



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

TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE
LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL 2017**

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR:

BACHILLER: PATRICIO PERALTA, YOHANA JUANA

LIMA – PERÚ

2017

A la memoria de mi abuelito Fermín, que Dios lo tenga en su gloria y que desde el cielo estará velando siempre nuestros pasos

A mi madre por el cariño y sobre todo por el amor incondicional, por enseñarme a luchar y seguir avanzando pese a las dificultades y por apoyarme en las decisiones que han marcado mi vida como mejor persona y profesional

A mis hermanos por la paciencia que me tuvieron, por haber sido siempre el apoyo que necesité en todos estos momentos y por haber confiado en mí siempre

A mis amigos por el apoyo que me brindaron durante estos años académicos que me sirvieron de mucho para poder concluir mis estudios

Un agradecimiento especial a las autoridades de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, en especial:

A la Dra. Esp. Miriam Vásquez Segura, directora de la Escuela Profesional de Estomatología, por su orientación y consejos en la planificación del estudio

A la Mg. CD. Rosa Quiroz La Torre, docente del taller de Tesis, por su paciencia, enseñanzas y apoyo en el desarrollo de la investigación

Al Mg. CD. David Rodríguez Salazar, docente y asesor director de la presente tesis, por su orientación, consejos y apoyo en la elaboración del estudio

A los miembros del Jurado Evaluador de Tesis, por sus consejos y acertadas decisiones

Al Director Lic. Abel Roque Moreno Pérez de la I. E. Rosa de Santa María, por su autorización y aprobación para realizar este estudio de investigación

Al Sub director Lic. Luis León Sandoval de la I. E, por el apoyo en el transcurso de la recolección de datos del presente estudio

A los docentes, por su valiosa colaboración y por ser parte de este estudio

RESUMEN

El presente estudio es de tipo correlacional, prospectivo y cualitativo cuyo propósito fue establecer la relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la Institución educativa Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017. La población estuvo conformada por 102 docentes del nivel primaria y secundaria del turno mañana y tarde, siendo seleccionados por medio de los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó una encuesta estructurada con dos cuestionarios; el primero sobre conocimiento en salud bucal y el segundo sobre el nivel socioeconómico; con 26 preguntas cerradas en total. El cuestionario en conocimiento sobre salud bucal se dividió en 2 segmentos; el primero con los datos generales de los docentes y el segundo segmento con 18 preguntas sobre salud bucal, éste a su vez se subdivide en nivel de conocimiento sobre medidas de prevención, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental. El cuestionario sobre el nivel socioeconómico constó de 8 preguntas; así mismo se relacionó el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal con la edad y el sexo. Los resultados en cuanto al nivel de conocimiento se dividieron en 3 niveles: bueno, regular y malo; con respecto al nivel socioeconómico; éste se divide en 4 niveles: muy bajo, bajo, medio y medio – alto. Los datos obtenidos se registraron y tabularon de forma ordenada para la creación de la base de datos utilizando el programa Microsoft Excel versión 2013, para luego ser ingresados y transferidos al paquete estadístico SPSS V. 23. Se hizo un análisis de los datos obtenidos de forma general de acuerdo a las

especificaciones de un estadista utilizando un análisis inferencial y la prueba de chi cuadrado para encontrar si existe o no asociación entre las variables. Se elaboraron tablas estadísticas y cuadros utilizando el programa Microsoft Word versión 2013 y Excel. En general, los resultados sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal el 54,9% mostró un nivel regular, el 28,4% un nivel malo y el 16,7% un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal, el 57,8% obtuvo un nivel regular, el 27,5% un nivel bueno y el 14,7% un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 50,0% obtuvo un nivel malo, el 35,3% un nivel regular y el 14,7% un nivel bueno; por último, en crecimiento y desarrollo dental el 46,1% obtuvo un nivel malo, el 31,4% un nivel regular y el 22,5% un nivel bueno. Con respecto al nivel socioeconómico se obtuvo el 58,8% un nivel medio – alto, el 37,3% un nivel medio y el 3,9% un nivel bajo; no se encontraron docentes con un nivel muy bajo. Con respecto al rango de edades, la más sobresaliente fue la de 41 años a más con el 68,6% y en cuanto al sexo el que predominó con el 65,7% fue el femenino con respecto al 34,3% el masculino. Se concluyó que en cuanto a la relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes; no existe asociación estadística significativa. De igual modo, no se encontró relación significativa entre el nivel socioeconómico, el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad y el sexo.

Palabras clave: Nivel de conocimiento; salud bucal; medidas de prevención; enfermedades bucales; crecimiento y desarrollo dental y nivel socioeconómico.

ABSTRACT

The present study is a correlational, prospective and qualitative study whose purpose was to establish the relationship between the socioeconomic level and the level of knowledge on oral health in the Rosa de Santa María educational institution of the district of Breña in the first semester of the year 2017. The population was formed by 102 teachers of the primary and secondary level of the morning and afternoon shift, being selected by means of the inclusion and exclusion criteria. A structured survey was applied with two questionnaires; the first on knowledge in oral health and the second on socioeconomic level; with 26 questions closed in total. The oral health knowledge questionnaire was divided into 2 segments; the first with the general data of teachers and the second segment with 18 questions on oral health, this in turn is subdivided into level of knowledge about prevention measures, knowledge about oral diseases and knowledge about growth and dental development. The questionnaire on socioeconomic level consisted of 8 questions; likewise, the socioeconomic level and level of knowledge about oral health were related to the age and sex. The results on the level of knowledge were divided into 3 levels: good, fair and poor; with respect to the socioeconomic level; it is divided into 4 levels: very low, low, medium and medium - high. The obtained data were recorded and tabulated in an orderly way for the creation of the database using the program Microsoft Excel version 2013, later to be entered and transferred to the statistical package SPSS V. 23. We performed an analysis of the data obtained in general according to the specifications of a statistic using an inferential analysis and the chi square test to

find whether or not there is association between the variables. Statistical tables and tables were prepared using the Microsoft Word version 2013 program and Excel. In general, the results on the level of knowledge on oral health 54.9% showed a regular level, 28.4% a bad level and 16.7% a good level. Regarding knowledge about prevention measures in oral health, 57.8% had a regular level, 27.5% a good level and 14.7% a bad level; about knowledge of oral diseases 50.0% had a bad level, 35.3% a regular level and 14.7% a good level; finally, in dental development and growth, 46.1% had a bad level, 31.4% a regular level and 22.5% a good level. Regarding the socioeconomic level, 58.8% were obtained at medium - high level, 37.3% at medium level and 3.9% at low level; no teachers with a very low level were found. With regard to the age range, the most outstanding was the 41 years to over with 68.6% and in terms of sex, which predominated with 65.7% was female compared to 34.3% male. It was concluded that regarding the relationship between the socioeconomic level and the level of knowledge on oral health in teachers; there is no significant statistical association. Likewise, no significant relationship was found between the socioeconomic level, the level of oral health knowledge according to age and sex.

Key words: Knowledge level; oral health; prevention measures; oral diseases; dental growth and development; and socioeconomic status.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
ÍNDICE	8
ÍNDICE DE TABLAS	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS	12
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática	17
1.2 Formulación del problema	20
1.3 Objetivos de la investigación	21
1.4 Justificación de la investigación	22
1.4.1 Importancia de la investigación	22
1.4.2 Viabilidad de la investigación	24
1.5 Limitaciones del estudio	24
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	25
2.2 Bases teóricas	32
2.2.1 Salud bucal	32

2.2.2 Biofilm dental	36
2.2.3 Medidas preventivas	38
2.2.4 Enfermedades bucales	45
2.2.5 Crecimiento y desarrollo dental	47
2.2.6 Conocimientos	49
2.2.7 Nivel socioeconómico (NSE)	54
2.3 Definición de términos básicos	55

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	57
3.2 Variables; dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional	57

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico	60
4.2 Diseño muestral	60
4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	61
4.4 Técnicas de procesamiento de la información	63
4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	64

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis inferencial	65
5.2 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	88
5.3 Discusión	98

