivamente. ⁽³⁶⁾

La OMS ha asignado cinco niveles de riesgo según los valores de estos índices.

- Muy bajo: 0 - 1,1
- Bajo: 1,2 - 2,6
- Moderado: 2,7 - 4,4
- Alto: 4,5 - 6,5
- Muy alto: mayor a 6,8

Otros países en vías de desarrollo muestran valores que distan bastante de esta realidad. Países como Bolivia (1995), Costa Rica (1988) y Honduras (1997), muestran valores de CPOD, considerados por la OMS como de mayor riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional a la salud bucal, reorientando sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas de salud. ⁽³⁶⁾

Educación: La educación se entiende como un proceso que sintetiza dos actividades: la enseñanza y el aprendizaje. La enseñanza se define como la acción de un

agente educador sobre los educandos, que puede ser programada o no, pretende transformar al alumno a partir de la capacitación. ⁽³⁶⁾

La educación es una práctica en la que agentes especializados (educadores) realizan una labor sobre una materia prima (alumnos) con instrumentos adecuados, con el objetivo de que los sujetos de la educación, generalmente niños y adolescentes, se adapten a una determinada sociedad. Esta educación produce dos efectos en el alumno: la capacitación y la formación.

Se entiende por capacitación, a la adquisición por parte del estudiante de conceptos, procedimientos, información, etc., que facilitan un mejor desempeño en una actividad determinada. La formación implica la adquisición de actitudes, normas, valores y un código ético y moral. La adquisición de una actitud: ver la realidad de una manera socialmente aceptada, que posibilita al alumno a adaptarse a las normas que tiene la sociedad.

De la práctica educativa surge esa transformación que se advierte como una capacitación y una formación cuya finalidad es posibilitar dicha adaptación, educar es el arte de crear o reafirmar una conducta deseada. La educación logra su objetivo cuando se produce un cambio de actitud o hábito del educando, o cuando el conocimiento o información se traducen en la práctica rutinaria y efectiva de ciertas acciones.

La Declaración Mundial sobre Educación para Todos establece que su propósito principal es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. En el artículo 1º manifiesta que cada persona, niño, joven o adulto, deberá estar en condiciones de beneficiarse de las oportunidades educacionales, ofrecidas para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje.

El concepto de educación ha sido aplicado a las actividades del hombre desde el comienzo de la humanidad, pero donde primero se aplicó, sin lugar a dudas, fue en la transmisión de generación en generación de los valores culturales y medicina tradicional de las primeras agrupaciones de seres humanos. ⁽³³⁾

En la actualidad, nos encontramos en la fase de la promoción en salud iniciada en 1975 y llamada también "La segunda revolución epidemiológica". Según Greene el concepto de promoción en salud es: "Cualquier combinación de educación para la salud con los correspondiente apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud".⁽³⁶⁾

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".

En la escuela andaluza de Salud Pública la promoción en salud se definió como la "Estrategia racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de carácter complementario e integral, que reivindica como responsabilidad social (y del Estado) la provisión de cuidados individuales y comunitarios". Enfatiza en los proveedores de la salud las categorías familia, grupo, infraestructura social y otras supraestructuras públicas o privadas. El acento está en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud.

La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS la define como "Proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud". La Promoción de la Salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social.

La promoción en salud es un medio de conseguir lá¹⁸ salud para todos, es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social. De esta manera la promoción en salud depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, por lo tanto, la educaciónn para la salud constituye su componente operativo esencial.⁽³⁶⁾

Educación para la Salud, es el proceso educativo (enseñanza aprendizaje) por el cual los individuos y colectividad aprenden a mejorar, a proteger o a recuperar su salud. En el presente, la Educación para la Salud se focaliza en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influido por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países. Esto, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud. Se requiere concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones que participan en el proceso de adopción de los comportamientos característicos de determinados estilos de vida: la familia, la escuela y eventualmente los lugares de trabajo. ⁽³⁶⁾

Otra ventaja de la escuela es ser una de las instituciones más adecuadas para llevar a cabo programas focalizados en el mejoramiento integral de los estilos de vida, ya que congrega permanentemente al mayor número de personas. A través de ella se puede alcanzar al niño, a sus profesores y padres; los profesores son las personas más idóneas para educar y, finalmente, es más probable lograr cambios de conducta si la educación se inicia a temprana edad y se lleva a cabo en forma permanente y sistemática a lo largo de la niñez.

El comportamiento humano en salud es complejo, no siempre comprensible y las conductas en salud son motivadas por estímulos externos provenientes del medio que rodea al sujeto. La respuesta a estos estímulos puede o no estar directamente relacionada con la salud. La motivación que influye las conductas en salud puede no estar directamente relacionada con ellas. ⁽³⁶⁾

La motivación hacia las conductas favorables, es un proceso dinámico; puede reflejar las etapas que el individuo ha alcanzado en la adopción y desarrollo de una conducta en particular. Cuando se aplican teorías del comportamiento individual a situaciones de salud, el nivel de riesgo de contraer una enfermedad o discapacidad involucrado es, a menudo, el factor clave para determinar la respuesta del individuo enfrentado a una toma de decisión con relación a conductas conducentes a la salud. ⁽³⁶⁾

Aunque no existe una fórmula exacta, la probabilidad de que los individuos adopten conductas que fomenten la salud sobre conductas desfavorables o riesgosas, es una función del nivel de conocimientos, de las actitudes y las destrezas que la persona posea en relación con el riesgo. ⁽³⁶⁾

Factores que influyen en las conductas en salud:

El conocimiento. En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada.

Fases entre el conocimiento y la conducta. De lo anterior se desprende que:

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.

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

Actitudes, valores, creencias y conductas. Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud. ⁽³⁶⁾

Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad. Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.

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

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud. ⁽³⁶⁾

ENFERMEDADES BUCALES

PLACA BACTERIANA

La placa bacteriana es una película que se presenta como una masa blanda adherente al diente, está compuesta por colonias de bacterias, se forma por la mala higiene bucal y puede provocar caries dental, enfermedad periodontal y la formación de cálculo dental, también se puede adherir a la encía, lengua y otras superficies como prótesis. ⁽³⁶⁾

La placa dentobacteriana puede ser eliminada con una técnica de cepillado adecuada.

CARIES DENTAL

La caries dental es un proceso patológico de etiología multifactorial (huésped, bacterias, carbohidratos y tiempo); es transmisible, se inicia tras la erupción dental y afecta tejidos calcificados de los dientes, resulta como consecuencia de la acción de los ácidos que proceden de la fermentación bacteriana de los hidratos de carbono provocando así una disolución de las estructuras inorgánicas de las superficies

dentales, produce un reblandecimiento del tejido duro del diente hasta lograr la desintegración de la matriz orgánica, evolucionando hacia la formación de una cavidad, si no es tratada a tiempo puede ocasionar la pérdida de la pieza dental.

La caries es una de las enfermedades crónicas que más afecta a la humanidad, afecta a más de 90% de la población mundial. Epidemiológicamente, la caries ataca de forma periódica, presenta intervalos de exacerbación y remisión, que son más intensos de 5 a 12 años porque en estas edades se producen las erupciones de los dientes permanentes y los dientes con erupción parcial acumulan placa bacteriana 5 a 10 veces más que los dientes que ya erupcionarán por completo. Un control periódico y medidas preventivas son muy importantes en este período de la vida, pues estas piezas dentarias recién erupcionadas son sumamente vulnerables.

Según estudios realizados en Venezuela la prevalencia de la caries dental es de un 60% entre los 10 y 12 años y tiende a un aumento. Además afirma que la enfermedad puede ser reducida por medio de medidas preventivas y de la promoción de la salud.

Por ser una enfermedad se deben presentar varios factores para que se produzca la enfermedad. Generalmente, las investigaciones relacionan la enfermedad con cuatro factores que son el huésped, la dieta, el tiempo y los microorganismos.

FACTORES CAUSANTES

Huésped:

La composición de la superficie dentaria, su posición en el arco y su localización influye en la mayor o menor retención de placa dental en los dientes.

Los dientes ubicados en la zona posterior, son más vulnerables a las caries debido a que su morfología favorece la acumulación de restos alimenticios en sus superficies masticatorias.

Tiempo:

El factor tiempo cumple un papel esencial, porque cuanto menos es el tiempo de contacto de la placa con los dientes, menor es el riesgo de desmineralización por parte de los ácidos de la placa. De este modo, la saliva mantiene un pH equilibrado. La placa dental debe ser eliminada antes de que se calcifique, si es eliminada con una higiene adecuada no se producirá cálculo dental.

Dieta:

La presencia de hidratos de carbono en la dieta provoca la aparición de la enfermedad. Por el metabolismo bacteriano se generan los ácidos que van a provocar la desmineralización de la superficie dentaria por la disminución del pH salival.

Microorganismos:

Las bacterias que tienen la capacidad de adherirse a la superficie dentaria y formar colonias bacterianas, subsisten y sobrepasan la capacidad de defensa del huésped, que consiste en la eliminación de las bacterias que no están adheridas por medio de la saliva.

En condiciones normales, fisiológicas si no se presenta uno de los factores mencionados no se produce la aparición y posterior desarrollo de la caries dental.

ENFERMEDADES PERIODONTALES

Son enfermedades que afectan a las estructuras protectoras y de soporte de los dientes que son el ligamento periodontal, el cemento, el hueso alveolar y la encía. Dentro de estas afecciones se incluyen a la periodontitis y la gingivitis catalogadas como entre las enfermedades bucales más comunes. ⁽²⁸⁾

La gingivitis se presenta con zonas de inflamación gingival, aparece días después de la acumulación de la placa dentobacteriana, aproximadamente cuatro a siete días después de la falta de un buen cepillado. Se caracteriza por el sangrado de las encías al sondeo, ante el cepillado o un estímulo, edema del margen gingival y

enrojecimiento. En cambio, una encía normal se presenta con color rosa pálido, bien adherido al diente y al hueso, es firme y con aspecto de cáscara de naranja.

Afecta aproximadamente a 80% de niños escolares, por lo cual se debe disminuir la prevalencia desde edades tempranas. La prevalencia de la enfermedad gingival logra su pico máximo en los adolescentes.

La periodontitis se caracteriza por la inflamación de la encía, formación de bolsa periodontal y la pérdida de hueso alveolar alrededor de la estructura dentaria. Afecta con más frecuencia a las personas adultas en quienes es considerada como primera causa de pérdida dental. Un porcentaje reducido de adolescentes presentan pérdida de inserción gingival y de hueso alveolar. Pueden ser ocasionadas por enfermedades sistémicas, factores externos y traumatismos.

Tanto las enfermedades periodontales como las caries dentales suelen presentar un aumento durante la adolescencia, según afirma un estudio realizado en Brasil. Esto se relaciona a los cambios hormonales, deficiencia en la higiene bucal, la dieta y otros factores que modifican el organismo y hace que los adolescentes constituyan un grupo de riesgo para la salud bucal.

Un factor de riesgo de enfermedades gingivales son los aparatos ortodónticos, pues provocan la retención de alimentos y la formación de placa bacteriana, en estos adolescentes es imprescindible un control y una correcta higiene bucal.

ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

DEFINICIÓN

"La odontología preventiva es la actitud que comprende el cambio en la escala de valores cuyo valor más alto es el mantenimiento de la salud bucal. Se puede definir como la suma total de esfuerzos por promover, mantener y restaura la salud del individuo a través de la promoción, el mantenimiento y la restitución de la salud bucal".⁽³⁶⁾⁻²

NIVELES DE LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

La odontología preventiva se debe realizar en el consultorio odontológico y en el hogar. En el consultorio odontológico se necesita incluir el control de la placa bacteria, enseñanza de medidas preventivas como la fluorización, educar al paciente acerca de la alimentación adecuada, valoración de la actividad de caries, aplicación de selladores de fosas y fisuras y el seguimiento de acuerdo al riesgo de enfermedades bucodentales.⁽³⁶⁾

ACTIVIDADES DE LA OMS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES

La importancia de la solución contra las enfermedades bucodentales dentro de la salud pública abarca varios aspectos donde integran enfermedades crónicas. Las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento:

La promoción de un enfoque basado en los factores de riesgo comunes para prevenir simultáneamente las enfermedades bucodentales y otras enfermedades crónicas.

Los programas de fluoración para mejorar el acceso a los fluoruros en los países de bajos ingresos.

El apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es una de las acciones sanitarias más importantes, se relaciona con el trabajo del odontólogo. Abarca aspectos biológicos, ambientales, sociales y culturales. La salud junto con sus determinantes son considerados problemas importantes para la promoción de la salud.⁽³⁶⁾

Para elevar la salud bucal de la comunidad, se debe realizar acciones de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades.

ASPECTOS QUE INCLUYE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- 1- Educación sobre higiene bucal.
- 2- Correcta alimentación.
- 3- Dieta adecuada.
- 4- Controles periódicos por medio de exámenes selectivos.

VENTAJAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Posibilita acercarse hacia la meta de salud para todos. Incluye el concepto de salud positiva.

- I. Incorpora el aspecto sociológico de la salud.
- II. Permite reconocer al hombre como sujeto.
- III. Lucha contra las enfermedades de mayor prevalencia actuando sobre sus condicionantes principales.
- IV. Analiza la crisis económica y su impacto sobre la salud.

PRINCIPALES OBSTÁCULOS Y RESTRICCIONES

- Escaso desarrollo cultural en salud en relación a la higiene y la alimentación. Incorrecta relación paciente-médico y discontinuidad. Tiempo insuficiente.
- Falta de instrumentales y materiales necesarios para llevar a cabo las actividades involucradas.
- Poco interés por parte de los profesionales y la comunidad de lo importante de la prevención de los problemas de salud.
- Ausencia de aporte y organización con otros sectores involucrados con la salud y con los medios de comunicación social.
- Falta de incentivación personal y comunitaria.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN ODONTOLOGÍA

La placa bacteriana es el factor causal más importante de las enfermedades periodontales y la caries dental. Por este motivo es fundamental eliminarla por medio de diferentes métodos como el cepillado, uso del hilo dental, crema dental y colutorios. La higiene bucal asociada a visitas regulares al odontólogo, constituye el

método más eficaz para prevenir las enfermedades odontológicas consideradas más frecuentes: la caries y la gingivitis. ⁽³⁶⁾

Controlar la ingesta de alimentos con alto potencial cariogénico también es importante.

CEPILLADO

El cepillado dental posibilita el control de la placa bacteriana, busca su eliminación y evitar su formación, limpiar los dientes con restos alimenticios, estimular la encía y proporcionar flúor al medio bucal a través del dentífrico.

Para un correcto cepillado se recomienda que el cepillo dental tenga las siguientes características: debe ser de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras de nylon con puntas redondeadas para evitar dañar la encía, para tener un mejor acceso a todas las partes del diente las cerdas deben ser blandas o medianas. El cepillo no debe mojarse antes del cepillado, es importante reemplazarlo cada uno a tres meses, cuando las cerdas se vean deformadas. ⁽³⁶⁾

La pasta dental debe contener flúor, para adolescentes se recomienda utilizar una que contenga 1450 ppm de flúor, para que ejerza una mayor acción cariostática. El uso de dentífricos fluorados es el método más recomendado para prevenir la caries dental, porque actúa en forma tópica y continuada. El empleo de una pasta dental adecuada aumenta los beneficios que posee el cepillado dental. ⁽³⁶⁾ El cepillado dental con pasta dental fluorada inmediatamente después de las comidas e ingesta de bebidas azucaradas, carbonatadas es sumamente eficaz para evitar la caries dental, si es realizada después de diez minutos ya no posee el mismo efecto. Gran cantidad de estudios demuestran que el cepillado inmediato después de las comidas reduce la caries dental en un 50 a 100% aproximadamente. Es importante recordar que las personas propensas a caries dental y periodontopatías deben cepillarse después de cada comida y antes de dormir. Estudios realizados a adolescentes de Chile demostró que el 98% de los encuestados se cepillaban los dientes por lo menos dos veces al día. ⁽³³⁾

La higiene bucal antes de la erupción dentaria es sumamente importante, los rodetes deben ser limpiados con suavidad esto permite la estimulación oral y el bebé se acostumbra a la manipulación de su boca, de este modo se instaura un hábito precoz. ⁽³⁶⁾

Dada la gran variedad de técnicas que existe, la técnica que enseña el odontólogo sea aplicada con minuciosidad por el paciente. ⁽³⁶⁾

El cepillado dental con mayor relevancia y que no debe faltar, es aquel realizado luego de la última ingesta de alimento antes de dormir, pues por las noches se carece de la acción de limpieza que aporta la saliva, se reduce la secreción salival y la boca queda vulnerable al ataque bacteriano.