CONCLUSIONES	102
---------------------	-----

RECOMENDACIONES	103
FUENTES DE INFORMACIÓN	104
ANEXOS	112
Anexo 1: Carta de presentación	
Anexo 2: Constancia desarrollo de la investigación	
Anexo 3: Consentimiento Informado	
Anexo 4: Instrumento de recolección de datos	
Anexo 5: Matriz de Consistencia	
Anexo 6: Fotografías	
Anexo 7: Análisis descriptivo	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes.	65
TABLA N° 02. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes.	68
TABLA N° 03. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes.	71
TABLA N° 04. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes.	74
TABLA N° 05. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en los docentes.	77
TABLA N° 06. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo en los docentes.	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 01. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes.	67
GRÁFICO N° 02. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes.	70
GRÁFICO N° 03. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes.	73
GRÁFICO N° 04. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes.	76
GRÁFICO N° 05. Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en los docentes.	80
GRÁFICO N° 5.1 Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes según las edades entre 25 a 30 años.	80
GRÁFICO N° 5.2 Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes según las edades entre 31 a 35 años.	81

GRÁFICO N° 5.3	Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes según las edades 36 a 40 años.	82
GRÁFICO N° 5.4	Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes según las edades entre 41 años a más.	83
GRÁFICO N° 06.	Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo en los docentes.	86
GRÁFICO N° 6.1	Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes según el sexo masculino.	86
GRÁFICO N° 6.2	Relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes según el sexo femenino.	87

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, en la actualidad; se pueden identificar múltiples carencias en el sector salud, adicional a ello, la falta de conocimiento por parte de la población acerca de los temas de salubridad y en especial sobre la salud bucal, son parte de los problemas que aquejan a la sociedad, principalmente a los sectores con bajos recursos económicos en donde el acceso a información es limitada.

Para erradicar estos problemas en el país, es preciso tomar mayor importancia a los temas relacionados con la promoción y educación para la salud, y considerarlas como un pilar en la formación de la educación básica regular; creando así programas asistenciales de salud haciendo partícipe de la colaboración de un personaje que pueda transmitir esta información a cada habitante de su comunidad, como es el caso de un docente.

Referente a esto en el Perú, la capacitación sobre salud y prevención en salud bucal a los docentes que fue la población de estudio de esta investigación no es frecuente; esto ocurre porque cuentan con un plan curricular del Ministerio de Educación ya establecido, por el poco tiempo que disponen o por la carencia de recursos, haciendo que la tarea de prevención promueva en menor medida el desarrollo de habilidades y capacidades de adaptación referente a la salud de los estudiantes.

Es por ello, que se debe poner más énfasis a los colegios, porque son las instituciones ideales para lograr promover programas de educación para la salud bucal, por medio de los docentes de forma directa a sus estudiantes. Como lo hace el odontólogo cumpliendo funciones como educador con sus pacientes,

interviniendo y promoviendo la formación de hábitos saludables para la mejoría de su salud bucodental, reduciendo y previniendo la aparición de enfermedades bucales.

En el Perú, las enfermedades de la cavidad bucal presentan una elevada incidencia y prevalencia, están presentes en todas las etapas de vida de las personas, alteran el estado nutricional, el autoestima, la salud en general, calidad de vida y el desarrollo humano. Aunque el Ministerio de Salud por medio de visitas, campañas, capacitaciones entre otros, está luchando para reducir el porcentaje, aún no se ha logrado disminuir la elevada tasa.

Estas afecciones bucales tienen una fuerte repercusión sobre la calidad de vida de las personas y su grupo social, puesto que muchas de estas pueden ocasionar limitaciones por la presencia de dolor, cambios en su apariencia, baja autoestima y por no contar con los recursos económicos necesarios, se limitan de ser atendidos por un profesional.

La educación para la salud tiene como finalidad instruir y capacitar a las personas de manera que ellas tengan un nivel de conocimiento y cultura bastante amplio y puedan ponerlo en práctica. La educación es la vía más eficaz con la que contamos para generar cambios en la mentalidad de las personas y crear formas de supervivencia tales como hábitos de higiene oral.

Por ello, es importante reconocer el rol que desempeñan los docentes, puesto que en la actualidad, el colegio es el segundo hogar donde los estudiantes pasan más tiempo que en sus propias casas y es donde se imparten conocimientos; y a la vez tener conciencia que ellos deberían ser capacitados sobre la importancia de la salud general y bucal para que así captada la información pueda ser transmitida

a sus estudiantes, y ellos a su familia, convirtiéndose así los docentes en promotores de salud bucal con su comunidad.

El propósito de este estudio de investigación es establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña, lo cual nos permitirá saber si existe o no relación entre ambos niveles, si existiera como influye uno con respecto al otro, que es lo que se debería de mejorar, así como también aportar y educar de manera directa a la población en estudio para su propio bienestar y el de sus estudiantes, con respecto a la conservación y preservación de la salud bucodental.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En nuestra sociedad, la falta de conocimiento sobre salud bucal e higiene oral, sobre enfermedades bucales y la falta de cuidados sobre medidas preventivas para reducir las afecciones bucodentales, son los problemas que más aquejan a nuestro país, sobre todo en los lugares donde la información es limitada acerca de estos temas o donde no se han impartido programas de salud y más aún adicionando que cuentan con un nivel socioeconómico y cultural bastante crítico.

La salud bucal es entendida como el equilibrio y bienestar físico - funcional de los órganos que conforman la cavidad oral y de las estructuras que participan en el proceso masticatorio, la cual juega un rol importante en la salud a nivel global; involucrando costos relacionados con su tratamiento y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención. Pero cuando este equilibrio se ve alterado produce enfermedades bucales, alteraciones en el crecimiento y desarrollo dental y maloclusiones en las piezas dentarias. Hay aspectos relacionados a las enfermedades bucales como el biofilm dental, que alteran los tejidos duros y blandos en encías y dientes, entre ellas tenemos la caries dental o enfermedades gingivales inducidas por placa dental y periodontitis crónica o agresiva. ^{1, 2, 8}

El biofilm dental o placa dental se produce por medio de enzimas que metabolizan azúcares presentes en la boca, degradándolas y polimerizándolas. El metabolismo de la sacarosa se divide en dos fases: el catabolismo que es la degradación de la sacarosa en glucosa y fructosa y la producción de ácidos que con el tiempo son las que desmineralizan el esmalte del diente iniciando el proceso carioso; y el anabolismo que es la producción de dextranos y fructanos

que son polisacáridos solubles y no solubles, en el caso de los polisacáridos solubles son los que se encargan de la formación del biofilm y constituyen un sustrato de reserva energética bacteriana. Mientras que los polisacáridos no solubles son los que forman la glicocálix que es una capa que cubre a las bacterias otorgándoles una capacidad de adherencia a las superficies del diente.³ El biofilm es una biopelícula blanda, translúcida, pegajosa formada por una serie de colonias bacterianas y sus productos, que se adhieren sobre la superficie de los dientes, la encía y otras superficies bucales, que al no realizarse una adecuada higiene puede producir problemas en la superficie del diente (caries) y en el soporte del diente (enfermedad periodontal).^{4,5}

Para eliminar el biofilm es necesario la limpieza bucal diaria mediante métodos o mecanismos de higiene, así se evitaría la acumulación de bacterias que dañan el esmalte, forman placa y en muchos de los casos sarro que puede producir incluso la caída de los dientes por enfermedades periodontales. Entre los mecanismos de higiene oral, tenemos los medios mecánicos y químicos. En los medios mecánicos se encuentra el cepillo dental con una técnica de cepillado, el hilo dental y la limpieza profesional, y en el caso de medios químicos los enjuagatorios bucales y la crema dental. También se recomienda la visita al odontólogo dos veces por año.^{4,5}

La caries dental es una enfermedad infecto-contagiosa, multifactorial que se produce por una alteración en el proceso de desmineralización y remineralización de los dientes causada por el metabolismo bacteriano, la degradación de azúcares y la formación de ácidos láctico y orgánicos, lo cual debilitará la estructura del diente (esmalte) produciendo lesiones como manchas o micro

cavidades en sus primeros estadios, luego produciendo cavidades más amplias y profundas llegando a alterar la dentina y la pulpa del diente. ^{3, 6, 7}

En la enfermedad periodontal se destacan la gingivitis asociada a placa dental o biofilm y la periodontitis crónica o agresiva. La Gingivitis es la inflamación de los tejidos blandos supracrestales marginales, se observa clínicamente como sangrado, enrojecimiento e inflamación de las encías. El biofilm dental juega un papel muy importante como agente etiológico, pero actualmente también se consideran otros factores como el tiempo que permanecen los alimentos cariogénicos en la cavidad bucal y el medio en el cual se desarrolla. La periodontitis es la consecuencia progresiva de la gingivitis ya que ésta es una enfermedad muy agresiva que debilita las estructuras de soporte del diente produciendo la reabsorción ósea, así como la formación de la bolsa apical y lateral, que conlleva a la pérdida de inserción y finalmente la pérdida de la pieza dentaria. ^{8, 9}

En cuanto, al nivel socioeconómico (NSE), se define como la posesión de bienes (como lavadora, cocina, refrigeradora, computadora, teléfono fijo y otros artefactos), el grado de instrucción (mayormente del jefe del hogar), los ingresos (mensuales monetarios) y otros factores relacionados al sostén económico del hogar y respecto a la vivienda (como el material usado para la construcción de la casa) y el número de habitantes en un hogar. En el Perú, actualmente el ingreso mensual de los docentes de educación básica regular (primaria y secundaria) es menor comparándolo con otros profesionales. Sin embargo son ellos quienes gozan de estabilidad laboral. El NSE de los docentes de educación básica regular

al igual que el 40,4% de peruanos se encuentran dentro del perfil socioeconómico C o nivel medio. ¹⁰

Reconociendo la importancia del rol que ocupan los docentes como promotores de desarrollo del conocimiento pedagógico, puesto que el colegio es el segundo hogar donde se trasmite información. Son ellos quienes deben ser preparados en temas relacionados con la salud bucal convirtiéndose así en promotores de salud en su centro educativo y así transmitir estos conocimientos a sus estudiantes, a los padres de familia y a su entorno social. Pero ¿qué sucede si no se cuenta con los recursos, conocimientos y materiales necesarios para informarse e impartir dicha enseñanza?. ¹¹

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento en salud bucal de los docentes. Está referido también a la situación de descuido de los docentes, cuyo conocimiento en higiene bucal por lo general es deficiente por no haber recibido educación sobre estos temas que son de importancia para la salud, causando perjuicio para ellos como para los estudiantes; conllevando a futuras enfermedades bucales.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?

1.2.2 Problemas secundarios

- ¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?
- ¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?
- ¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?
- ¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?
- ¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.
- Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.
- Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.
- Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.
- Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

1.4 Justificación de la Investigación

1.4.1 Importancia de la Investigación

En el Perú el tema de salud es muy complejo ya que nos encontramos en uno de los últimos lugares a nivel mundial sobre conocimiento y promoción en servicios de salud, constituyendo un grave problema; por ello las acciones preventivas son la mejor estrategia para afrontar los diversos problemas que pueden acarrear, así como también lo indican muchos investigadores de dicho campo, en donde

recomiendan que deben aplicarse medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal.

Enfocándose más hacia la salud bucal, hoy en día, podemos considerar a los odontólogos como promotores y formadores en salud, ya que ellos mediante sus consultas y tratamientos, tratan de modificar el comportamiento y crear hábitos saludables en sus pacientes; logrando así la mejoría en su estado bucodental y evitando futuras enfermedades bucales. Es por ello, que los docentes son las personas más indicadas para realizar esta función con sus estudiantes porque éstos cuentan con malos hábitos y pueden ser modificados con la asesoría de los padres y sobre todo de sus docentes, ya que el colegio se considera un segundo hogar, y en nuestros tiempos los estudiantes pasan más horas en las escuelas que en sus propias casas.

El presente trabajo, es de importancia ya que esta información extenderá el conocimiento de los docentes sobre salud e higiene bucal y se relacionará con el nivel socioeconómico de ellos, para evaluar si este factor puede o no afectar su vida actualmente con respecto a la adquisición de información, además de saber en qué perfil socioeconómico se hallan estos. Es importante también porque son los docentes quienes se beneficiarán ampliando sus conocimientos y convirtiéndose en promotores de la salud, otorgando una correcta información y formando así una nueva generación de estudiantes con un mayor conocimiento sobre estos temas para su propio bienestar, preservación y conservación de su salud bucodental, así como también la de sus padres y de la comunidad en general. También servirá como aporte para los estudiantes y/o futuros profesionales de odontología, que deseen investigar más sobre este tema o

tomarlo como antecedente. Y lograr que las personas (docentes, estudiantes, padres, etc) tomen conciencia acerca de su salud bucal y comiencen a cuidar de ella.

1.4.2 Viabilidad de la Investigación

Para el presente trabajo, se contó con el apoyo de la Institución Educativa Rosa de Santa María del distrito de Breña, así como también con el apoyo y autorización del director del colegio y sub director, sobre todo de los docentes que fue la población de estudio que avaló la encuesta con su firma en el consentimiento informado; así como, también se contó con la accesibilidad y financiamiento económico para tal estudio.

1.5 Limitaciones del Estudio

Algunos docentes poco colaboradores que se negaron a participar en dicho estudio.

Por el reducido tiempo de los docentes en sus clases escolares dificultó el llenado de las encuestas, lo cual se pudo coordinar con anticipación entre ellos con el director y subdirector del centro educativo, para garantizar todas las facilidades para la realización de dicho trabajo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Chancusig A (2017), realizó un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. El propósito de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento en prevención odontológica en profesores y padres de familia de 1ero, 2do, 3ero y 4to año de educación básica de la Unidad Educativa “Capitán Alfonso Arroyo”, la Argelia D.M. en el 2016, en Ecuador. La población estuvo dada por 188 padres de familia y 7 docentes de dicha institución. Se aplicó un cuestionario con 12 preguntas sobre prevención odontológica dando un cierto tiempo para que contestaran las preguntas. Además se dividió en grupos según edad, sexo y nivel educativo. Se hizo un análisis de los datos obtenidos de forma general de acuerdo a las especificaciones de un estadista. Los datos se tabularon y ordenaron así se realizaron cuadros y tablas estadísticas. Toda esta información estadística y la creación de la base de datos se hicieron con el programa Microsoft Excel 2010 para luego ser ingresado en el programa SPSS. Los resultados obtenidos fueron que el nivel de conocimiento promedio en los docentes fue de 8 y en el caso de los padres fue de 7,48. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre prevención odontológica fue un nivel medio con un 57,5%, seguido de un nivel alto y con menor porcentaje un nivel bajo; para todos los encuestados. ¹²

Huamanchumo L (2016), realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo: cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de educación primaria del colegio La Cantera del departamento de la Libertad en Abril del 2015. Se aplicó una encuesta a 30 docentes, la cual se dividió en preguntas sobre el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas,

enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental relacionándolo con la edad de los encuestados. Los datos obtenidos se ordenaron e ingresaron en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010, donde se analizaron y graficaron utilizando barras y tablas estadísticas. Los resultados se dividieron en 3 niveles: alto, regular y bajo. Con respecto al nivel de conocimiento sobre salud bucal obtuvo un nivel regular con el 60% y un nivel alto con el 40%, sobre el conocimiento en medidas de prevención mostró un nivel alto con el 60% y un nivel regular con el 40%; en cuanto al conocimiento sobre enfermedades bucales obtuvo un 56,7% con nivel regular, un nivel alto con el 36,7% y un nivel bajo con el 6,7%. Con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental se mostró un nivel alto con el 46,7%, un nivel regular con el 36,7% y un nivel bajo con el 16,7%, respectivamente. Se concluyó que el rango de edades que sobresalió en este estudio fue el de 36 – 40 años un nivel alto con un porcentaje del 100%.¹³

Arroyo R (2016), realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de salud bucal en docentes de la I.E. “José Olaya” de la región de Ancash en el año 2015. La población fue de 25 docentes. Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos en Microsoft Excel 2010, donde se ordenaron, tabularon y analizaron para realizar después diferencias estadísticas en promedios y proporciones realizando gráficos de tablas estadísticas y de barras. Se aplicó una encuesta de 18 preguntas dividiendo los resultados en 3 niveles: bueno, malo y regular. Los resultados obtenidos fueron, en cuanto al nivel de conocimiento sobre salud bucal un nivel bueno con el 44% y un nivel regular con el 56%. En cuanto al nivel de conocimiento sobre medidas preventivas se obtuvo un nivel bueno con el 72% y un nivel regular con el 28%;

con respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales se mostró un nivel bueno con el 60%, un nivel regular con el 32% y un nivel malo con el 8%. Sobre el conocimiento sobre desarrollo dental se obtuvo un nivel bueno con el 36%, un nivel regular con el 44% y un nivel malo con un 20%. Se concluyó que el nivel de conocimiento sobre salud bucal es regular. ¹⁴