Se recomienda una técnica de cepillado en la cual las cerdas del cepillo sean introducidas en el espacio formado entre el diente y la encía. El fin es eliminar la placa dentobacteriana ubicada en este lugar, que es encargada de provocar la inflamación gingival. El cepillado dental debe durar aproximadamente 3 minutos o el tiempo necesario para poder desorganizar las colonias bacterianas de la placa dental.

Si ante un cepillado normal se evidencia sangrado, es posible que se trate de un caso de gingivitis.

HILO DENTAL

El cepillado dental resulta insuficiente para la limpieza de los espacios interdetales, por ese motivo es necesario utilizar hilo dental al menos una vez al día, que permite eliminar la placa dental de estos espacios, el uso de hilo dental debe acompañar al cepillado como parte la higiene bucal.

Es un hilo que debe contener flúor, formado por varios filamentos. Se puede encontrar en diferentes presentaciones entre ellas hilo, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con saborizantes. La indicación depende de las características de cada persona. ⁽³⁶⁾

En necesario utilizar una parte distinta de seda dental para cada espacio interdentario.

MEDIDAS DIETÉTICAS

En cuanto a la dieta se destaca el papel que cumplen los hidratos de carbono, el poder cariogénico de los alimentos azucarados deriva de la capacidad que poseen de favorecer el crecimiento bacteriano y como consecuencia la formación de ácidos y polisacáridos. También es necesario destacar su adhesividad a las estructuras dentales.

Luego de consumir un alimento azucarado se produce ácidos en la placa dentobacteriana, como consecuencia puede presentarse una desmineralización de la superficie dentaria si el pH de la placa bacteriana desciende por debajo de 5,5, esto corresponde a la primera fase del inicio de la caries dental.

Los alimentos considerados más cariogénicos son los que están compuestos por azúcares refinados y en especial los que son pegajosos, se debe considerar que la frecuencia de la ingestión es más importante que la cantidad que se ingiere de una vez. Por lo tanto se debe evitar ingerir en forma frecuente entre comidas y al acostarse, es preferible que los hidratos de carbonos sean en forma líquida pues de esta manera la retención a las superficies dentales será menor, evitar consumir caramelos entre comidas. ⁽²⁸⁾

Resulta difícil que los adolescentes dejen de consumir alimentos azucarados, lo recomendado es ingerir los dulces como postres y efectuar una técnica minuciosa de cepillado dentro de los diez minutos posteriores a la ingestión. Lo importante es evitar consumirlos de forma frecuente y entre comidas principales. ⁽³⁶⁾

Existen alimentos que ayudan a evitar el desarrollo de las caries, por ejemplo los quesos ayudan a aumentar el flujo de saliva, también contiene calcio, fosfato y caseína que es una proteína láctea que protege contra la desmineralización de los dientes. Si se consume una porción que queso por día ayuda a contrarrestar la acción de los ácidos producidos por los alimentos ricos en carbohidratos .la leche posee calcio, fosfato y caseína, y el azúcar de la leche, la lactosa en menos

cariogénico (causante de caries) que los otros azúcares. Se ha encontrado caries en niños que se les da el pecho.

Productos buenos para los dientes. Los productos amigos para los dientes se producen usando ingredientes que endulzan pero que no fermenten por las bacterias dentro de la cavidad bucal. En ellos entran los edulcorantes intensos como la sacarina, ciclamato, acesulfamo- K y aspartamo y los sustitutos de los azúcares como isomalt, sorbitol y xilitol.

Existen chicles sin azúcares que usan estos endulzantes. El sabor dulce y la masticación estimulan el flujo de saliva, lo que contribuye a la prevención de caries. Estos chicles pueden contener minerales como calcio, fosfato y flúor, para mejorar el proceso de reparación. Algunos estudios han informado de que los chicles sin azúcar consumidos tras una comida aceleran la limpieza de los restos de alimentos y reducen la tasa de desarrollo de caries en los niños. Los productos “amigos” de los dientes tienen que superar pruebas específicas para obtener la aprobación de “seguros para los dientes.

ENJUAGUES BUCALES

CLORHEXIDINA

La clorhexidina es uno de los colutorios más eficaces para combatir la placa bacteriana. Realiza su acción alterando el citoplasma bacteriano, se une a las bacterias de la placa y al esmalte del diente. Posee la ventaja de sustantividad, esta propiedad consiste en fijarse a la mucosa bucal por medio de su fuerte carga positiva y liberarse lentamente en un promedio de 8 a 12 horas.

La concentración utilizada como enjuague bucal es del 0,12% durante 30 a 60 segundos.

Luego del cepillado y uso del hilo dental es recomendado utilizar un colutorio que contenga clorhexidina en caso de periodontitis o gingivitis.

FLÚOR

En cantidades adecuadas el flúor actúa sobre las superficies dentarias aumentando la mineralización, de este modo disminuye el riesgo de la caries dental, además promueve la remineralización del esmalte afectado por los ácidos provenientes de la placa bacteriana. ⁽³⁶⁾

Se utilizan soluciones diluidas de sales de flúor. Los enjuagues bucales que contienen flúor son una medio fácil y conveniente de aplicación tópica de este compuesto. De forma más frecuente las soluciones son las de fluoruro de sodio neutro. Si su utilización va ser diaria es recomendada una solución al

0,05% y si la aplicación se hará de forma semanal o quincenal lo ideal es emplear en una concentración al 0,2%. Esta última presentación es la utilizada en programas de prevención en escuelas. ⁽³⁶⁾

Es importante recalcar que para que ejerza su función se debe retener la solución por un minuto en la boca y en los primeros segundos deben mover la solución para que actúe sobre todos los dientes. Luego de realizar el enjuague no se debe consumir alimentos hasta las 2 horas posteriores.

EL factor considerado de mayor importancia para la prevención de las caries dentales es exponer la cavidad oral a dosis bajas de flúor, pero estas deben ser aplicadas en forma continua.

Los colutorios fluorados se deben recomendar luego de los seis años, para estar seguros de que el niño no va a deglutir la solución.

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL Y ACCESO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

Los problemas de acceso insuficientes a servicios odontológicos por parte de algunos segmentos de la población son complejos y al menos algunos de ellos no pueden ser resueltos fácilmente. Este es el caso de algunos subgrupos como los siguientes:

a. Residentes de área rurales: en áreas rurales a menudo no es económicamente rentable establecer y mantener una práctica odontológica privada, por lo cual los odontólogos suelen distribuirse desigualmente a través de las distintas regiones geográficas. Por lo tanto las personas que viven en estas áreas deben viajar a los sitios más cercanos en donde se encuentre disponible la atención odontológica.

b. Grupos culturalmente aislados: varios de estos grupos en particular los recién inmigrados encuentran a menudo que los costes de las atenciones, el lenguaje o jerga técnica usada y la situación legal y/o valores culturales pueden ser barreras para acceder a atenciones odontológicas. Las personas que pertenecen a estos grupos por lo general logran tarde o temprano su integración en el sistema sanitario, pero durante el periodo de integración, pueden ver comprometidos su acceso a los servicios odontológicos.

c. Grupos económicamente desfavorecidos: estos individuos o familias no tienen adecuados recursos financieros para disponer por sí mismos de servicios odontológicos. Datos extraídos de informes y estudios publicados en diversas partes del mundo muestran la relación directa que existe entre el nivel de ingreso. Anual que poseen los individuos y la capacidad de acceder a atenciones odontológicas regulares.

Por ejemplo, los niños que viven en áreas con mayor privación material y social, tienen una menor probabilidad de tener atenciones odontológicas restauradoras. Las dificultades y problemas encontrados por las personas con bajos ingresos para acceder a tratamientos odontológicos, están relacionados con el nivel de ingresos disponibles por parte de las familias.

Cuando los recursos son escasos los tratamientos odontológicos pueden percibirse como un lujo inabordable por lo que suelen ubicarse muy abajo en una lista de prioridades cuando se compara con otros bienes o servicios esenciales. Por otro lado, las familias que tienen un nivel de ingreso limitado y han

visto reducido su nivel de protección económica debido al desempleo pueden encontrar que su acceso a las atenciones odontológicas quede interrumpido. Se pueden experimentar efectos similares durante periodos de sub-empleo mientras las familias regresan a una situación normalizada de empleo.

2.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Salud Bucal. Referido a la condición del proceso Salud-enfermedad del sistema estomatognático.

Prevención En Salud Bucal. Dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad.⁽³⁷⁾

Nivel De Conocimiento. Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ej. De 0 a 20). Para fines de este estudio se utilizará la escala cualitativa.

Nivel De Conocimiento Sobre Prevención En Salud Bucal. Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes (caries, enfermedad periodontal y maloclusiones); además de los aspectos preventivos. Para fines de ésta investigación también establecemos la relación entre la gestación y la atención odontológica.

Nivel Social: Dimensión que corresponde a la estratificación de la población según sus condiciones de vida material y sus prácticas sociales o de interacción con la sociedad.

Nivel Económico: Dimensión basada en la economía familiar que se expresa en la ocupación del principal sostén del hogar y en el patrimonio del hogar.

Nivel Socioeconómico: Dimensión del estudio de las poblaciones que involucra los conceptos de dimensión social, económico.

Educación: La educación puede definirse como el proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, donde las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de generaciones anteriores.

Higiene Bucal: Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos

Dieta: La dieta se refiere a la cantidad acostumbrada de comida y líquidos ingeridos diariamente por una persona.

2.3 VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE

Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

VARIABLE DEPENDIENTE

Condición socioeconómica

COVARIABLES

- grado de instrucción.
- grupo etario.
- sexo.

2.4 HIPOTESIS

Hipótesis general

- ✓ **H_i**: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

- ✓ **H₀**: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

Hipótesis específicas

H_i: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica muy baja de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal.

H₀: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica muy baja de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal.

H_i: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica baja de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal.

H₀: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica baja de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal.

H_i: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica media de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal.

H₀: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica media de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal.

H_i: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica media alta de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal.

H₀: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica media alta de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal.

H_i: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica muy baja de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal.

H₀: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica muy baja de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal.

H_i: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica baja de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal.

H₀: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica baja de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal.

H_i: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica media de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal.

H₀: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica media de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal.

H₁: Existe relación significativa entre la condición socioeconómica media alta de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal.

H₀: No existe relación significativa entre la condición socioeconómica media alta de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca, con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	CATEGORIA
Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal		Conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal	Son medidas preventivas en Salud bucal	Ordinal	
			Cuándo debo cepillarme los dientes		
			El flúor importante para los dientes de los niños		
			Enseña a los niños a lavarse las encías		
			Es		

	Es el aprendizaje o entendimiento de los conocimientos básicos sobre anatomía, fisiología de la boca, enfermedades más prevalentes (caries, enfermedad periodontal y maloclusiones); además de los aspectos preventivos.		necesario capacitar capacite en aspectos de prevención bucal	Malo (0-10 Ptos)	
		Conocimiento sobre enfermedades bucales	Que es la placa bacteriana		Bueno (14-20 Ptos)
			Que es La Caries de biberón		
			Que es La gingivitis		
			Que es La enfermedad Periodontal		
			Porque considera que a una persona le sangran las encías		
		Conocimiento sobre desarrollo dental	Cuando empiezas a formarse los dientes de los niños		
Sabes cuantos					

			tipos de dientes tiene un niño		
			Cuántos dientes de leche tiene un niño		
			Sabe cuántos tipos de dentición tiene un niño		
			Cuándo erupcionan los dientes definitivos de un niño		
Nivel socio- económico	Se refiere a la división relativamente permanente y homogénea dentro de una sociedad, en la que los	Nivel social	Ubicación de la vivienda	Ordinal	Muy bajo: 1- 10
			Principal actividad laboral		
			Organizació n a la que pertenece		

	individuos comparten sus estilos de vida y condiciones similares.	Nivel económico	Principal actividad en el tiempo libre	Bajo: 11-20
			Promedio de ingreso mensual	Medio: 21- 30
			Principal material de vivienda	Medio alto: 31-40
			Pertenencia de la vivienda	
			Servicios con la que cuenta la vivienda	

Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel de escolaridad	nivel máximo de estudios que culminó	Ordinal	-Ninguno -Primaria - -Secundaria -Superior técnico - superior universitario
Grupo Etáreo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Grupo de edades	Edad cronológica	Razón	18-24 25-31 32-38 39-45 46-52 53-59 60-66
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen al espectro humano en el varón.	Sexo de personas	Genero	Nominal	Masculino Femenino

III. MARCO METOLÓGICO

3.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

NIVEL

El presente estudio es de nivel *relacional* ya que el propósito de investigación es evaluar la relación que existe entre dos variables según Hernández et al (2004:121).¹⁴

Explicativo ya que pretende establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian. *Transversal* porque estudia las variables simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo (Canales et al: 2004; 135-136).⁷ *Prospectivo*, se registran la información según van ocurriendo los fenómenos, según canales et al (2004:135).⁷

TIPO

El presente estudio es de tipo *aplicativa*, esta se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren (Nel: 2010; 23)²⁴

DISEÑO

Transeccional correlacional: describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, según Hernandez et al (2004; 154)¹⁴



3.3. POBLACION Y MUESTRA

La población de estudio estará comprendida entre adultos de 18 a 80 años; pacientes que acudieron al servicio de odontología del A-CLAS Pillcomarca, distrito de Pillcomarca provincia de Huánuco en el mes de junio 2015.

3.3.1. MUESTRA:

La selección de la muestra se hizo a través del método estadístico, con la fórmula para una población conocida, se consideró un nivel de confianza de 95 % y un error de 5%..

Donde: $N = 150$ $Z = 95\%$ $p = 50\%$ $q = 0,5$ $e = 5\%$

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (248)}{(0,05)^2 (248 - 1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$
$$n = \frac{238.1792}{1.5779}$$
$$n = 150$$

La muestra estará conformada por 150 pacientes que acudieron al A-CLAS de Pillcomarca región Huánuco en el mes de julio 2015 los cuales cumplieron con el criterio de inclusión pre establecido.

3.3.2. MUESTREO

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia , se elegirá a los pacientes que acudieron al A-CLAS Pillcomarca el CLASS ya que es más cercano a nuestro ámbito de estudio en el mes de junio-julio para poder obtener una muestra representativa.

3.3.2. CRITERIOS DE INCLUSION

- Ser pacientes del A-CLAS Pillcomarca.
- Ser mayor de edad, de cualquier sexo, grado de instrucción y Ocupación.
- Ser psicológicamente apto.
- Paciente fisiológicamente apto.
- Uso del idioma español.
- Paciente atendido en el servicio de odontología

3.3.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Ser menor de edad
- No ser paciente del centro de salud.
- Paciente con discapacidad cognitiva.
- Paciente fisiológicamente no aptas.
- Paciente no atendido en el servicio de odontología.

3.4. MÉTODOS

3.4.1. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

La metodología a considerar será a pacientes mayores de 18 años que acuden al A-CLAS Pillcomarca. La técnica de muestreo que se realizara será el no probabilístico por conveniencia.