Sánchez G (2016), realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención en salud bucal, comparándolo entre 93 odontólogos del distrito de Quito y 89 estudiantes de odontología de noveno ciclo de la Universidad Central de Quito. Aplicó un cuestionario con 12 preguntas sobre conocimiento en prevención y 10 que medirían la frecuencia de aplicación de prácticas preventivas en sus trabajos. Los resultados en cuanto al nivel de conocimiento de los alumnos fue 48,9% insuficiente, comparándolo con los odontólogos que tuvieron un 70% bueno, en cuanto a la aplicación de las prácticas de prevención de los estudiantes fue 68% comparándolos con los odontólogos que tuvieron un 92,2% ubicándolos en una categoría excelente. Estos resultados fueron procesados mediante un software estadístico. Se concluyó que los odontólogos tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal bueno y sobre la aplicación de prácticas preventivas fue excelente, con respecto a los estudiantes de odontología que tienen un nivel de conocimiento sobre salud bucal insuficiente y sobre aplicación de prácticas preventivas fue entre aceptable a bueno. ¹⁵

Luna Y (2016), realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal. El objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales en el

I.E.E. Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno. La población la conformó 33 padres de familia, 9 profesores y 33 niños con capacidades especiales. Se utilizó un cuestionario para los padres y profesores, en cuanto a los niños se usó el índice de higiene oral para determinar la presencia de placa dentobacteriana. Para el procesamiento de datos se usó el programa estadístico SPSS, la prueba de estadística de Independencia de Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados en cuanto al nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia y profesores obtuvo un 56,4% siendo un nivel regular teniendo relación con el nivel regular mostrando un 75%, con respecto a la higiene oral de los niños. Se concluyó, de acuerdo a los resultados que mientras más alto sea el nivel de conocimiento sobre salud bucal mejor será el índice de higiene oral, y que existe relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres y profesores con el índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales. ¹⁶

Santos R (2016), realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento en salud bucal que tiene el personal administrativo de la I.E.P. Virgen de la Puerta de la Urb. La Noria del distrito de Trujillo, departamento de La Libertad, durante el año 2015. Se aplicó un cuestionario sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal relacionándolo según edad y sexo a 30 trabajadores del personal administrativo. Se trabajó con pruebas estadísticas porcentuales, de promedios y desviación estándar; analizadas y graficadas utilizando el paquete estadístico Excel 2010. Los resultados se dividieron en 3 niveles: alto, regular y bajo. Obteniendo sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal un nivel alto con el 53,3%, un nivel regular con el 36,7% y un nivel bajo con el 10%; en cuanto al sexo, se determinó

que el sexo femenino mostró el 66,7% con un nivel alto con respecto al masculino con un 50% con nivel regular. Y en cuanto al conocimiento sobre salud bucal según edad se obtuvo un nivel alto con el 53,8% en los menores de 29 años, un nivel alto y regular con el 50% a los comprendidos entre 30 a 40 años y un nivel alto con el 66,7% a los mayores de 40 años. ¹⁷

Ferreira M, Díaz C, Pérez N, Sanabria D, Alvarenga M *et al* (2016), realizaron un estudio transversal para determinar la relación que existía entre la salud bucal en preescolares y el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, realizando dicho estudio en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. Se aplicó una encuesta de 7 preguntas cerradas para determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en las madres. Mientras que el examen en los niños fue clínico en condiciones estandarizadas. La selección de las escuelas se realizó por muestreo probabilístico y en el caso de los niños fue de forma consecutiva. La población estuvo dada por 221 niños de 4 a 5 años de edad en 8 escuelas, la participación fue del 57%. Los datos obtenidos se ingresaron al paquete estadístico SPSS para el análisis descriptivo, la creación de tablas y gráficos. Los resultados mostraron que el índice ceo-d fue de 2,54 (DE=3,72) para escuelas privadas y 3,02 (DE=4,10) para escuelas públicas. Eso quiere decir, que el tipo de escuela al que asisten los niños tiene una relación o asociación significativa con el conocimiento de salud bucal de sus madres. Se concluyó que en las escuelas públicas existe un nivel de salud bucodental más bajo con un menor número de madres con alto conocimiento sobre higiene bucal; y en las escuelas privadas el menor número de estas madres tiene un conocimiento medio sobre higiene bucal. ¹⁸

Quispe W (2015), realizó un estudio descriptivo, transversal, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de la Institución Educativa Carlos Castañeda Iparraguirre N°10826 – Chiclayo Perú en el año 2014. Se aplicó un cuestionario a 32 docentes abarcando preguntas referentes al conocimiento sobre medidas de prevención, enfermedades bucales, lonchera saludable y desarrollo dental. Los datos se ingresaron a una base de datos para luego ser analizados y graficados mediante un programa estadístico. Los resultados se dividieron en 3 niveles: bueno, regular y malo. Éstos fueron de la siguiente manera, en cuanto al nivel de conocimiento sobre salud bucal mostró un 80% regular y un 20% nivel bueno. Con respecto al conocimiento sobre medidas de prevención se obtuvo un nivel bueno con el 56,6%; un nivel regular con el 40% y un nivel malo con el 3,33%. En cuanto al conocimiento sobre enfermedades bucales se obtuvo un nivel malo con el 50%; un nivel regular con el 43,3% y un nivel bueno con 6,7% de los encuestados. Sobre el nivel de conocimiento en lonchera saludable mostró un 90% nivel bueno y un 10% nivel regular; y por último acerca del nivel de conocimiento sobre desarrollo dental arrojó un nivel regular con el 63,33%, un nivel bueno con el 30% y un nivel malo con el 6,67%, respectivamente. Se concluyó que debían impartir charlas y capacitar a los docentes en cuanto a temas sobre salud bucal. ¹⁹

Schufer M (2015), realizó un estudio sobre las actitudes de salud bucal de personas adultas y lo relacionó al nivel socioeconómico en la ciudad De Corrientes, Argentina. Se aplicó una encuesta domiciliaria para recolectar información y observar las actitudes de salud bucal. La población fue de 381 personas entre 35 a 44 años, se dividió el sexo en el 53,5% (204 mujeres) y

46,5% (177 hombres). Los resultados fueron que las personas con nivel socioeconómico bajo 56,7%, tuvieron actitudes de salud bucodental menos favorables primordialmente al dolor dental. Para introducir los datos se empleó el software SPSS 21.0. Se concluyó que las personas con NSE más bajo tienen actitudes de salud bucodental menos favorables, en cuanto al dolor dental y es el motivo por el que van a la cita con el odontólogo.²⁰

Ochoa E, Roldán O, Franco Á, Ramírez B, Mejía O (2014), realizaron un estudio cualitativo cuyo objetivo fue comprender los avances y el compromiso de la comunidad educativa con el sistema de promoción y educación para la salud bucal y conocer las condiciones que favorecen u obstaculizan el crecimiento de las acciones del marco “Escuelas y Colegios Saludables” de la Secretaría de Salud de Medellín. La población estuvo formada por 5 grupos de educadores de primer y tercer grado de primaria, 5 entrevistas de profundidad a directivos docentes en la que ellos expresaban sus criterios y aportaban información; y 2 entrevistas a niños de tercer grado de primaria. Se analizó desde el punto de vista inductiva, a mayor acceso a la información, mayor análisis; trabajando desde 3 niveles sobre la información dada. Los resultados se obtuvieron mediante 3 categorías de análisis y sus tendencias como responsabilidad en la salud, compromiso de docentes educativos, incluir la salud bucal en la currícula, condiciones del ambiente escolar q favorecen o inhiben la salud bucal como espacios reducidos y la conversación y el trabajo cooperado para construir ambientes saludables. Se concluyó implementar estrategias de promoción en salud, mediante estas se logró avances en acercar la salud y la educación, pero falta implementar y consolidar las iniciativas en salud en la rutina habitual escolar.

Y crear ambientes cómodos para extender las condiciones físicas y psicológicas que favorezcan y posibilítenla relación de la vida educativa y la salud. ²¹

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Salud bucal

– Definición

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo o de una comunidad y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, según la definición dada por la Organización Mundial de Salud (OMS) en el año 1948. ¹

Un componente principal de la salud, es la salud bucal. Ésta se define como el bienestar estructural y funcional de todos los órganos que conforman la cavidad bucal, tales como los dientes, la mucosa oral, la encía, las estructuras blandas, duras, entre otros; así como también las estructuras que participan e intervienen en el proceso masticatorio. ^{1,2}

Hoy en día, hay diversas enfermedades infecciosas y crónicas que se manifiestan en la cavidad bucal. Entre las enfermedades bucales están la caries dental y las periodontopatías, que en su conjunto ocasionan un gran problema en la salud pública a nivel mundial, que mediante programas y medidas preventivas se están tratando de reducir, pero que aún el porcentaje de prevalencia es alto. ²

– Características epidemiológicas

La OMS declaró el incremento en tasa de las enfermedades bucodentales como la caries dental, las enfermedades periodontales y las maloclusiones que afectan en especial a los países en desarrollo. Las enfermedades bucodentales

comparten un factor de riesgo que es la higiene dental deficiente con otras enfermedades crónicas. ^{22, 23}

En países de ingresos altos, la atención odontológica representa el 5 a 10% del gasto sanitario público. En cambio, en el caso de la población pobre como la no pobre, tienen también necesidades de atención y tratamiento odontológico, sólo que comparando conveniencias, la población pobre prioriza su gasto en alimentación, dejando de lado la salud. ²²

En el 2001-2002, se realizó un estudio epidemiológico a nivel nacional de prevalencia de caries dental y el resultado fue de 90,4%, y en cuanto al índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) el índice fue de 6 en niños de 12 años, correspondiendo a un país en estado de emergencia, según lo consignado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en cuanto a las enfermedades periodontales se obtuvo un 85% y en maloclusiones el 80%. ²²

La OPS/OMS dio origen a la Promoción de la Salud como la capacidad que tienen los individuos y las comunidades para ejercer condiciones para un mayor control de los determinantes de la salud y así mejorarla “salud para todos”. Así mismo creó la educación para la salud que viene hacer el proceso educativo en el cual los individuos enseñan y aprenden a mejorar, recuperar y proteger su salud. ²⁴

Los problemas sanitarios del Perú, son identificados por el Plan Nacional Concertado de Salud (PNCS), en donde busca dirigir las políticas a concertar recursos para mitigar los daños. El estado peruano tiene como responsabilidad disminuir la alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal. ²¹

En el año 2012 se reestructuró la estrategia sanitaria nacional de salud bucal en el Ministerio de Salud (Minsa), y como principales funciones tuvo la de gestionar

actividades preventivas, rehabilitadoras, promocionales y recuperativas en el marco de salud bucal. En la actualidad, se viene incorporando el Plan de Intervención para la Rehabilitación Oral con Prótesis Removibles en el Adulto Mayor 2012-2016 en campaña “vuelve a sonreír”, así como también módulos de higiene bucal en el plan de salud escolar y atención odontológica a las personas aseguradas al seguro Integral de Salud (SIS). Todo esto a fin de disminuir la tasa de prevalencia de enfermedades bucales y educar al país mediante capacitaciones promocionales de higiene en salud bucal. Se sigue trabajando para mejoras del país. ^{21, 23}

– Factores determinantes de la salud – salud bucal

Es el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y de las poblaciones, con el fin de evitar la enfermedad. ²⁵

- Medio Ambiente.- Se refiere a todo lo que nos rodea en el exterior. En salud bucal se refiere al biofilm dental (puesto que el diente toma relación con el exterior por medio de la placa dental y ésta se relaciona con la ingesta de nutrientes que vendría hacer el medio ambiente) y también por medio de fluoruros ya que con la aplicación de éstos disminuye la formación de caries e interviene en el proceso de desmineralización – remineralización. ²⁵
- Social (Referente a la pobreza, desempleo, ignorancia, grado de desarrollo, nivel cultural de los individuos). ²⁵
- Servicios Sanitarios.- Actúa en las terapias preventivas remineralizadoras y en las restauradoras quirúrgicas para actuar sobre el efecto de la caries por medio de la aparición de nuevos materiales restauradores. ²⁵

- Estilo de vida.- Patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental. En el caso de salud bucal se refiere a la dieta (ingesta de carbohidratos) y los hábitos higiénicos (como el cepillado) que van a formar la placa dental. ²⁵
- Biología humana.- Es la fortaleza general, resistencia a la enfermedad, susceptibilidad a la enfermedad y enfermedades genéticas. Es el menos modificable, determina la estructura del tejido dental y la neutralización de los ácidos por medio de la saliva y el pH salival. ²⁵
- Servicios de salud: Calidad, disponibilidad, cobertura, accesibilidad y costos. En lo referente a salud bucal, si la población cuenta con servicio odontológico.

²⁵

– Importancia de la salud bucal

El cuidado dental es un hábito que debe aprenderse desde la etapa de gestación y debe perdurar toda la vida. La salud bucal es importante porque se logra alcanzar un mejor estado de salud sobre las personas en todos los niveles de atención y omite futuros problemas en la masticación, fonación, deglución y en lo psicológico. Es recomendable la promoción de acciones preventivas de higiene oral y así evitar futuras patologías bucales, adoptar comportamientos saludables mediante información que se imparta. Las personas deben adoptar medidas preventivas, así como también la función del odontólogo es fundamental porque éste es el encargado de brindar información a sus pacientes sobre cuidado dental, técnicas de cepillado, entre otros. ²⁶

2.2.2 Biofilm dental

El biofilm dental o placa dental es una biopelícula que se vincula con un huésped, muy similar a otras que se encuentran en el cuerpo humano; formada por una asociación funcional de especies de bacterias, microorganismos inmersos en polímeros extracelulares y productos del metabolismo celular. Esto es importante ya que el ambiente de la biopelícula a menudo aporta ventajas al microorganismo y podría tener efectos relevantes sobre las propiedades de las bacterias presentes. Así mismo, tiene la capacidad de adherirse a superficies blandas animadas e inanimadas, tanto en las superficies dentales como los tejidos periodontales.²⁷

Para que una bacteria sea patógena o no va depender de la función de su metabolismo, cuyos genes van a codificar enzimas que metabolizan azúcares presentes en la boca, degradándolas y polimerizándolas. El tipo de dieta, hábitos, frecuencia y calidad de higiene bucal son determinantes para la formación de la placa dental. El metabolismo de la sacarosa se divide en dos fases: el catabolismo que es la producción de ácidos por la que las bacterias degradan la sacarosa en glucosa y fructosa. Estos azúcares con el tiempo seguirán degradándose produciendo ácido láctico y orgánico. Son los responsables de desmineralizar el esmalte del diente iniciando el proceso carioso, si el diente se remineraliza, el proceso podría llegar a ser reversible; y el anabolismo que es la producción de dextranos y fructanos que son polisacáridos solubles y no solubles, en el caso de los polisacáridos solubles son los que se encargan de la formación del biofilm y constituyen un sustrato de reserva energética bacteriana. Mientras que los polisacáridos no solubles son los que forman la glicocálix que es una capa

que cubre a las bacterias otorgándoles una capacidad de adherencia a las superficies del diente, dando lugar al biofilm dental.³

Esta biopelícula se forma por interacciones bacterianas con el diente; interacciones físicas y fisiológicas entre especies en la masa microbiana y factores ambientales externos mediados por el huésped. La salud periodontal es el estado de equilibrio entre bacterias que coexisten con el huésped, en donde no hay daño en los tejidos de éste, sólo cuando se produce la ruptura del equilibrio va ocurrir una alteración del huésped y una proliferación bacteriana de la biopelícula, alterando al periodonto.²⁸

El biofilm dental se inicia por la formación de una película salival que se adhiere a los dientes, donde proliferan bacterias. Al cabo de 24 horas el biofilm dental, se vuelve como una pasta blanquiñosa y las bacterias empiezan a producir ácidos, descalcificando al esmalte y dañando las fibras periodontales que soportan al diente, en algunos casos se mineraliza y forma cálculos. Luego de ello se produce una reabsorción de tejido duro que sostienen a los dientes produciendo la movilidad de la pieza dental. Para eliminar el biofilm dental se recomienda la remoción mecánica, así se crea un hábito saludable. Para observar clínicamente el biofilm dental se usan reveladores de placa o tinción reveladora.^{4, 29}

– Sarro dental

Es el biofilm o placa dental endurecida por minerales, también llamado cálculo dental o tártaro dental; mayormente se ubica sobre el cuello de los dientes anteroinferiores y en la desembocadura de los conductos salivales.²⁹

2.2.3 Medidas Preventivas

Con el avance de la odontología, se abre un nuevo panorama sobre la salud preventiva. Son todas las actividades creadas para mantener la salud bucal en una población, como por ejemplo topicaciones de flúor, higiene bucodental, aplicación de sellantes, educación para la salud bucodental, control de dieta cariogénica, asistencia periódica a sus controles y la aplicación anual de todas estas actividades. Se ha comprobado que una población entera sometida a programas preventivos puede lograr reducir la caries dental y las periodontopatías en un 95%, dependiendo de cuan profundo, serio y continuo sea este programa.²⁹