3.4.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTO

El procedimiento de recojo de datos se realizó mediante la aplicación de un test/prueba (cuestionario). La estructura del cuestionario utilizado se muestra en el Anexo (02) el cual constó de las siguientes partes:

Parte 1: Datos de filiación. Que permitirán caracterizar a la población de estudio.

Parte 2: Datos del nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

El proceso de recolección de datos se realizara mediante la aplicación de un test/prueba (cuestionario). Este cuestionario consta de 20 preguntas cerradas o estructuradas (dicotómicas y de respuesta múltiple) sobre conocimientos el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se considerara:

- Conocimiento sobre prevención en Salud Bucal (8 preguntas)
- Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (6 preguntas)
- Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento (6 preguntas)

Dándose un punto por cada respuesta correcta de cada ítem desarrollado, para ello será ponderado de la siguiente manera:

NIVEL DE CONOCIMIENTO MALO: DE 0 A 10 RESPUESTAS CORRECTAS.

NIVEL DE CONOCIMIENTO BUENO: DE 11 A 20 RESPUESTAS CORRECTAS.

El cuestionario en mención contiene también información general que consignaron los pacientes del A-CLAS Pillcomarca para el cumplimiento de objetivos específicos de este estudio, como:

3. Grado de instrucción
4. Edad
5. Sexo

Parte 3: Datos del nivel socioeconómico. Esta tercera parte constara de 08 preguntas cerradas de respuesta múltiple divididas en 2 grupos, nivel social y económico; las cuales a través de la tabla de puntajes determinaran el nivel socioeconómico de los individuos estudiados. Cada pregunta tuvo 5 alternativas de respuesta y a cada alternativa le corresponderá un puntaje. La determinación del nivel socioeconómico-cultural de los individuos encuestados, fue establecida mediante la suma de los puntajes obtenidos por cada individuo para cada dimensión (Nivel social, nivel económico).

En el ANEXO (03) se presenta la entrevista y en el ANEXO (04) la asignación de puntos de cada indicador.

3.4.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.2.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario

El procesamiento de datos se realizó de manera automatizada empleando una computadora Pentium IV, utilizando en siguiente software:

- Procesador de texto Microsoft Word XP
- Microsoft Excel XP
- Programa estadístico SPSS 23.
- Minitab

IV ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

2.1 RECURSOS

i. Recursos Humanos

- Pacientes que acuden al A-CLAS Pillco Marca.
- Bachiller
- Asesor
- Personal Auxiliar
- Estadista.

3.3.2, Recursos materiales:

- Cuestionario de Salud Bucal.
- Cuestionario para determinar la condición socioeconómica.
- Útiles de escritorio.
- Computadora.

2.1.1 Recurso Institucional

❖ Centro de Salud A-CLAS PILLCO MARCA

	CANTIDAD	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL
RECURSOS MATERIALES			
Materiales de escritorio			
Tinta de Impresora (Cartuchos):		S/.45.00	S/. 45.00
- Tinta Negra	1		S/. 65.00
- Tinta de Colores (Azul, rojo y amarillo)	1	S/. 65.00	
Hojas Bond A4	200	S/. 0.023	S/. 4.60
Lapiceros Faber Castell	10	S/. 0.30	S/. 3.00
Lápices Técnico N° 2B	10	S/. 0.50	S/. 5.00
Tajadores	5	S/. 0.50	S/. 2.50
Borradores	5	S/. 0.50	S/. 2.50
Engrapador	1	S/. 10.00	S/. 10.00
Perforador	1	S/. 8.00	S/. 8.00
Grapas(caja)	1	S/. 4.00	S/. 4.00
Materiales de examen:			
Espejos bucales	40	S/.9.00	S/ 360.00
Guantes (caja)	1 cajas	S/30.00	S/ 30.00

Mascarillas (caja)	1 cajas	S/10.0	S/10.00
EQUIPAMIENTO			
Cámara fotográfica digital (Marca Sony)	1	S/ 700.00	S/ 700.00
Equipo de cómputo (TOSHIBA)	1	S/ 1.950.00	S/ 1.950.00
Impresora (Marca Canon IP 1800)	1	S/ 135.00	S/ 135.00
TOTAL			s/3334.00

V. ASPECTOS ÉTICOS

- ✓ Explicaremos los objetivos, métodos, posibles beneficios y riesgos previsibles de su participación en el estudio de manera clara, breve y concisa a los que voluntariamente acepten su participación en el estudio.
- ✓ Con respecto a los métodos utilizados, se destacará el aporte que puedan hacer los sujetos de estudio, los cuales nos permitirán estimar con mayor precisión el objetivo de nuestro estudio.
- ✓ Presentar el consentimiento informado a sujetos que formaran parte del estudio.
- ✓ Los sujetos que forman parte de la investigación, recibirán instrucciones sobre su participación en el proyecto de investigación.

VI. RESULTADOS

A. Descripción de frecuencias

Tabla 1. Grado de instrucción de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	37	24.7	24.7
Secundaria	70	46.7	71.3
Superior técnica	27	18.0	89.3
Superior universitaria	16	10.7	100.0
Total	150	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

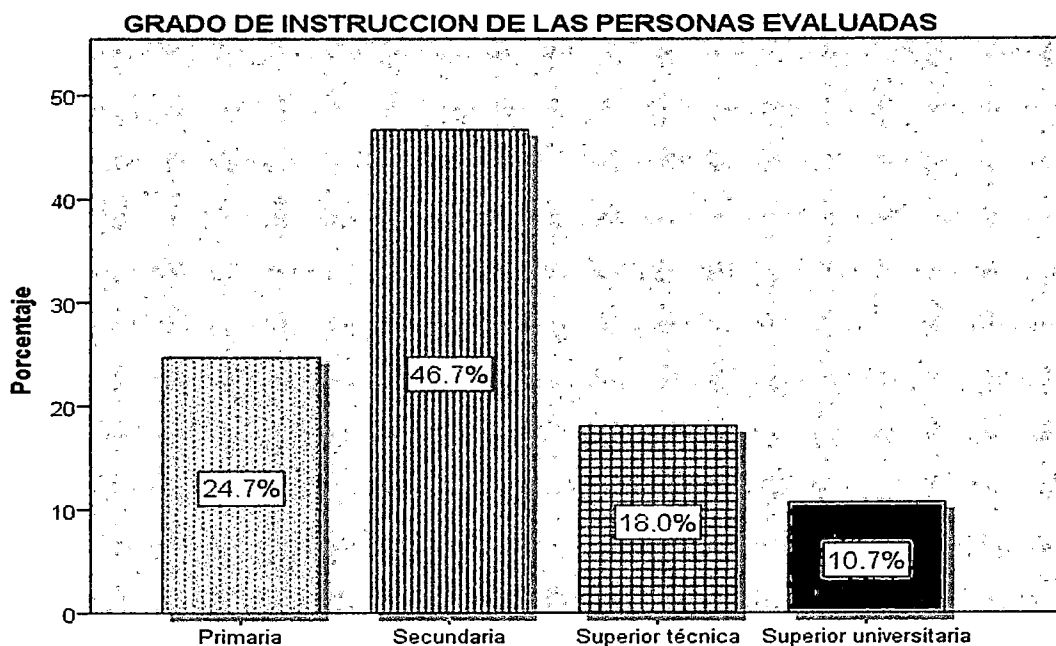


Figura 1. Proporción del grado de instrucción de la muestra de los que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015

Del 100.0% (150) de la muestra en estudio, el 46,7% (70) tienen estudios secundarios; el 24,7% (37) tienen primaria; el 18,0% (27) tienen estudios superior técnica, y solo el 10,7% (16) poseen estudios universitarios.

Tabla 2. Sexo de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA-HUANUCO 2015.

Genero	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	121	80.7	80.7
Masculino	29	19.3	100.0
Total	150	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

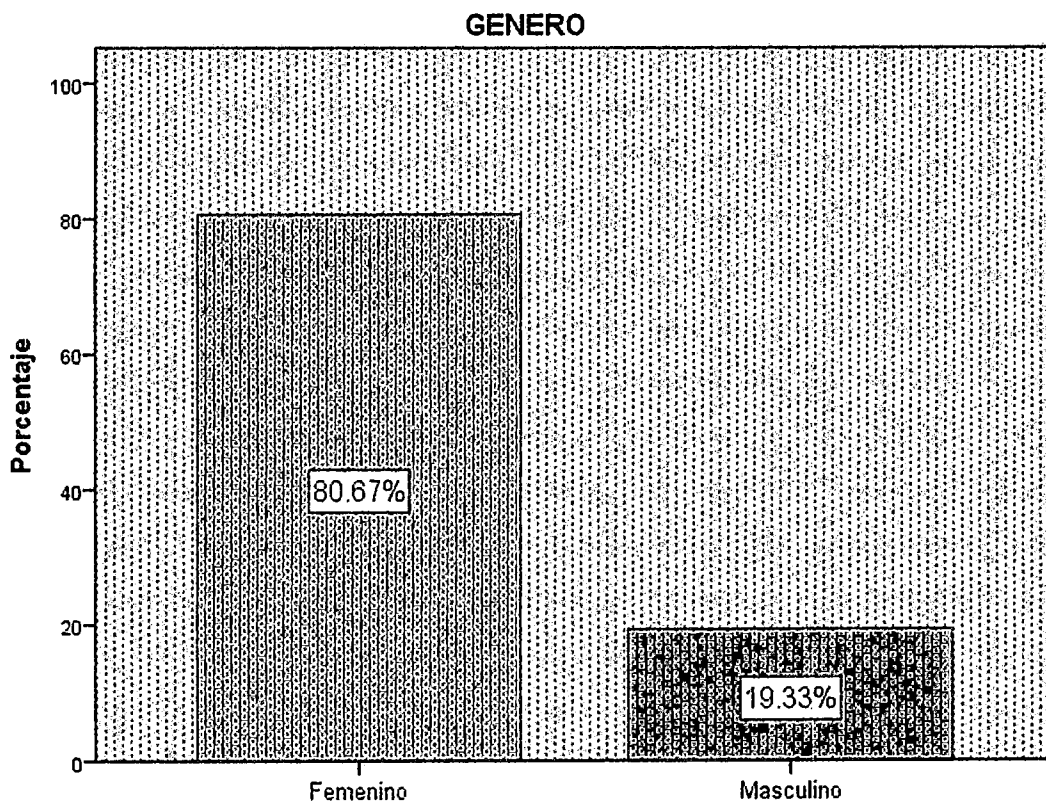


Figura 2. Proporción del grado del sexo de la muestra de los que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Del 100.0% (150) de la muestra en estudio, el 80.67 % (121) pertenecen al género femenino; el 19.3%(29) pertenecen al sexo masculino.

Tabla 3. Distribución de la edad de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Estadísticos descriptivos	
18 a 24	46	30.7	30.7	Media	31.16
25 a 31	46	30.7	61.3	Mediana	28.00
32 a 38	22	14.7	76.0	Moda	27
39 a 45	20	13.3	89.3	Desviación estándar	11.038
46 a 52	8	5.3	94.7	Rango	54
53 a 59	6	4.0	98.7		25 23.00
60 a 66	2	1.3	100.0	Percentiles	50 28.00
Total	150	100.0			75 38.25

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

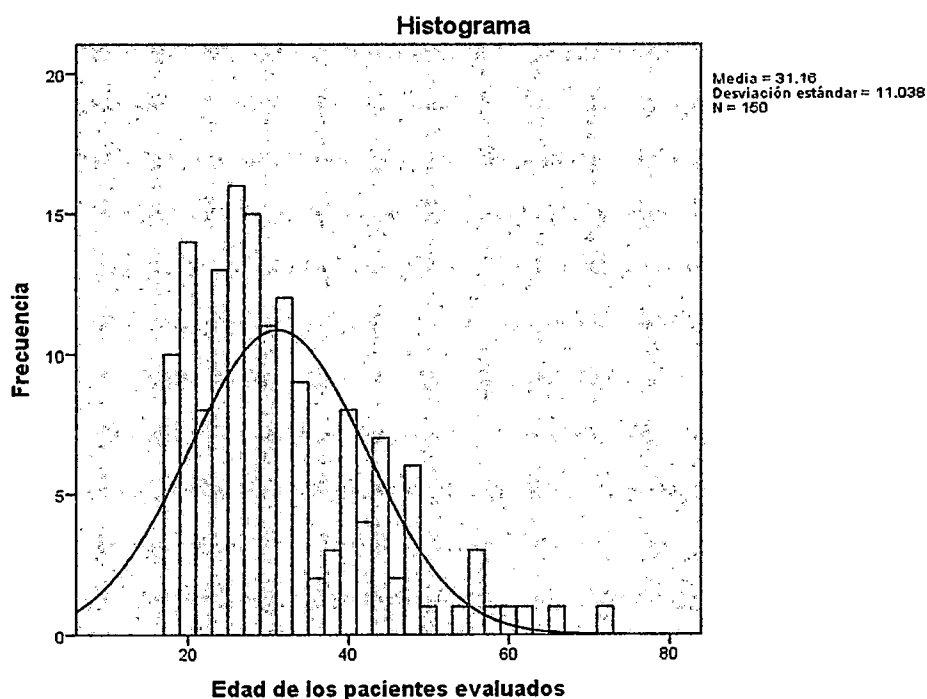


Figura 3. Distribución de la edad de la muestra de los que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

La edad promedio de la muestra en estudio es de 31 años; la desviación estándar respecto a la media es $11\pm$; por encima de 28 años se encuentra el 50.0% de la muestra y por debajo de 28 años se encuentra la muestra con menor edad; la edad más frecuente fue 27 años; el rango de la edad es 54; el percentil 25 abarca hasta los

23 años; el percentil 50, el cual es 28 años, indica lo misma que la mediana; y el percentil 75 indica que hasta 38 años se considera al 75.0% de la muestra en estudio.

Tabla 4. Nivel de conocimiento de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Malo	105	70.0	70.0
Bueno	45	30.0	100.0
Total	150	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

Del 100.0% (150) de la muestra en estudio, el 70% (105) tienen un nivel de conocimiento malo; el 30%(45) tienen un nivel de conocimiento bueno.

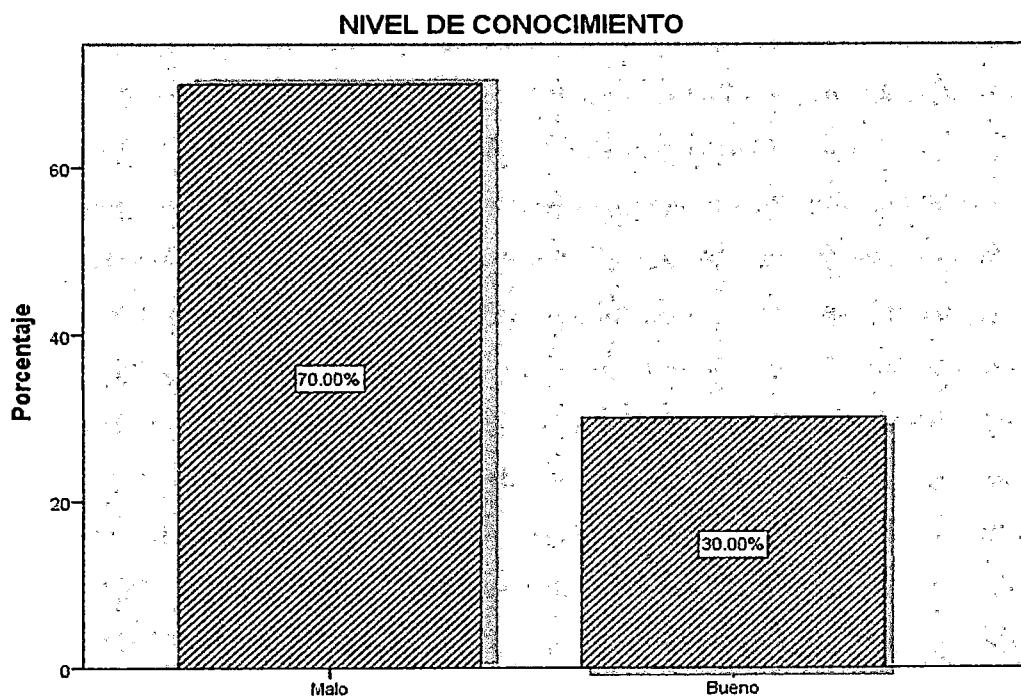


Figura 4. Proporción del nivel de conocimiento según la muestra de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Del 100.0% (150) de la muestra en estudio, el 70% (105) tienen un nivel de conocimiento malo; el 30%(45) tienen un nivel de conocimiento bueno.