– Flúor

Es un elemento que se presenta en forma de fluorapatita, criolita o fluorita en la tierra, su concentración en el agua del mar es de 1,3 mg/L. Se ha comprobado en estudios que el flúor en los dientes ocasiona superficies oclusales más redondeadas, suaves y las fisuras son más amplias y facilitan el acceso a la remoción del biofilm dental, la dosis máxima es 0,07mg al día.³⁰

En cuanto a la toxicidad del flúor, la dosis letal es de 32 a 64 mg/kg de peso corporal. La dosis que causa náuseas, dolores abdominales, vómitos, diarreas e hiperventilación es de 1 mg/kg de fluoruro ingerido. Una ingesta excesiva de fluoruro mayor de 8 ppm presentada en el agua, consumida por más de 20 años ocasiona osteoesclerosis. En nuestro organismo las concentraciones de flúor ocasiona efectos en el esmalte dental ya que los odontoblastos son células muy sensibles al flúor, puede producir la fluorosis dental que es la aparición de lesiones blanquecinas sin brillo llegando hasta manchas marrones o la destrucción del esmalte.^{30, 31}

Usado en cantidades óptimas aumenta la mineralización de los dientes y la densidad ósea, reduciendo el riesgo de caries dental y remineraliza el esmalte del diente. El flúor actúa transformando la hidroxiapatita en fluorapatita resistente a la descalcificación, inhibe la desmineralización y aumenta la reacción de la remineralización del esmalte desmineralizado, reacción que dura toda la vida del diente, por eso se dice que la utilización de flúor debe ser durante toda la vida y no solo en la infancia. Disminuye la formación de ácidos durante la formación del biofilm dental.³⁰

El flúor puede ser aplicado por el paciente mediante colutorios, geles de auto aplicación, uso de agua fluorada no mayor de 1,5 ppm, sales fluoradas en concentraciones de 200 a 250 mg de F por kg de sal, alimentos con cantidades de flúor como la leche fluorada, la harina o los cereales, así como también el pescado, mariscos, tomate, papa, miel, té, carnes entre otros y por el profesional mediante geles como el APF (Acidulated Phosphate Fluoride) en concentración al 1,23% o gel flúor fosfato neutro al 1,1 o 2% y barnices. Las aplicaciones tópicas de flúor o enjuagues pueden reducir caries hasta un 30%. La ingesta de flúor en agua de consumo público entre las edades de 0 a 15 años puede lograr una reducción de caries dental hasta un 60%.^{26, 30, 31}

– Sellantes

Son sustancias plásticas (resinas), que se utilizan para prevenir caries dental, para ello se recomienda el sellado de fosas y fisuras en las molares deciduas, premolares y molares permanentes, ya que estas piezas por su anatomía retentiva sobre todo superficies oclusales, son más propensas en producir caries. La aplicación se indica en niños y jóvenes de hasta 18 años, consiste en rellenar

las fisuras o irregularidades con este material plástico que endurecen con luz halógena, así quedan adheridos por 4 o 5 años evitando la caries en un 90%.²⁹

– Higiene bucodental

Es la base de prevención de las enfermedades bucales más comunes en el ser humano como la caries dental, la halitosis y la enfermedad periodontal. Es necesario limpiar diariamente los restos alimenticios que se quedan entre los dientes para así evitar la formación del biofilm dental, favorecer un buen sabor, evitar el mal olor y crea una sensación de bienestar en la cavidad bucal. Se define también como la ciencia que se encarga de la salud bucal y de cómo conservarla.^{27, 28}

Para mantener una buena higiene bucal debe practicarse diariamente el cuidado y limpieza de los dientes mediante medios mecánicos como el cepillado, la seda dental para mantener encías saludables, mantener dieta saludable y se debe reducir azúcares, uso de productos con flúor, enjuagatorios bucales y sobre todo la visita periódica al dentista.²⁸

– Cuidados de la cavidad bucal

- Cepillo dental

Es el dispositivo manual o eléctrico más utilizado para la higiene bucal, eficaz para remover los restos alimenticios y la futura formación del biofilm dental de las piezas dentarias. Previene la caries y las enfermedades periodontales, con un buen cepillado se logran la eliminación de la placa subgingival y supragingival, manteniendo un control mecánico de ésta. El cepillo dental también contribuye a estimular los tejidos gingivales. Se recomienda cepillarse 3 veces al día en especial antes de dormir y por 3 a 5 minutos.^{32, 33}

- Dentífrico o pasta dental

Es una sustancia con propiedades plastificantes en gel compuesto por sustancias tenso activas, espumígenos, flúor, abrasivos y bactericidas como el triclosan. Se usa para limpiar las caras accesibles al diente con saborizantes y agentes colorantes. Pero es muy importante también no usar pastas dentales muy abrasivas porque puede ocasionar desgaste a los dientes. ³⁴

- Hilo dental

Es una seda o hilo especial formado por varios filamentos, éstos se separan al entrar en contacto con las superficies de los dientes o interproximal de ellos, en donde termina de cumplir su función. Se comercializan en diversas presentaciones como son los con cera o sin ella, con cinta, con saborizantes o sin ellos, con flúor; según el requerimiento del usuario. ³⁵

El método que se usa es el de lazo o circular, que consiste en cortar un trozo de hilo de aproximadamente 45 cm de largo y se hace la forma circular con él, y se anuda. Se colocan todos los dedos dentro de él a excepción el pulgar dentro del lazo, se usa como guía del hilo en los dientes superiores y en los inferiores serán los dedos índices. El otro método conocido es cortar 60 cm de hilo y se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, se deja suficiente hilo y se enrolla el otro dedo medio de la otra mano. Así se va usando un segmento de hilo nuevo y limpio. ³⁵

- Enjuagatorios o colutorios

Son sustancias o soluciones que se usan después del cepillado dental, para eliminar las bacterias de la caries y el mal olor. Cumplen una acción antiséptica, calmante o astringente. El vehículo más común es el agua y entre sus principios

activos se puede mencionar antisépticos, antifúngicos, antiinflamatorios, antibióticos y astringentes.^{28, 33}

– Técnicas de cepillado

Las técnicas de cepillado son importantes porque nos ayuda a remover y eliminar mediante diversos movimientos el biofilm dental blando. Estas son:

- Técnica de Bass modificada

Es catalogada como la técnica más eficiente en odontología. Se recomienda para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos, ya que el objetivo de esta técnica es lograr la eliminación del biofilm dental del surco gingival. En ésta técnica las cerdas del cepillo se colocan suavemente en el surco gingival formando un ángulo de 45° con respecto al eje mayor del diente, de forma que una parte de las cerdas penetren suavemente en el surco gingival, seguido a esto se realizan movimientos de vaivén de 2 mm, 10 a 15 veces en cada sector. La placa subgingival es absorbida por capilaridad y la placa supragingival es eliminada por el resto de las cerdas. En las caras palatinas o linguales de los dientes anteriores se coloca el cepillo con la cabeza paralela al eje mayor del diente, y las caras oclusales se cepillan con movimientos de barrido.^{32, 36}

- Técnica de Stillman modificada

Es en todo similar a la anterior, pero en ésta se colocan las cerdas del cepillo en ángulo oblicuo con dirección apical, con movimientos cortos hacia adelante y atrás, y se desplaza en dirección coronal. Se realizan movimientos circulares o rotatorios. Es recomendada para la limpieza de las zonas con recesión gingival progresiva y exposición radicular.^{32, 36}

- Técnica circular o rotatoria

En esta técnica el dedo pulgar se apoya en la superficie del mango y cerca de la cabeza del cepillo se coloca en dirección apical con sus costados apoyados contra la encía. Las cerdas pasan por la encía y siguen por la corona formando un ángulo recto con la superficie del esmalte y se dirigen hacia la superficie oclusal pasando por los espacios interproximales.³²

- Técnica horizontal

Las cerdas se colocan con una angulación de 90° respecto a la superficie dentaria y el cepillo es movido adelante y atrás, se divide por sextantes y se realizan 20 movimientos aproximadamente. La usan la mayoría de las personas y es útil en niños de hasta 3 años por su facilidad de realización, aunque puede producir abrasiones dentarias y recesiones gingivales.³⁶

- Técnica vertical

Similar a la anterior pero con movimientos de arriba hacia abajo y viceversa.^{32, 36}

- Técnica de Charters

Esta técnica es útil para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45° y apuntando hacia la superficie oclusal, realizando movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de las cerdas. El cepillo se coloca en la cara lingual de los dientes anteriores.^{32, 36}