Tabla 5. Condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Condición Socioeconómica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy bajo	11	7.3	7.3
Bajo	100	66.7	74.0
Medio	35	23.3	97.3
Medio Alto	4	2.7	100.0
Total	150	100.0	

Fuente: Cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las personas.

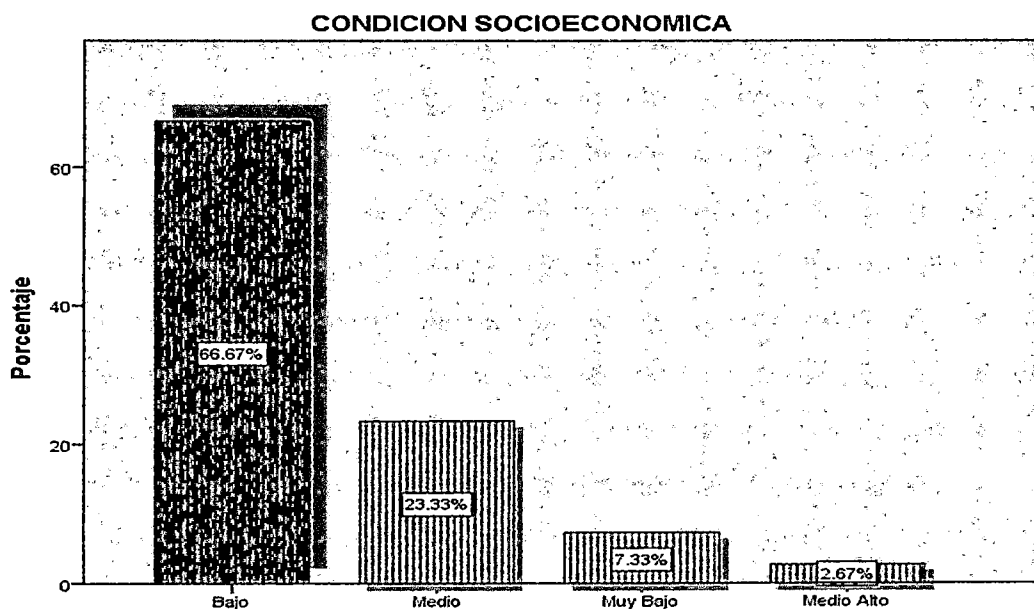


Figura 5. Proporción de la condición Socioeconómica según la muestra de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUÁNUCO 2015.

Del 100.0% (150) de la muestra estudiada el 66.67% (100) tienen una condición socioeconómica baja, el 23.33%(35) tienen una condición socioeconómica media; el 7.33 (11) tienen una condición socioeconómica muy baja y el 2.67(4) tiene una condición socioeconómica medio alta.

Tabla 6. Tabla cruzada de la relación entre el grado de instrucción y el Nivel de conocimiento y pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015

Grado de instrucción		Nivel de conocimiento		
		Malo	Bueno	Total
Primaria	Nº	34	3	37
	%	91.9%	8.1%	100.0%
Secundaria	Nº	51	19	70
	%	72.9%	27.1%	100.0%
Superior técnica	Nº	14	13	27
	%	51.9%	48.1%	100.0%
Superior universitaria	Nº	6	10	16
	%	37.5%	62.5%	100.0%
Total	Nº	105	45	150
	%	70.0%	30.0%	100.0%

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

Del grado de instrucción de las personas estudiadas. Del nivel primario el 100%(37), el 91.9%(34) tienen un nivel de conocimiento malo y el 8.1%(3) tienen un nivel de conocimiento bueno. Del nivel secundario el 100%(70), el 72.9%(51) tienen un nivel de conocimiento malo y el 27.1.%(19) tienen un nivel de conocimiento bueno. Del nivel superior técnico, el 100%(27), el 51.9%(14) tienen un nivel de conocimiento malo y el 48.1%(13) tienen un nivel de conocimiento bueno. Del nivel superior universitario el 100%(16), el 37.5.9%(6) tienen un nivel de conocimiento malo y el 62.5%(10) tienen un nivel de conocimiento bueno.

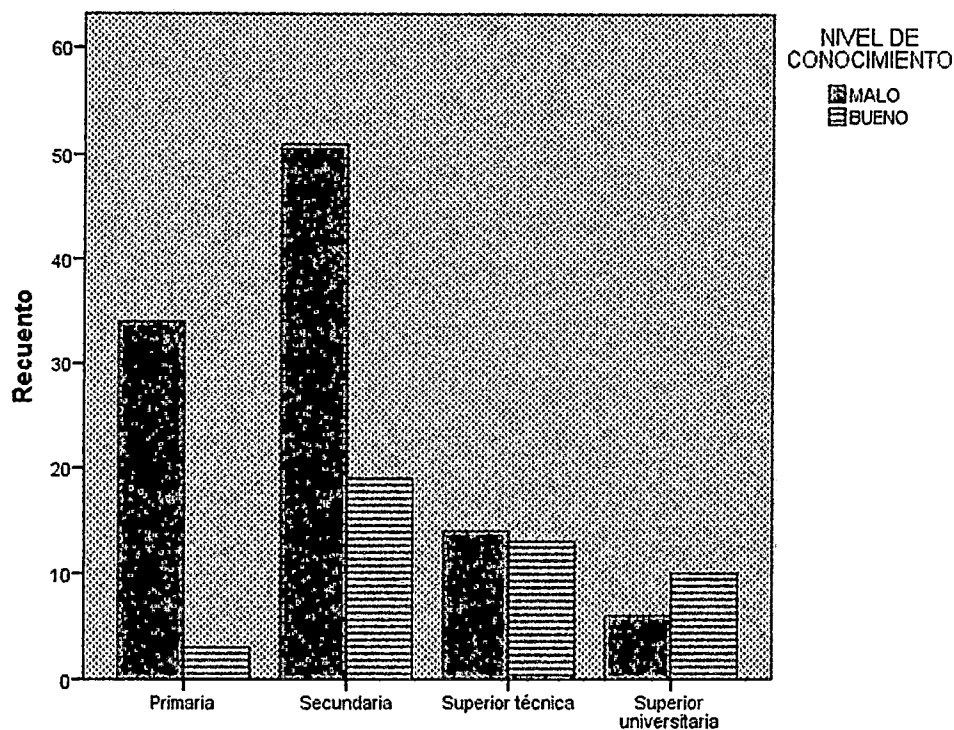


Figura 6. Analisis entre la relación del grado de instrucción con el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015

Tabla 7. Tabla cruzada de la relación entre el Género y el Nivel de conocimiento y pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Genero		Nivel de conocimiento		
		Malo	Bueno	Total
Femenino	Nº	83	38	121
	%	68.6%	31.4%	100.0%
Masculino	Nº	22	7	29
	%	75.9%	24.1%	100.0%
Total	Nº	105	45	150
	%	70.0%	30.0%	100.0%

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

Del 100%(121) de mujeres pertenecientes a la muestra de estudio el 68.6%(83) tienen un nivel de conocimiento malo, el 31.4%(38) tienen un nivel de conocimiento bueno. Del 100%(29) de varones el 75.9%(22) tienen un nivel de conocimiento malo y el 24.1%(7) tienen un nivel de conocimiento bueno.

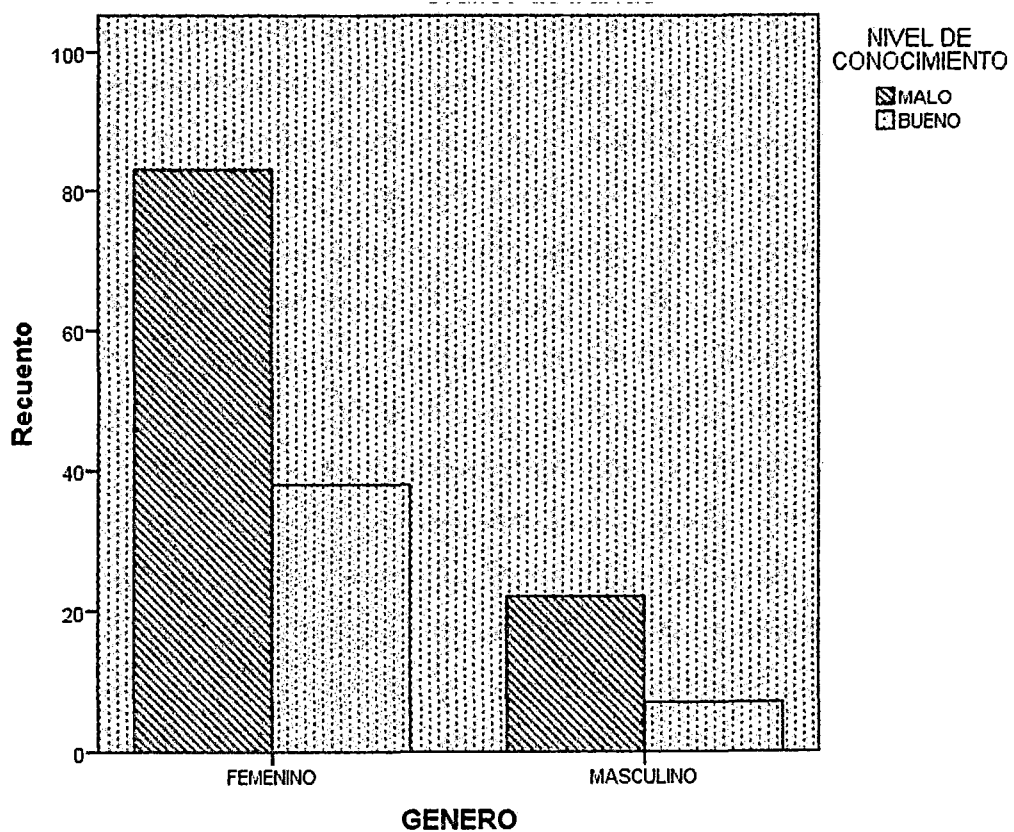


Figura 7. Analisis entre la relación del genero con el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Tabla 8. Tabla cruzada de la relación entre la Edad y el Nivel de conocimiento y pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015

Edad		Nivel de conocimiento		
		Malo	Bueno	Total
18 a 24	Nº	31	15	46
	%	67.4%	32.6%	100.0%
25 a 31	Nº	29	17	46
	%	63.0%	37.0%	100.0%
32 a 38	Nº	17	5	22
	%	77.3%	22.7%	100.0%
39 a 45	Nº	15	5	20
	%	75.0%	25.0%	100.0%
46 a 52	Nº	6	2	8
	%	75.0%	25.0%	100.0%
53 a 59	Nº	5	1	6
	%	83.3%	16.7%	100.0%
60 a 66	Nº	2	0	2
	%	100.0%	0.0%	100.0%
Total	Nº	105	45	150
	%	70.0%	30.0%	100.0%

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

De las edades estudiadas en la muestra de estudio de 18-24 años, bueno del 100%(46), el 67.4%(31) tienen nivel de conocimiento malo y el 32.6%(15) tienen un nivel de conocimiento. De 25-31 años, del 100%(46), el 63.0%(29) tienen nivel de conocimiento malo y el 37.0%(17) tienen un nivel de conocimiento bueno. De 32-38 del 100%(22), el 77.3%(17) tienen nivel de conocimiento malo y el 22.7%(5) tienen un nivel de conocimiento bueno. De 39-45 años, del 100%(20), el 75.0%(15) tienen nivel de conocimiento malo y el 25.0%(5) tienen un nivel de conocimiento bueno. De 46-52 años, del 100%(8), el 75.0%(6) tienen nivel de conocimiento malo y el 25.0%(2) tienen un nivel de conocimiento bueno. De 53-59 años, del 100%(6), el 83.3%(5) tienen nivel de conocimiento malo y el 16.7%(1) tienen un nivel de conocimiento bueno. De 60-66 años, del 100%(2), el 100.0%(2) tienen nivel de conocimiento malo.

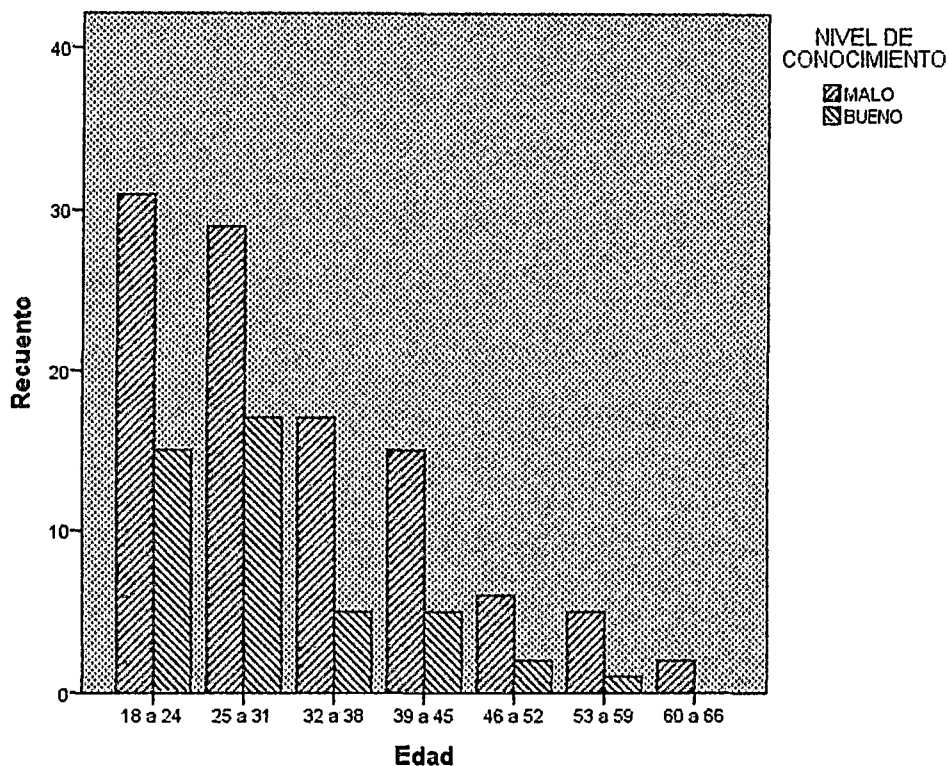


Figura 8. Analisis entre la relación de la edad con el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015

Tabla 9. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento y condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de Conocimiento		Condición socioeconómica				Total	Chi2	Gl	p valor
		Muy bajo	Bajo	Medio	Medio alto				
Malo	N°	9	77	19	0	105	16,5	3	0.001
	%	8.6%	73.3%	18.1%	0.0%	100.0%			
Bueno	N°	2	23	16	4	45	16,5	3	0.001
	%	4.4%	51.1%	35.6%	8.9%	100.0%			
Total	N°	11	100	35	4	150			
	%	7.3%	66.7%	23.3%	2.7%	100.0%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de los pacientes.

Del 100.0% (150) de la muestra estudiada, de los que poseen mal nivel de conocimientos, el 73.3% (77) son de condición socioeconómica baja; el 18.1% (19) de pacientes son de condición socioeconómica media, y el 8.6%(9) son de muy baja condición socioeconómica. De los pacientes con buen nivel de conocimiento, el 51.1% (23) son de baja condición socioeconómica; el 35.6% (16) de pacientes son condición socioeconómica media; el 8.9% (4) tienen condición socioeconómica medio alto y el 4.4% (2) son de condición socioeconómica muy baja.

Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 16.5, superior al punto crítico de 3 grados de libertad de 7.81; con un p valor de 0.001 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento se relaciona con la condición socioeconómica pero no se puede identificar la categoría exacta con las que tienen relación. En conclusión, se rechaza la hipótesis nula general (H_0) y se acepta la hipótesis de investigación general (H_1) “Existe relación entre la condición socioeconómica con el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca”. El resultado se aprecia en la figura 9.

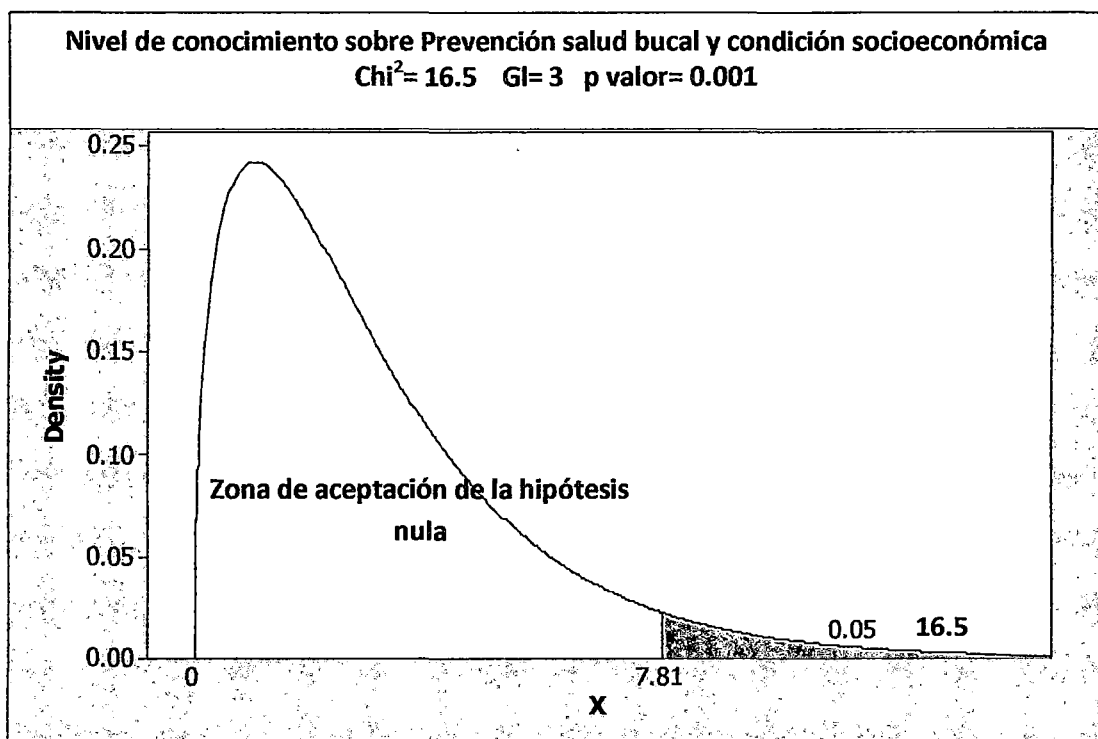


Figura 9. Análisis de la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

A fin de identificar la relación entre las categorías de las variables en estudio se va realizar un análisis específico con cada categoría

Tabla 10. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento malo y la condición socioeconómica muy bajo de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento malo	Condición socioeconómica muy bajo			Chi2	Gl	p valor
	Sí	No	Total			
Sí	Nº	9	96	0,79	1	0,304
	%	8.6%	91.4%			
No	Nº	2	43	0,79	1	0,304
	%	4.4%	95.6%			
Total	Nº	11	139	0,79	1	0,304
	%	7.3%	92.7%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de los pacientes.

En la tabla se observa que los pacientes que tienen un nivel de conocimiento malo, del 100%(105) de la muestra estudiada, el 91.4%(96) no son de una condición socioeconómica muy baja, y el 8.6%(9) sí son de una condición socioeconómica muy bajo. Y respecto a los que no tienen nivel de conocimiento malo, del 100%(45) de los pacientes, el 95.6%(43) no son de una condición socioeconómica muy baja y el 4.4%(2) de pacientes si son una condición socioeconómica muy baja.

Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 0.79, inferior al punto crítico de 1 grado de libertad de 3.84 con un p valor de 0.304 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento malo no se relaciona con la condición socioeconómica muy baja. En conclusión, se acepta la hipótesis nula específica (H_0) "No existe relación entre la condición socioeconómica muy baja con el nivel de conocimiento malo sobre

prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca” El resultado se aprecia en la figura 10.

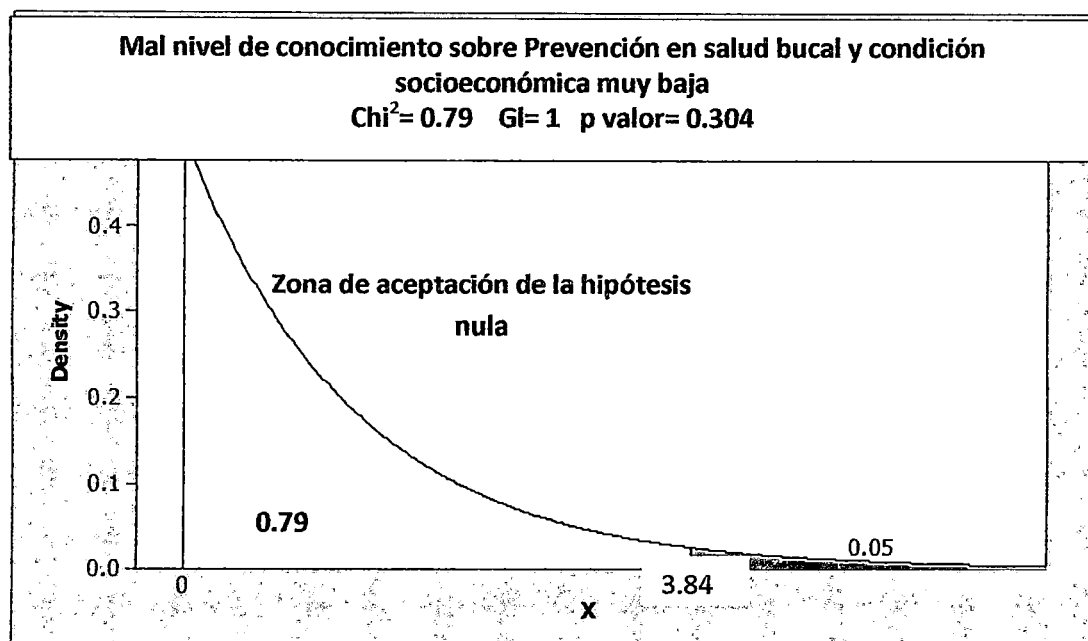


Figura 10. Análisis de la relación entre el Nivel de conocimiento malo y la condición socioeconómica muy bajo de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Tabla 11. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento malo y la condición socioeconómica bajo de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento malo	Condición socioeconómica bajo			Chi ²	Gl	p valor	
	Sí	No	Total				
Sí	Nº	77	28	105	7,0	1	0,008
	%	73.3%	26.7%	100.0%			
No	Nº	23	22	45			
	%	51.1%	48.9%	100.0%			
Total	Nº	100	50	150			
	%	66.7%	33.3%	100.0%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

En la tabla se observa que los pacientes que tienen un nivel de conocimiento malo, del 100%(105) de la muestra estudiada, el 73.3%(77) son de una condición

socioeconómica baja, y el 26.7%(28) no son de una condición socioeconómica baja. Y respecto a los que no tienen nivel de conocimiento malo, del 100%(45) de los pacientes, el 51.1%(23) si son de una condición socioeconómica baja y el 48.9%(22) de pacientes no son una condición socioeconómica muy baja.

Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 7.0, superior al punto crítico de 1 grado de libertad de 3.84 con un p valor de 0.008 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento malo se relaciona con la condición socioeconómica baja. En conclusión, se acepta la hipótesis de investigación específica (H_i) "Existe relación entre la condición socioeconómica bajo con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca" y se rechaza la hipótesis nula específica (H_0) "No existe relación entre la condición socioeconómica baja con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca" El resultado se aprecia en la figura 11.

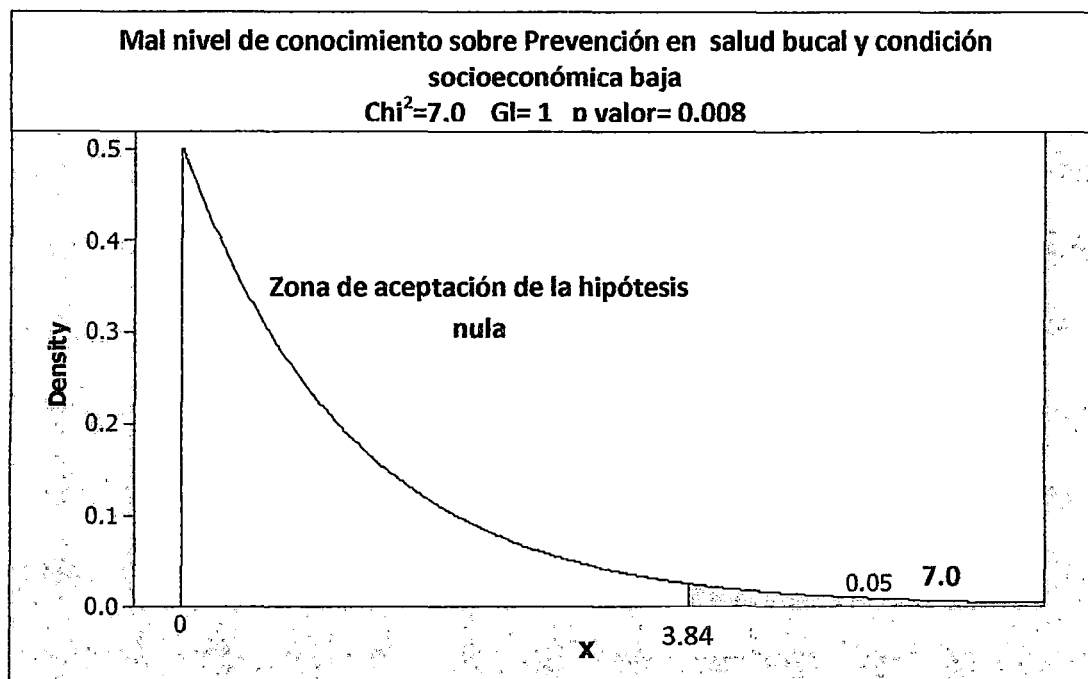


Figura 11. Análisis de la relación entre el Nivel de conocimiento malo y la condición socioeconómica bajo de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Tabla 12. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento malo y la condición socioeconómica medio de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento malo	Condición socioeconómica medio			Chi2	Gl	p valor	
	Sí	No	Total				
Sí	Nº	19	86	105	5,4	1	0,019
	%	18.1%	81.9%	100.0%			
No	Nº	16	29	45			
	%	35.6%	64.4%	100.0%			
Total	Nº	35	115	150			
	%	23.3%	76.7%	100.0%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

En la tabla se observa que los pacientes que tienen un nivel de conocimiento malo, del 100%(105) de la muestra estudiada, el 81.9%(86) no son de una condición socioeconómica media, y el 18.1%(19) sí son de una condición socioeconómica media. Y respecto a los que no tienen un nivel de conocimiento malo, del 100%(45) de los pacientes, el 64.4%(29) no son de una condición socioeconómica media y el 35.6%(16) de pacientes si son una condición socioeconómica media.

Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 5.4, superior al punto crítico de 1 grado de libertad de 3.84 con un p valor de 0.019 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento malo se relaciona con la condición socioeconómica media. En conclusión, se acepta” la hipótesis de investigación específica (Hi) “Existe relación entre la condición socioeconómica media con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca” y se rechaza la hipótesis nula específica (Ho) “No existe relación entre la condición socioeconómica media con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca” El resultado se aprecia en la figura 12.

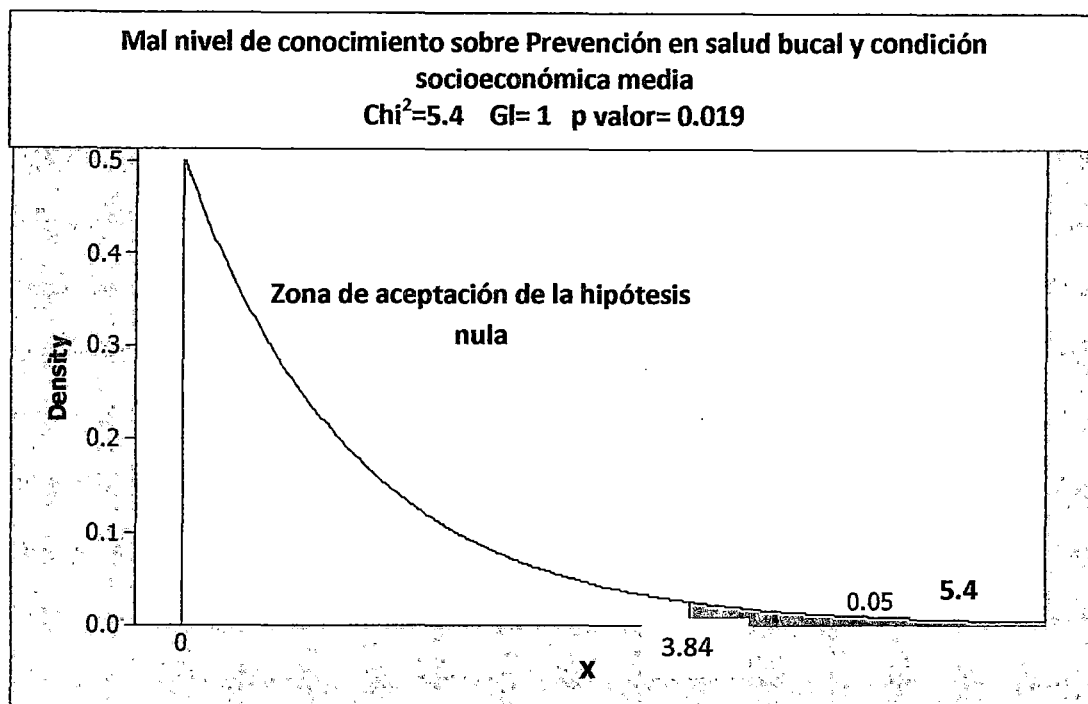


Figura 12. Análisis de la relación entre el Nivel de conocimiento malo y la condición socioeconómica media de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Tabla 13. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento malo y la condición socioeconómica medio alto de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento malo	Condición socioeconómica medio alto			Chi2	Gl	p valor
	Sí	No	Total			
Sí	N°	0	105	9,6	1	0,007
	%	0.0%	100.0%			
No	N°	4	41	9,6	1	0,007
	%	8.9%	91.1%			
Total	N°	4	146	9,6	1	0,007
	%	2.7%	97.3%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

En la tabla se observa que los pacientes que tienen un nivel de conocimiento malo, del 100%(105) de la muestra estudiada, el 100.0%(105) no son de una condición socioeconómica medio alto. Y respecto a los que no tienen un nivel de

conocimiento malo, del 100%(45) de los pacientes, el 91.1%(41) no son de una condición socioeconómica medio alto y el 8.9%(4) de pacientes si son una condición socioeconómica medio alto.

Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 9.6, superior al punto crítico de 1 grado de libertad de 3.84 con un p valor de 0.007 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento malo se relaciona con la condición socioeconómica media. En conclusión, se acepta” la hipótesis de investigación específica (Hi) “Existe relación entre la condición socioeconómica medio alta con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca” y se rechaza la hipótesis nula específica (Ho) “No existe relación entre la condición socioeconómica media alta con el nivel de conocimiento malo sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca” El resultado se aprecia en la figura 13.