- Técnica de Starkey

Técnica realizada por los padres, se coloca al niño por la espalda y se apoya sobre el pecho o la pierna del padre. La arcada se divide en sextantes. Esta

técnica se realiza de pie y delante de un espejo, cuando el niño tiene 2 o 3 años. Las cerdas del cepillo se dirigen en una inclinación de 45° hacia apical y se realizan movimientos horizontales. ^{32, 36}

– Dieta no cariogénica

El uso del flúor y la higiene bucodental han logrado reducir la caries, sin embargo los hábitos alimentarios desempeñan también un papel importante en la formación de caries dental. En el pasado se decía que el consumo de alimentos azucarados aumentaba la caries; sin embargo en las últimas décadas se ha demostrado que en muchos países han mantenido el consumo constante de azúcar reduciendo los niveles de caries, lo que hace notar que independientemente del consumo de alimentos azucarados una buena higiene bucal y un adecuado uso y técnicas de cepillado con pasta dental con flúor hacen que se reduzca las cantidades de azúcar. ³⁷

Se recomendó reemplazar el azúcar por alimentos ricos en fécula que viene a ser el almidón para así evitar la caries, pero actualmente se descubrió que los alimentos como carbohidratos fermentables como el azúcar o la fécula contribuyen a la aparición de caries, entre estos alimentos se encuentran las pastas, el arroz, las frutas, el pan entre otros inician el proceso de desmineralización. La finalidad es reducir la frecuencia de exposición a los azúcares, disminuir alimentos pegajosos, sacarosa, reducir el tiempo prolongado de la tetina con los dientes en el caso de los biberones en los lactantes, evitar darle el zumo de las frutas en los biberones y prohibir endulzar la leche. Compensando con la ingesta de zanahorias o manzanas alimentos con fibra. ^{29, 37}

2.2.4 Enfermedades Bucales

Son afecciones en la cavidad bucal. Entre las más comunes se encuentran presente la caries dental, las enfermedades periodontales, la maloclusión y la halitosis.

– Caries Dental

Es una enfermedad contagiosa, infecciosa y multifactorial, causada por la destrucción de los tejidos del diente en el proceso de desmineralización por la acción de los ácidos que origina el biofilm dental. Suele aparecer en los niños y en adultos jóvenes, siendo la principal causa en pérdida dental en los adultos jóvenes. La caries dental se manifiesta con una serie de signos y síntomas como la cavitación y el dolor. ^{29, 38}

Es la relación e interacción entre los microorganismos, el huésped, el tiempo y el sustrato, además de otros factores secundarios como la resistencia dental, factores genéticos y propiedades intrínsecas como la saliva, etc. La caries comienza en el esmalte, que cuenta con un grosor de 0,1 a 0,2 mm, en donde se produce la desmineralización por acción de los ácidos de las bacterias provenientes de los microorganismos de los alimentos fermentables; se dice que para que se produzca el periodo de desmineralización debe ocurrir un tiempo mínimo de 20 minutos con estos alimentos para así mantener un pH ácido de 5,5 a 5,6 a lo que se le denomina pH crítico. ³⁸

Una vez comenzado el proceso carioso, se evidencia una mancha blanca no cavitada en el esmalte, siendo la primera característica de la caries dental. Este esmalte es opaco, y se presenta en las zonas libres vestibulares y linguales, en las fosas y fisuras y en las caras proximales. Cuando el proceso de

remineralización es mayor al de desmineralización, la caries pasa a ser reversible, pero cuando éste es menor y se adicionan otros factores como la disminuida capacidad buffer de la saliva o una pérdida de minerales más la permeabilidad del esmalte, la mancha blanca cambia de color y se vuelve una lesión marrón. Es aquí donde la lesión se dirige internamente hacia la dentina, extendiéndose hacia las paredes laterales de las superficies lisas del diente. ³⁸

Cuando la caries está en el límite amelodentinario, avanza de una manera muy acelerada que en el esmalte. La dentina está formada por túbulos dentinarios formados por puentes de colágeno, estos impiden que los microorganismos invadan la pulpa, pero en el caso de la caries, estos puentes de colágeno se encuentran rotos. ³⁸

La caries de la dentina se presenta como caries dentinaria aguda que es de color blanco amarillento y de consistencia blanda, caries dentinaria crónica que se manifiesta de color amarillo marrón y es dura y crónica detenida. La caries ataca directamente a los tubulillos de la dentina llegando cerca de la cámara pulpar, es ahí donde se forma dentina terciaria o de reparación. Sin embargo si el mecanismo de defensa no actúa, la caries atraviesa la dentina terciaria llegando al tejido pulpar destruyendo los odontoblastos. ³⁸

– Enfermedad Periodontal

Es una enfermedad que afecta la estructura de soporte de los dientes. Estas estructuras llamado periodonto, son todos los tejidos que rodean y soportan al diente como la encía, el cemento radicular, el ligamento periodontal y el hueso alveolar. Las enfermedades periodontales se produce por la acumulación de

biofilm dental y sarro por la poca higiene dental, por la deficiente dieta en nutrientes y vitamina c y por fumar tabaco. ^{4, 29}

La evolución de la enfermedad periodontal comienza con la acumulación del biofilm dental y sarro dental, con irritación, inflamación y enrojecimiento de las encías, es aquí donde aparece la gingivitis y si no es tratada debidamente se produce una retracción gingival, migración, y se convierte en periodontitis que es la causa principal de la pérdida de dientes en adultos, creando bolsas periodontales, sangrado excesivo, reabsorción del hueso, pérdida de soporte y la movilidad de los dientes. ^{29, 38}

– Halitosis

Se define como el mal aliento que tiene una persona. Es el producto de un desorden alimentario o por el consumo de fármacos, tabaco, por los malos hábitos de higiene, estrés entre otros factores. ³⁹

2.2.5 Crecimiento y desarrollo dental

La erupción dental es la evolución natural, la migración intraósea de una pieza dentaria al exterior ubicándose en una posición funcional en la cavidad bucal. Es un proceso fisiológico que comienza desde la vida intrauterina con la calcificación de los dientes, la reabsorción de las raíces en el caso de los dientes deciduos, aposición ósea alveolar y la proliferación celular. Es aquí donde se conoce la odontogénesis que viene hacer el proceso embrionario en donde las células ectodérmicas se invaginan conjunto con el ectomesénquima para así formar estructuras como los dientes. Éstos van a seguir una serie de secuencias o etapas como el brote, casquete, campana y folículo dentario; desplazándose cada

uno a sus respectivas arcadas para comenzar el proceso de erupción en la cavidad bucal y su funcionalidad. ^{29, 40, 41}

La cronología de erupción dental varía en todas las personas, puesto que ésta se ve afectada por una serie de factores como la herencia, nutrición, la raza, clima, sexo, entre otros. En la erupción se presentan 3 etapas: pre – eruptiva, eruptiva pre – funcional, es en donde el diente se visualiza en la cavidad bucal también se le denomina emergencia dentaria; y eruptiva funcional es cuando los dientes contactan con sus antagonistas creando oclusión entre ellos de acuerdo con el ritmo del crecimiento craneofacial. ^{40, 41}

Al largo de la vida, el ser humano sólo tiene 2 tipos de dentición:

- Dentición primaria, temporal o decidua

Canut refiere que en la dentición decidua se producen 3 etapas o periodos de erupción; el primero cuando erupción a los 6 meses los incisivos centrales inferiores, luego los incisivos centrales y laterales superiores y al final los incisivos laterales inferiores, creando intervalos de 2 a 3 meses en tiempo de erupción entre estos grupos. En el segundo periodo de erupción se da alrededor de los 16 meses cuando erupcionan los primeros molares y los caninos a los 20 meses. Y por último en el tercer grupo alrededor de 4 meses más, cuando erupcionan los segundos molares. Todo este proceso aproximadamente demora 2 años. ^{40, 41}

Esta dentición aparece alrededor de los 6 meses de vida del niño, pero también se puede ver alterada la cronología de erupción, y termina a los 3 años de edad. En esta dentición, el niño cuenta con 20 piezas dentarias formadas en total por 4 incisivos centrales, 4 incisivos laterales, 4 caninos y 8 molares. ^{29, 40}

- Dentición permanente o definitiva

A los 6 años comienzan a erupcionar los primeros molares permanentes dando lugar a la dentición mixta y a los 12 años termina de completarse la dentición permanente por que las terceras molares varían según cada persona. Esta dentición también llamada dientes de adulto comienza alrededor de los 6 años de edad, en donde se produce el primer recambio y finaliza a los 18 y alrededor de los 25 años con la aparición de las terceras molares. En esta dentición presentan 32 dientes formados por grupos de 4 incisivos centrales, 4 incisivos laterales, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.^{29, 40}