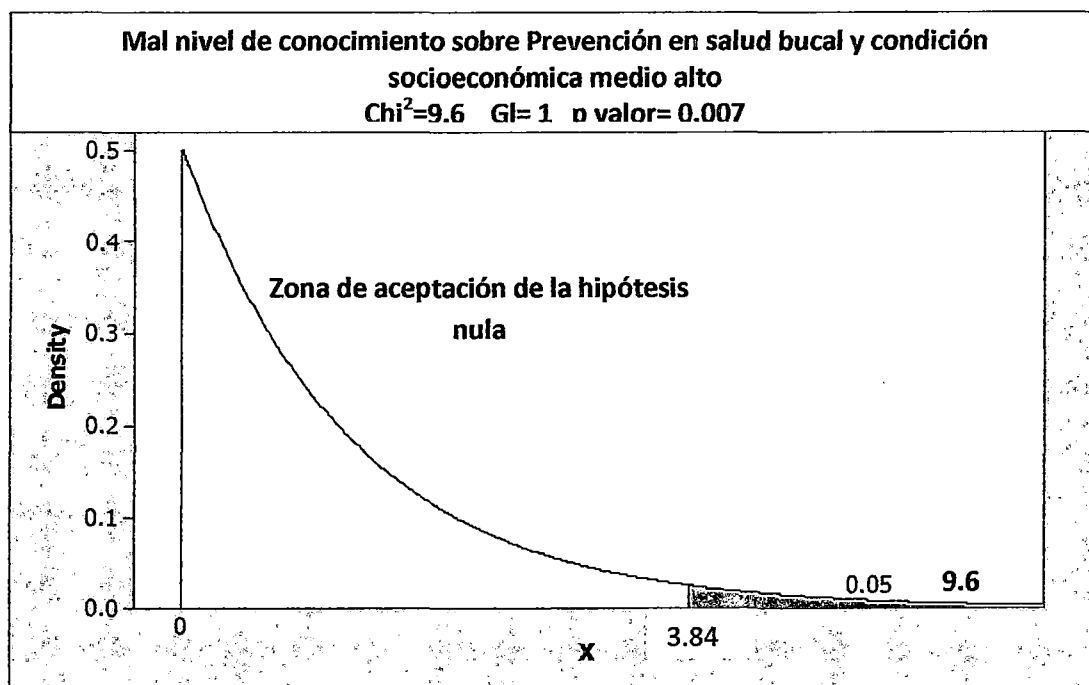


Figura 13. Análisis de la relación entre el Nivel de conocimiento malo y la condición socioeconómica medio alto de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Tabla 14. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento bueno y la condición socioeconómica muy bajo de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento bueno		Condición socioeconómica muy bajo			Chi2	G1	p valor
		Sí	No	Total			
Sí	Nº	2	43	45	0,79	1	0,304
	%	4.4%	95.6%	100.0%			
No	Nº	9	96	105			
	%	8.6%	91.4%	100.0%			
Total	Nº	11	139	150			
	%	7.3%	92.7%	100.0%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

En la tabla se observa que los pacientes que tienen un nivel de conocimiento bueno, del 100%(45) de la muestra estudiada, el 95.6%(43) no son de una condición socioeconómica muy baja, el 4.4%(2) si son de una condición socioeconómica muy baja. Y respecto a los que no tienen un nivel de conocimiento bueno, del 100%(105) de los pacientes, el 91.4%(96) no son de una condición socioeconómica muy baja y el 8.6%(2) de pacientes si son una condición socioeconómica muy baja.

Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 0.7, es inferior al punto crítico de 1 grado de libertad de 3.84 con un p valor de 0.304 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento bueno no se relaciona con la condición socioeconómica muy baja. En conclusión se acepta la hipótesis nula específica (H_0) “No existe relación entre la condición socioeconómica muy baja con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca” El resultado se aprecia en la figura 14.

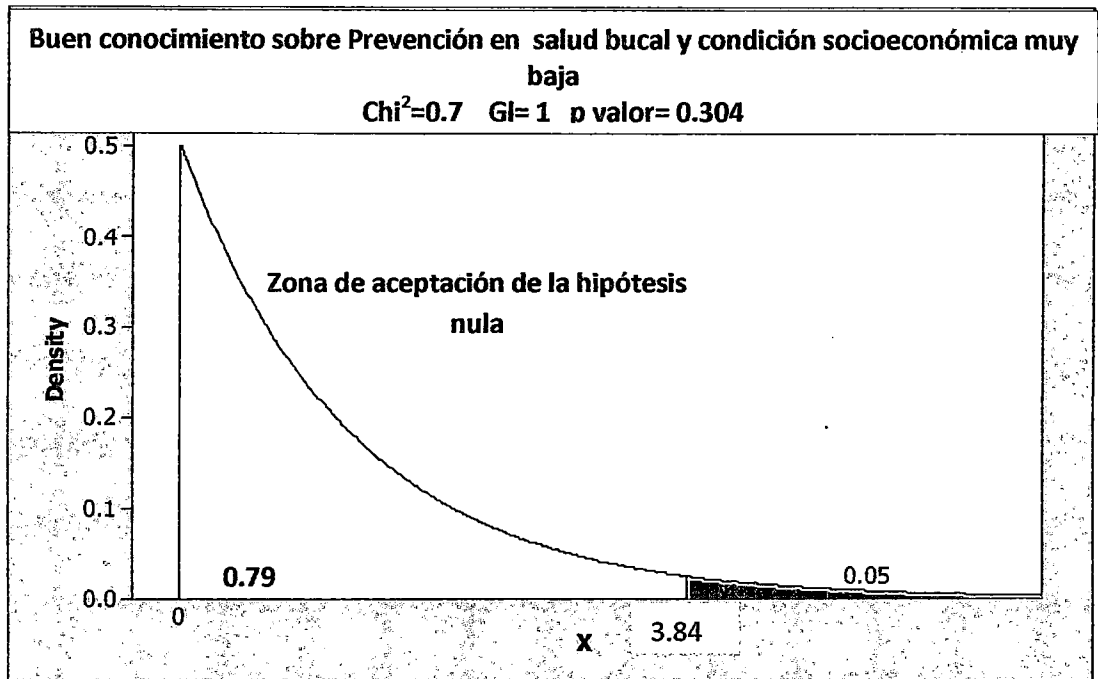


Figura 14. Análisis de la relación entre el Nivel de conocimiento bueno y la condición socioeconómica muy baja de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Tabla 15. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento bueno y la condición socioeconómica baja de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento bueno		Condición socioeconómica baja			Chi2	Gl	p valor
		Sí	No	Total			
Sí	Nº	23	22	45	7,0	1	0,008
	%	51.1%	48.9%	100.0%			
No	Nº	77	28	105			
	%	73.3%	26.7%	100.0%			
Total	Nº	100	50	150			
	%	66.7%	33.3%	100.0%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

En la tabla se observa que los pacientes que tienen un nivel de conocimiento bueno, del 100%(45) de la muestra estudiada, el 51.1%(23) son de una condición socioeconómica baja, el 48.9%(22) no son de una condición socioeconómica muy baja. Y respecto a los que no tienen un nivel de conocimiento bueno, del 100%(105) de los pacientes, el 73.3%(77) son de una condición socioeconómica baja y el 26.7%(28) de pacientes no son una condición socioeconómica muy baja.

Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 7.0, es superior al punto crítico de 1 grado de libertad de 3.84 con un p valor de 0.008 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento bueno se relaciona con la condición socioeconómica baja. En conclusión, se acepta la hipótesis de investigación específica (Hi) "Existe relación entre la condición socioeconómica baja con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca" y se rechaza la hipótesis nula específica (Ho) "No existe relación entre la condición socioeconómica baja con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca" El resultado se aprecia en la figura 15.

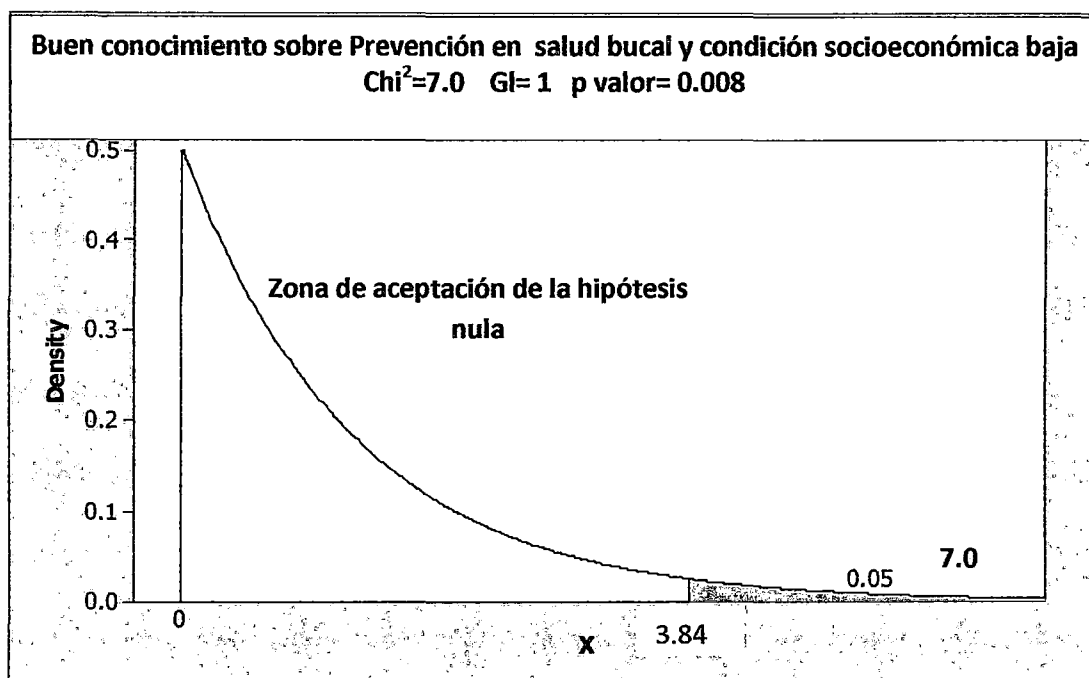


Figura 15. Análisis de la relación entre el Nivel de conocimiento bueno y la condición socioeconómica baja de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA-HUANUCO 2015.

Tabla 16. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento bueno y la condición socioeconómica media de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento Bueno	Condición socioeconómica medio		Total	Chi2	Gl	p valor
	Sí	No				
Sí	Nº	16	29			
	%	35.6%	64.4%			
No	Nº	19	86	5.4	1	0.034
	%	18.1%	81.9%			
Total	Nº	35	115			
	%	23.3%	76.3%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

En la tabla se observa que los pacientes que tienen un nivel de conocimiento bueno, del 100%(105) de la muestra estudiada, el 64.4%(29) no son de una condición socioeconómica media, el 35.6%(16) si son de una condición socioeconómica media. Y respecto a los que no tienen un nivel de conocimiento bueno, del 100%(45) de los pacientes, el 81.9%(86) no son de una condición socioeconómica media y el 18.1%(28) de pacientes si son una condición socioeconómica media.

Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 5.4, es superior al punto crítico de 1 grado de libertad de 3.84 con un p valor de 0.034 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento bueno se relaciona con la condición socioeconómica baja. En conclusión, se acepta” la hipótesis de investigación específica (H_i) “Existe relación entre la condición socioeconómica baja con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca” y se rechaza la hipótesis nula específica (H_o) “No existe relación entre la condición socioeconómica baja con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca” El resultado se aprecia en la figura 16.

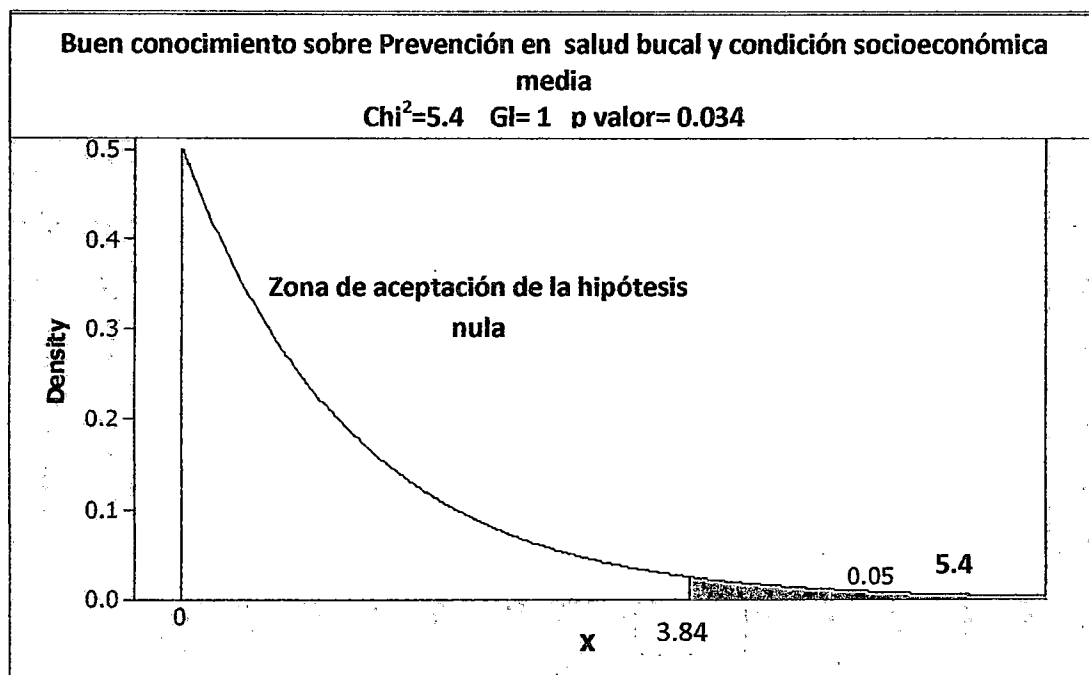


Figura 16. Análisis de la relación entre el Nivel de conocimiento bueno y la condición socioeconómica baja de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA-HUANUCO 2015.

Tabla 17. Tabla cruzada de la relación entre el Nivel de conocimiento bueno y la condición socioeconómica medio alta de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA- HUANUCO 2015.

Nivel de conocimiento		Condición socioeconómica medio alto		Total	Chi2	Gl	p valor
		Sí	No				
Bueno	Nº	4	41	45	9.6	1	0.007
	%	8.9%	91.1%	100.0%			
No	Nº	0	105	105			
	%	0.0%	100.0%	100.0%			
Total	Nº	4	146	150			
	%	2.7%	97.3%	100.0%			

Fuente: Cuestionario para determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y el cuestionario para determinar la condición socioeconómica de las pacientes.

En la tabla se observa que los pacientes que tienen un nivel de conocimiento bueno, del 100%(45) de la muestra estudiada, el 91.1%(41) no son de una condición socioeconómica media alta, el 8.9%(4) si son de una condición socioeconómica media. Y respecto a los que no tienen un nivel de conocimiento bueno, del 100%(105) de los pacientes, no son de una condición socioeconómica medio alto. Para establecer la significancia de estos datos se sometió al análisis mediante el estadístico de prueba de χ^2 , a fin de probar la hipótesis general, el χ^2 calculado fue 9.6, es superior al punto crítico de 1 grado de libertad de 3.84 con un p valor de 0.007 ($p < 0.05$) y una probabilidad de error de 0.1% de que el nivel de conocimiento bueno se relaciona con la condición socioeconómica baja. En conclusión, se acepta la hipótesis de investigación específica (Hi) "Existe relación entre la condición socioeconómica baja con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca" y se rechaza la hipótesis nula específica (Ho) "No existe relación entre la condición socioeconómica baja con el nivel de conocimiento bueno sobre prevención en salud bucal de los pacientes que acuden al A-CLAS Pillcomarca" El resultado se aprecia en la figura 17.

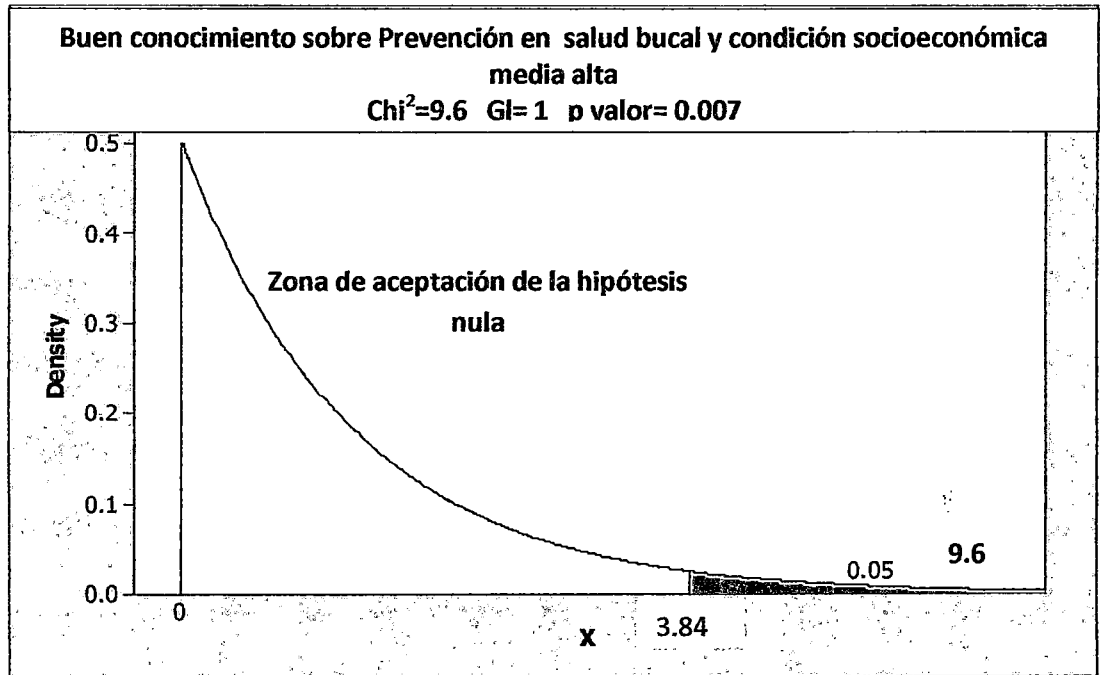


Figura 17. Análisis de la relación entre el Nivel de conocimiento bueno y la condición socioeconómica medio alto de los pacientes que acuden al A-CLAS PILLCO MARCA-HUANUCO 2015.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación se estudió a 150 pacientes de 18 a 70 años de edad; 121 (80,7%) eran mujeres y 29(19,3%) era varones. La relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica es un tema poco tratado en el País y más aun dentro de la región Huánuco, sin embargo existen algunas investigaciones que demuestran a ambas pero de manera aislada.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo indican que el nivel de conocimiento malo sobrepasa sobre el nivel de conocimiento bueno en un 70%(105) de las cuales la gran mayoría posee una condición socioeconómica baja por lo tanto se encuentra menos capacitada, entonces teniendo en cuenta los gráficos y tablas estudiados se observa que existe relación entre el nivel de conocimiento sobre la prevención en salud bucal y la condición socioeconómica en pacientes de manera cualitativa entre los puntajes de las variables estudiadas. Caso contrario sucede en la investigación de **Víctor Revello, Macarena Isler**; quien determinó el nivel de conocimiento de salud bucal de funcionarios apoderados de jardines Junji, mediante participación en talleres educativos durante el 2010, para lo cual se realizó un test tipo encuesta autoaplicada. De los que un 56.2% de los funcionarios y un 22.8 %de los apoderados encuestados declaró haber participado en los talleres de salud bucal. Los funcionarios y apoderados capacitados en los talleres educativos presentaron un mayor porcentaje de aprobación del test de conocimientos en salud bucal respecto que sus pares no capacitados que desaprobaron el test. En nuestro trabajo de estudio no se realizaron talleres para mejorar el conocimiento, pero se determinó que en su gran mayoría poseen un nivel de conocimiento malo es decir son personas menos capacitadas.

En nuestro estudio se obtuvo que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal que del total de la muestra(105 pacientes) (70%) tienen un nivel de conocimiento MALO y 45 pacientes (30%) tienen un nivel de conocimiento

BUENO, Según Teixeira González, Pablo y cols obtuvo en cuanto a la evaluación sobre el nivel de conocimiento en madres sobre higiene bucal en niños de 0- 3 años de edad que asisten al Hospital Materno; de los cuales un (87-85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal. El nivel de conocimiento bueno (1-1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mayores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa. Caso contrario sucede en nuestro estudio en donde la mayoría de mujeres que del total de la muestra 100%(121), un 68.6%(83) tienen un nivel de conocimiento malo, sucediendo lo mismo en personas mayores de 25 años de edad.

Para Laricchia S. Roberto, Laricchia T. Silvia, quienes en su investigación buscaron establecer la relación entre el nivel de conocimiento con el componente salud bucal en pacientes que consto de 238 pacientes adultos mayores, para la muestra se tomó 71 de ellos de ambos géneros; 33 hombres (a partir de los 60 años de edad) y 38 mujeres (a partir de los 55 años de edad). Se utilizó un cuestionario para medir la variable nivel socioeconómico y un registro de observación para establecer las condiciones del componente de salud bucal. En el estudio se concluyó que la necesidad protésica y el tipo de prótesis no están en relación con el grado de instrucción, el nivel de actividad laboral, lo cual no concuerda con nuestros resultados obtenidos, ya que la población estudiada en su mayoría no comprende a adultos mayores.

También se encontró en el estudio de, NOLASCO GUERRA KARLA MILENA que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal en 21 docentes. Dicha investigación se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y sobre desarrollo dental. En general, sobre prevención en salud Bucal el 100% mostró un nivel regular. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas del 100% de encuestados obtuvimos un 71% en un nivel bueno y un 29% en un nivel regular; sobre el conocimiento sobre enfermedades bucales del 100% de encuestados obtuvimos un 57% en un nivel regular, un 19% en un nivel malo y un 24% en un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental del 100% de encuestados

obtuvimos un 29% en un nivel regular ,en un nivel malo71% y en un nivel bueno un 0 %. No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre el nivel de conocimiento y la edad, sexo. pero sí una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento y el tiempo de experiencia. A diferencia de nuestro trabajo, los resultados que obtuvimos de toda la población que fueron 150 pacientes el 70% tuvieron un nivel de conocimiento malo y el 30% tuvieron un nivel de conocimiento bueno.

CONCLUSIONES

- ✓ Queda demostrada la relación entre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal y la condición socioeconómica en los pacientes que acuden al A-CLAS Pillco Marca, ya que del 100.0% (150) de la muestra estudiada, de los que poseen mal nivel de conocimientos, el 73.3% (77) son de condición socioeconómica baja; el 18.1% (19) de pacientes son de condición socioeconómica media, y el 8.6%(9) son de muy baja condición socioeconómica. De los pacientes con buen nivel de conocimiento, el 51.1% (23) son de baja condición socioeconómica; el 35.6% (16) de pacientes son condición socioeconómica media; el 8.9% (4) tienen condición socioeconómica medio alto y el 4.4% (2) son de condición socioeconómica muy baja.

- ✓ En relación al grado de instrucción de las personas evaluadas, Del 100.0% (150) de la muestra en estudio, el 46,7% (70) tienen estudios secundarios; el 24,7% (37) tienen primaria; el 18.0% (27) tienen estudios superior técnica, y solo el 10,7% (16) poseen estudios universitarios.

- ✓ En relación al género, se muestra una frecuencia de 121 personas (80,7%) del género femenino y 29 (19,3%) que pertenecen al género masculino.

- ✓ La edad promedio de la muestra en estudio es de 31 años; la desviación estándar respecto a la media es 11_{\pm} ; por encima de 28 años se encuentra el 50.0% de la muestra y por debajo de 28 años se encuentra la muestra con menor edad; la edad más frecuente fue 27 años; el rango de la edad es 54; el percentil 25 abarca hasta los 23 años; el percentil 50, el cual es 28 años, indica lo misma que la mediana; y el percentil 75 indica que hasta 38 años se considera al 75.0% de la muestra en estudio.

- ✓ En cuanto a la proporción del conocimiento según la muestra de los pacientes; Del 100.0% (150) de la muestra en estudio, el 70% (105) tienen un nivel de conocimiento malo; el 30%(45) tienen un nivel de conocimiento bueno.

- ✓ En relación a la condición socioeconómica según la muestra; Del 100.0% (150) de la muestra estudiada el 66.67% (100) tienen una condición socioeconómica baja, el 23.33%(35) tienen una condición socioeconómica media; el 7.33 (11) tienen una condición socioeconómica muy baja y el 2.67 (4) tiene una condición socioeconómica medio alta.

RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda dar mayor importancia al diagnóstico y el tratamiento de pacientes que no tienen una condición socioeconómica baja, ya que ellos son los menos informados, acerca de la importancia del cuidado de los dientes, y que por ello prevalece los altos índices de caries, enfermedad periodontal, etc.
- ✓ Se recomienda dar mayor importancia en la evaluación de los programas de prevención y promoción de salud bucal que existen, pues son programas dados por el estado, pero que no se ven reflejadas en la realidad de la población, ya que la mayoría de ellos; que son de baja condición socioeconómica no tienen el conocimiento necesario de los cuidados de salud bucal y mucho menos de la existencia de estos programas.
- ✓ Se sugiere poner en marcha y practica todos estos programas preventivos de salud bucal, ya que la única posibilidad de mantener la salud bucal , es prevenir la enfermedad de forma precoz; antes de que la enfermedad se instale, entonces las personas al estar informadas y tener los conocimientos básico, tomen conciencia y lo pagan en práctica.
- ✓ Se sugiere capacitar personal para dar charlas educativas y/o preventivas a la comunidad acerca de la promoción y prevención de salud bucal, ya que contamos con programas pero eso no se ve reflejado en la población y como volvemos a recalcar en los índices sobre las principales enfermedades bucodentales que abordamos en la práctica diaria.
- ✓ Se recomienda realizar más estudios de este tipo para poder evaluar en tiempo, poder capacitar a las personas y poder evaluar a largo plazo los resultados, de que sirve trabajar en la parte restaurativa sino nos enfocamos en el problema, en por qué o la razón de ser de cada una de las enfermedades más prevalentes en la población.

- ✓ Se recomienda trabajar en forma interdisciplinaria, de esta manera poder disminuir en el tiempo estos altos niveles de incidencia de caries, en las personas adultas y en los niños. Inculcar valores en los profesionales y crear en ellos personas consientes y cálidas que estén dispuestos a ir mas allá de lo clásico de lo normal y formal, no todos somos iguales pero si personas inteligentes dispuestos a mejorar el estado de salud de la población, en especial de los niños, ellos son el futuro del país, en la escuela se les inculca valores, no debe ser ajenos el que conozcan ya prendan pues lo que les enseñamos ahora a ellos les servirá, y en el fututo lo inculcaran sus hijos. Todo es posible siempre y cuando trabajemos a conciencia y pensemos en los demás.

- ✓ El MINSA no tiene en cuenta los procesos que realiza el odontólogo, ellos simplemente exigen en los centros de salud que se cumpla un record, sin importar la calidad de tratamientos que se realicen, es demasiado protocolar lo que ellos exigen, peri no se ven los resultados no se observa progreso. Las cosas se pueden plantar de muchas maneras, pero dependerá mucho del trabajo en equipo para poder ver los resultados positivos en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Al-Khateeb TL, Darnish SK, Bastani AE, O'Mullane DM. Dental caries in children residing in communities in Saudi Arabia with differing levels of natural fluoride in the drinking water. *Community Dent Health* 1990; 7: 165-71.
- 2- Al-Mohammadi SM, Rug-Gunn AJ, Butler TJ. Caries prevalence in boys aged 2, 4 and 6 years according to socio-economic status in Riyadh, Saudi Arabia. *Comm Dent Oral Epidem* 1997; 25: 184-6. edigraphic.com
- 3- Antunes JL, Peres MA, de Campos MTR, Waldman EA. Multi-level assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34: 146-52.
- 4- Archila L, Bartizek RD, Gerlach RW, Jacobs SA, Biesbrock AR. Dental caries in school-age children residing in five Guatemalan communities. *J Clin Dent* 2003; 14: 53-8.
- 5- Astroth J, Berg R, Berkey D, McDowell J, Hamman R, Mann J. Dental caries prevalence and treatment need in Chiriqui Province, Panama. *IntDent J* 1998; 48: 203-9.
- 6- Beltrán-Valladares P, Cocom-Tum H, Casanova-Rosado JF, Vallejos-SánchezAA, Medina-Solís CE, Maupomé G. Caries prevalence and some associated factors in 6-9-year-old schoolchildren in Campeche, Mexico. *Rev* 2006; 17: 25-33.
- 7- Canales FH. *et al.* Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo personal de salud 20ava ed: México, Limusa Noriega Editores. 2004.327p

- 8- Casanova-Rosado AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Maupomé G, Ávila-Burgos L. Dental caries and associated factor in Mexican schoolchildren aged 613 years. *Acta Odontol Scand* 200563: 245-51.
- 9- Cuba, Ivana y cols. Conocimiento sobre prevención bucal de los adolescentes del colegio experimental de la universidad católica de encarnación en el año 2013 Encarnación – Paraguay 2013.
- 10- Equipos MORI Resumen Ejecutivo: Informe de Estratificación Social a Escala Nacional por Nivel Socioeconómico 2006 - 2007. La Paz: MORI; 20NSE2008.Disponible en:
<http://www.equiposmori.com/Resumen%20Ejecutivo%20%20BOLIVIA.pdf>
- 11- Erika Marisol Espinoza-Usaqui, Flor de María Pachas-Barrionuevo. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev. Estomatol Herediana*. 2013 Abr-Jun; 23(2):101-108.
- 12- Escarza-Mestas ME, Intrago-Soto Y, Fernández y Beltrán H y col. Morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal (1980). México: Informe Técnico, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Dirección General de Estomatología. 1982.
- 13- Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature.
- 14- Hernández Sampieri *et al.* Metodología de la investigación científica. Quinta edición México D.F: Mc Graw-Hill. 2010.613p
- 15- Herrera MS, Medina-Solís CE, Maupomé G. Experiencia y prevalencia de

- caries dental en escolares de León, Nicaragua. Gac Sanit 2005; 19: 302-6.
- 16- Instituto Nacional de Salud. – Efecto del nivel socioeconómico sobre algunos indicadores de salud y nutrición en la niñez, Perú 2003 2004. Lima: INS; 2007
- 17- Irigoyen ME, López SA, Armendáriz DA, Baz G. Caries y necesidades de atención en una población infantil del Estado de México. Pract Odontol 1994; 15: 37-41.
- 18- Irigoyen ME, Maupomé G, Mejia AM. Caries experience and treatment needs in a 6- to 12-year-old urban population in relation to socio-economic status. Community Dent Health 1999; 16: 245-9.
- 19- Jensen K, Hermosillo JGG. Salud dental: Problemas de caries dental, higiene bucal y gingivitis en la población marginada metropolitana de México. Bol of Sanit Panam 1983; 94: 587-602.
- 20- Laricchia S. Roberto, Laricchia T. Silvia. Nivel socioeconómico y salud bucal en adultos mayores atendidos en la Unidad de Atención Médico Odontológica Especializada (UNAMOES). ODOUS CIENTIFICA vol. 12 N° 2 julio – Diciembre 2012.
- 21- Maupomé-Carvantes, Borges YA, Ledesma MC y col. Prevalencia de caries dental en zonas rurales y peri-urbanas marginadas. Rev Salud Pública (México). 1993; 35: 357-67.

- 22- Medina-Solís CE, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, ÁvilaBurgos L, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de 6 a 12 años de edad. *Rev Invest Clin* 2006; 58: 296-304.
- 23- Molina N, Blanco R, Sánchez G. Social inequalities and dental caries in Mexican schoolchildren. *Comm Dent Health* 1998; 15: 3-207.
- 24- Nel Quezada L. Metodología de la investigación. Lima.MACRO. 334p.
- 25- Nolasco Guerra Karla Milena. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en docentes de la I.E 88037 Antenor Sánchez, del distrito de Chimbote, de la provincia del santa, región Ancash- 2010 Chimbote - Perú 2010.
- 26- Peterson PE. Social inequalities in dental health-towards a theoretical explanation. *Comm Dent Oral Epidem* 1990; 18: 153-8.
- 27- Pineda Rodríguez I, Mulet Sarmiento D, García Pérez D, Rosales Álvarez JM. Aplicación de la educación para la salud en pacientes del Hogar de Impedidos Físicos y Mentales de Holguín. *Bol Estomatol Acción* 1999; 1(1):8 - 12.
- 28- Rodríguez vargas martha Cecilia. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del hospital nacional daniel a. carrión en el año 2002. Lima– Perú 2002.

- 29- Rubén Limaylla Cecilio Sylvia, Chein Villacampa. Factores familiares, socioeconómicos y de comportamiento en salud oral asociados a la severidad de caries en escolares adolescentes. *Odontol. Sanmarquina* 2009; 12(2):57-61
- 30- Segovia-Villanueva A, Estrella-Rodríguez R, Medina-Solís CE, Maupomé G. Dental caries experience and factors among preschoolers in Southeastern Mexico: A brief communication. *Public Health Dent* 2006; 66: 88-91.
- 31- Solórzano I, Salas MT, Chavarría P, Beltrán-Aguilar E, Horowitz H. Prevalence and severity of dental caries in Costa Rican schoolchildren: results of the 1999 national survey. *Int Dent J* 2005; 55: 24-30.
- 32- Teixeira González, pablo y cols. Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil san pablo. Paraguay, 2010 rev. *Salud pública parag.* 2011; vol. 1 (1): 3-12.
- 33- Tellez M, Sohn W, Burt BA, Ismail AI. Assessment of the relationship between neighborhood characteristics and dental caries severity among low-income African-Americans: a multilevel approach. *J Public Health Dent* 2006; n66: 30-6.
- 34- Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Maupomé G, Casanova-Rosado AJ, Minaya-Sánchez M. Defectos del esmalte, caries en dentición primaria, fuentes de fluoruro y su relación con la presencia de caries en dientes permanentes. *Gac Sanit* 2007; 21: 227-34.
- 35- Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Maupomé G, Minaya-Sánchez M, Pérez-Olivares S. Caries increment in the

permanent dentition of Mexican children in relation to prior caries experience on permanent and primary dentitions. J Dent 2006; 34: 709-15.

36- VICTOR REVELLO, Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el “Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares” Región Metropolitana Rev Chil Salud Pública 2013; Vol 17 (1): 40-4

ANEXOS

ANEXO (01)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“RELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL Y LA CONDICIÓN SOCIECONOMICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL A-CLAS PILLCO MARCA, HUÁNUCO-2015”

El anterior es el título de un estudio que está siendo realizado para la Tesis para optar al título de cirujano dentista en la Escuela de Odontología de la UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN - HUANUCO, por los alumnos Grecia Athina, Isuiza Almeida, Juan Jose Díaz Ruíz.

Para la realización del trabajo se utilizara cuestionarios sobre:

3. **DATOS PERSONALES.**
4. **CUESTIONARIO PARA DETRMINAR EN NIVEL DE CONOCIMIENTO SALUD BUCAL.**
5. **CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CODICIÓN SOCIOECONOMICA.**

La participación en este estudio es voluntaria, y no irá en relación alguna a ninguna retribución o desmedro de ningún tipo para Ud.

A su vez, los datos obtenidos serán de **total confidencialidad** y serán utilizados única y exclusivamente con fines investigativos en la tesis anteriormente descrita.

Yo..... DNI:
acepto participar en este estudio, permitiendo el acceso y recolección de los datos personales, de anamnesis médica y del examen físico general desde mi ficha clínica, para ser utilizados en este estudio bajo las condiciones nombradas.

Fecha: / /

Firma

Mail Contacto Tesista:
Gimetnerfek_6_aries@hotmail.com
juan_12_dj@hotmail.com

ANEXO (02)

**CUESTIONARIO PARA DETERMINAR NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD BUCAL**

INTRODUCCIÓN:

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

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincera.

I DATOS GENERALES:

Edad: (Años cumplidos)

Sexo.....

Distrito donde vive:

Grado de Instrucción:.....

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior técnica ()
- Superior universitaria ()

II. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 20 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

1. ¿Cuáles considera Ud. Son medidas preventivas en Salud bucal?
 - a. Dulces, cepillo dental, pasta dental ()
 - b. Flúor, pasta dental, leche ()
 - c. Cepillo, hilo dental, sellantes ()

2. Principalmente, cuando debo cepillarme los dientes:
 - a. Antes del desayuno ()
 - b. Después del desayuno ()
 - c. Antes de acostarme ()

3. ¿Considera que la alimentación durante el embarazo, afecta los dientes del niño?
Si () No ()

4. ¿Considera al flúor importante para los dientes de los niños?
Si () No ()
5. ¿Enseña a los niños a lavarse las encías?
Si () No ()
6. ¿Cuándo observa que un niño se succiona el dedo, o hace uso de chupo u otras cosas, considera que le afectaría a su dentición?
Si () No ()
7. ¿Considera que es necesario en su institución el apoyo del dentista?
Si () No ()
8. ¿Considera que es necesario que usted se capacite en aspectos de prevención bucal?
Si () No ()
9. Considera que la placa bacteriana son:
- a. Restos de dulce y comida ()
 - b. Manchas blanquecinas en los dientes ()
 - c. Restos de alimentos y microorganismos ()
 - d. No sé ()
10. La Caries de biberón es:
- a. La caries causada por dulces ()
 - b. La caries que afecta los dientes de leche()
 - c. La caries causada por falta de aseo ()
 - d. No sé ()
11. La gingivitis es:
- a. El dolor de diente ()
 - b. La enfermedad de las encías ()
 - c. La inflamación del labio ()
 - d. No sé ()

12. La enfermedad Periodontal es:

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

13. ¿Porque considera que a una persona le sangran las encías?

- a. Porque no se cepilla ()
- b. Porque se le mueve los dientes ()
- c. Porque no visita al dentista ()
- d. Todos ()

14. ¿Conoce cómo se presenta los cálculos en los dientes?

Si () No ()

15. ¿Sabe cuando empiezas a formarse los dientes de los niños?

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

16. ¿Sabes cuantos tipos de dientes tiene un niño?

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

17. ¿Sabe cuántos dientes de leche tiene un niño?

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

18. ¿Considera que el cambio de los dientes produce síntomas en el niño?

Si () No ()

19. ¿Sabe cuántos tipos de dentición tiene un niño?

a. 1 ()

b. 2 ()

c. 3 ()

d. No sé ()

20. ¿Sabe cuándo erupcionan los dientes definitivos de un niño?

a. A los 3 meses de nacido ()

b. A los 6 meses de nacido ()

c. Al año de nacido ()

d. No sé ()

ANEXO (03)

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR CONDICION SOCIOECONOMICA

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

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad. Sea totalmente sincera.

DATOS DE FILIACIÓN

Barrio () Urbanización () Caserío () Centro Poblado ()

Edad:.....

Sexo: Masculino () Femenino ()

DATOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

NIVEL SOCIAL

1. La vivienda del encuestado se ubica en una zona: (SOLO UNA ALTERNATIVA)

Rural () b) Urbano-marginal () c) Urbano ()

2. Dónde realiza Ud. su principal actividad laboral? (SOLO UNA ALTERNATIVA)

a) En una Institución Pública o Privada ()

b) En el campo ()

c) Ama de casa ()

d) Negociante ()

e) No trabaja ()

3. A que Organizaciones Ud. pertenece? (VARIAS ALTERNATIVAS)

a) Ninguno ()

b) Clubes ()

- c) Sindicatos ()
- d) Grupo ()
- e) Asociaciones ()

4. ¿Qué actividad realiza Ud. con más frecuencia en su tiempo libre?

(SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Pasea con amigos ()
- b) Duerme ()
- c) Deportes ()
- d) Ve TV, lee, Internet ()
- e) Ninguno ()

NIVEL ECONÓMICO

1. Promedio de ingreso mensual : (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) No recibe ingresos
- b) Menos de 465 soles
- c). 465 - 930 soles
- d) 930 – 1395 soles
- e) 1395 – 1860 soles

2. Principal material de la vivienda (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Estera ()
- b) Piedra con barro ()
- c) Adobe ()
- d) Madera ()
- e) Ladrillo- cemento ()

3. Pertenencia de la vivienda (SOLO UNA ALTERNATIVA)

- a) Familiar ()
- b) Propia por invasión ()
- c) Alquilada ()
- d) Propia pagándose a plazos ()

e) propia pagada ()

Servicios con los que cuenta su vivienda:(VARIAS ALTERNATIVAS)

a) Electricidad ()

b) Agua ()

c) Desagüe ()

d) Cable ()

e) Internet ()

ANEXO (04)

**ASIGNACIÓN DE PUNTAJES PARA INDICADORES NIVEL
SOCIOECONÓMICO-CULTURAL**

NIVEL SOCIAL PUNTAJE PARA CADA INDICADOR

Ubicación de la vivienda	puntaje
Rural	0
Urbano-marginal	1
Urbano	2

Principal actividad laboral	puntaje
No trabaja	0
En el campo	1
Ama de casa	1
Negociante	2
Institución pública/privada	3

Organizaciones sociales a la que pertenece	puntaje
Ninguna	0
Clubes	1
Sindicato	1
Grupos	1
asociaciones	1

Actividades en su tiempo libre	puntaje
Ninguna	0
Duerme	0
Deportes	1
Lee, ve TV, internet	2
Pasea con amigos	3

NIVEL ECONÓMICO PUNTAJE PARA CADA INDICADOR

Promedio de ingreso económico mensual	puntaje
No recibe ingresos	0
Menos de 465 soles	1
466- 930 soles	2
931- 1395 soles	3
1396 soles a mas	4

Principal material de la vivienda	puntaje
Estera	0
Piedra con barro	1
Adobe	2
Madera	3
Ladrillo- cemento	4

Pertenencia de la vivienda	Puntaje
Familiar	0
Propia por invasión	1
Alquilada	2
Propia pagada a plazos	3
Propia pagada	4

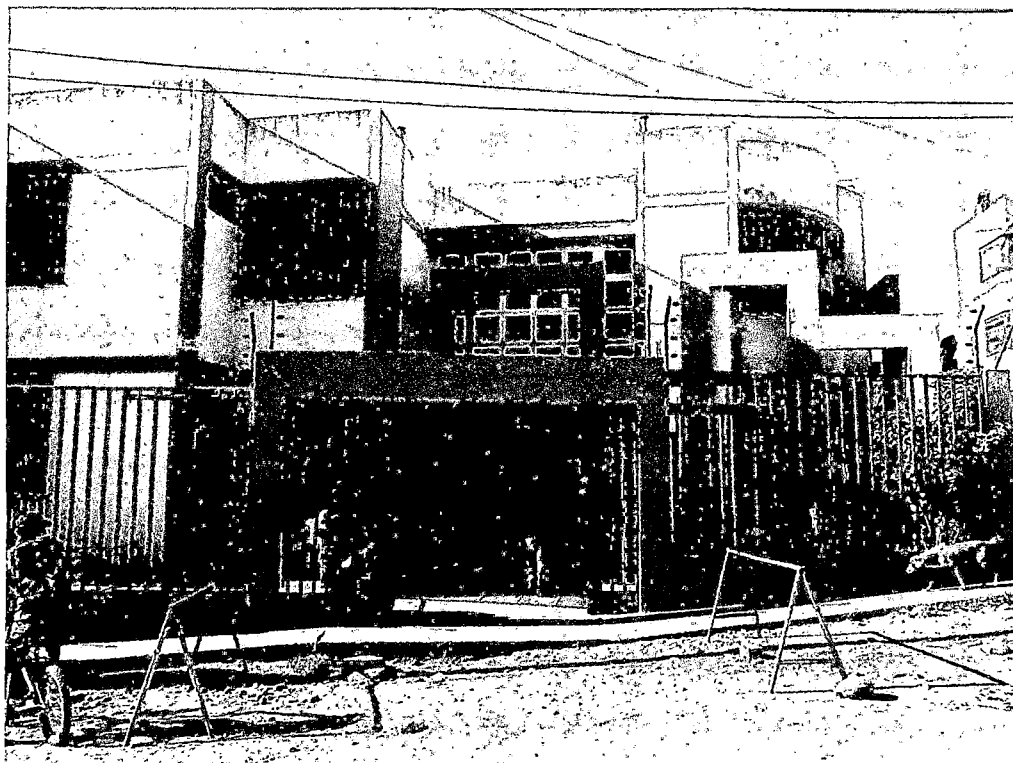
Servicios con los que cuenta la vivienda	puntaje
Agua	1
Desagüe	2
Electricidad	3
Cable	4
Internet	4

NIVEL SOCIOECONÓMICO-CULTURAL. Puntajes obtenidos de sumar valores del nivel social, nivel económico de cada individuo.

Nivel socioeconómico		
Categoría	Suma de puntajes por	Rango de puntaje
Medio-alto	NS +NE	22-40 ptos
Medio	NS +NE	21-30 ptos
Bajo	NS +NE	11-20 ptos
Muy bajo	NS +NE	1-10 ptos

ANEXO(05)

FOTOGRAFIAS











UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN DE HUÁNUCO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

En Cayhuayna, a los 05 días del mes de Enero del año dos mil dieciséis, siendo las 10 horas con 20 minutos, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, se reunieron en el aula 301 de la EAP de Odontología, los miembros del Jurado Calificador de tesis, nombrados con Resolución N° 298-2015-UNHEVAL-FM-D, de fecha 18.DIC.2015, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: "RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL Y LA CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA EN PACIENTES QUE ACUDEN AL A-CLAS PILLCOMARCA, HUÁNUCO -2015", elaborado por las Bachilleres en Odontología **ISUIZA ALMEIDA, Grecia Athina y DÍAZ RUÍZ, Juan José.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

❖ Mg. Marco Antonio OLIVARES GARCÍA	Presidente
❖ Mg. Guillermo Jubert TORRES CHÁVEZ	Secretario
❖ Mg. Jesús Omar CÁRDENAS CRIALES	Vocal
❖ CD. Rafael CACHAY CHÁVEZ	Accesitario

Finalizado el acto de sustentación de Tesis, el Presidente del Jurado Evaluador indica a los sustentantes y al público presente retirarse de la sala de sustentación por un espacio de cinco minutos para deliberar y emitir la calificación final, quedando Aprobados los sustentantes **ISUIZA ALMEIDA, Grecia Athina y DÍAZ RUÍZ, Juan José**, con la nota de 11 equivalente a Muy Bueno, con lo cual se da por concluido el proceso de sustentación de Tesis a horas 11:00 en fe de lo cual firmamos.

Cayhuayna, enero 05 del 2016

Mg. Marco Antonio OLIVARES GARCÍA
PRESIDENTE

Mg. Guillermo Jubert TORRES CHÁVEZ
SECRETARIO

CD. Rafael CACHAY CHÁVEZ
ACCESITARIO

- Bueno (14,15 y 16)
- Muy Bueno (17 y 18)
- Excelente (19 y 20)