- Importancia

Los dientes deciduos o de leche, guardan importancia en su funcionalidad en el sistema masticatorio conjunto con otros elementos como la lengua, los carrillos, los huesos maxilares, músculos entre otros. Sirven en la masticación, fonética, estética, evitar un trauma psicológico en el niño y para el adecuado crecimiento maxilo facial. La permanencia de estos dientes de leche en boca son importantes para mantener el espacio adecuado para la futura erupción de los dientes permanentes y se produzca un alineamiento correcto de los dientes.²⁹

2.2.6 Conocimientos

Es la posesión de diferentes datos, verdaderos y únicos, que se originan con la percepción sensorial, luego llegan al entendimiento y después se transforman en la razón. Mediante la experiencia, se adquiere una información que va ser almacenada, sea por aprendizaje o por introspección.⁴²

El conocimiento también se puede definir como la capacidad humana para transmitir una información, esto implica todo un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.⁴³

– Conocimiento de los docentes

El conocimiento de un docente, educador o profesor es un conocimiento pedagógico, profesional práctico, está formado por una mezcla sintetizada de valores, principios, reglas, creencias, ideas, que utilizan para justificar y garantizar su actuación profesional con las razones para tomar ciertas decisiones que acreditan su acción que fueron adquiridas con el tiempo.¹¹

– Malla curricular escolar

Las aspiraciones educativas de nuestro país demanda un cambio respecto a lo que deben aprender los estudiantes en la educación básica regular, para así contar con herramientas que le permitan un desarrollo pleno y garanticen un inclusión social tanto en los ámbitos culturales, sociopolíticos como también en lo ético, espiritual, cognitivo, comunicativo, afectivo, corporal, estético y ambiental.⁴⁴

Dentro del perfil del currículo de educación básica regular se toma en cuenta que el estudiante debe reconocerse como una persona valiosa, así mismo debe conocer sus derechos y deberes, comprendiendo sus procesos históricos y sociales de nuestro país y del mundo. Practica una vida saludable, cuidando su cuerpo con actividades físicas, actividades artísticas y culturales, eliminando también la discriminación y exclusión entre estudiantes, entre otras.⁴⁴

En la malla curricular escolar se encuentra la tutoría en los 3 niveles educativos, como en el caso del nivel inicial, se presenta que los niños deben adquirir experiencias favorables para fortalecer su autoestima y seguridad, como también

iniciar una comunicación entre los niños y sus familiares. En el caso del nivel primaria se debe de crear un clima favorable en el aula, creando el valor del respeto en sí mismo y hacia los demás, reflexionar sobre acciones y consecuencias de sus actos, trabajar en grupo manteniendo relaciones interpersonales de aceptación y valoración. Y en el caso del nivel secundaria se debe apoyar en la etapa evolutiva de la adolescencia, en la afirmación de su identidad y en las situaciones de riesgo que puedan afectar su bienestar y proceso de desarrollo. ⁴⁴

- Programa curricular

Educación inicial (De 0 a 2 años: área relación consigo mismo, área relación con el medio natural y social y área comunicación. De 3 a 5 años: área personal social, área ciencia y ambiente, área matemática y área comunicación). Educación primaria (Área comunicación, área matemática, área personal social, área ciencia y ambiente, área arte, área educación religiosa y área educación física). Educación secundaria (Área matemática, área comunicación, área inglés, área arte, área historia, área geografía y economía, área formación ciudadana y cívica, área persona familia y relaciones humanas, área educación física, área educación religiosa, área ciencia, tecnología y ambiente y área educación para el trabajo). ⁴⁴

En cuanto a las horas de libre disponibilidad, las instituciones educativas de los niveles primaria y secundaria hacen uso de un mínimo de 10 y 6 horas de libre disponibilidad. En el caso de la educación inicial son 25 horas obligatorias, eso quiere decir 25 horas establecidas, en el caso del nivel primaria son 20 horas obligatorias esto incluye una hora de dedicación

exclusiva para tutoría y orientación educativa, más 10 horas de libre disponibilidad haciendo un total de 30 horas establecidas. Con respecto a la educación secundaria se tiene 29 horas obligatorias incluye una hora de dedicación exclusiva para tutoría y orientación educativa más 6 horas de libre disponibilidad, sumando un total de 35 horas establecidas. En el caso del nivel secundaria las horas de libre disponibilidad incluirán las áreas de comunicación, matemática y educación para el trabajo. ⁴⁴

- Responsabilidad del docente ante la salud bucal

La persona más indicada para influenciar en la salud cotidiana de los estudiantes es sin duda el docente, ya que los estudiantes pasan más tiempo en el colegio que en sus hogares. Cinco días de los siete de la semana en la escuela y casi 6 horas diarias, por eso el docente es el responsable en fomentar la salud de sus estudiantes, debido que es la persona que pasa más tiempo con ellos, para luego comunicarle a la familia sobre la adquisición o no de hábitos saludables de sus niños. ⁴⁵

El docente como promotor de salud es la persona a imitar que influye, enseña, aprende, fomenta e interviene en el proceso de promoción de la salud, de ello dependerá el éxito o fracaso de la calidad de vida sobre las estrategias preventivas en el proceso educativo referente a la salud del niño, niña, de su familia y de la comunidad, y para esto se necesita de la cooperación, apoyo y trabajo en equipo y de todos. ¹¹

Según la OMS/UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) sobre la preparación del docente para la educación sanitaria en el año 1970, 1997 y 1995 sugiere que el docente debe ser

quien enseñe a apreciar el valor e importancia de la educación sanitaria a sus estudiantes, brindarles conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo del niño y su salud personal y colectiva e inculcarle normas de higiene personal para conservar su propia salud. ⁴⁵

En nuestro país son pocas las instituciones educativas donde se imparte la educación sanitaria bucal, en muchos de los casos los estudiantes al regresar del recreo y comer no suelen cepillarse los dientes. Sin embargo hay programas en donde se están capacitando al personal educativo en cuanto a una lonchera saludable y utensilios para la limpieza bucal. Es necesario que esta información llegue a todos los docentes a nivel nacional para así reducir la prevalencia de enfermedades bucales en los estudiantes. ⁴⁵

– Convenio de cooperación técnica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud (MINSA – MED)

Se firmó el 05 de Agosto del 2002, en donde ambos ministerios acuerdan contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del estudiante y su comunidad, capacitando así sobre promoción de la salud y desarrollando capacidades físicas e intelectuales, así como ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales, urbano marginales, con el fin de que se apliquen las estrategias preventivas y promueva una cultura de la salud en un espacio escolar, ya que estos lugares son más vulnerables que otros. ^{46, 47}

Con este convenio macro entre los ministerios se capacitan a los docentes, y se creó un programa llamado “escuelas saludables” en donde se fomenta educación para la salud, en donde se imparte temas referentes al cuidado de la salud bucal como la higiene, hábitos alimenticios entre otros. Se evidenció un incremento

entre los años 2003 a 2004 en sus resultados sobre el programa de promoción de la salud en los colegios, así como también el incremento de docentes capacitados en salud. ^{47, 48}

2.2.7 Nivel socioeconómico (NSE)

– Definición

Es la medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona. Es la posesión de bienes (como lavadora, cocina, refrigeradora, computadora, teléfono fijo entre otros), el grado de instrucción (mayormente del jefe del hogar), los ingresos (mensuales monetarios) y otros factores relacionados al sostén económico del hogar y respecto a la vivienda (como el material usado para la construcción de la casa), el número de habitantes, entre otros. ¹⁰

– Perfil socioeconómico

Se desarrollaron 5 NSE A, B, C, D y E, o también llamados niveles socioeconómicos alto, medio alto, medio, bajo y muy bajo. En la última encuesta que realizó la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) en el año 2016; se tomaron en cuenta varios aspectos relacionados con la distribución de personas en Lima Metropolitana y a nivel nacional, incluyendo factores como el tipo de vivienda, si la vivienda es alquilada o no, el material con el que está construido las paredes de su vivienda, de sus pisos, de sus techos, si cuenta con los servicios públicos entre otros y cuanto de sus ingresos y egresos eran destinados a la salud, vestido, alimentación entre otros. Se concluyó que el NSE C era el predominante a nivel nacional, detallando los factores de expansión; del total de sus ingresos eran destinados solo el 7% a servicios de salud, mientras que un 11,2% a la educación, 15,7% vivienda y un 40,4% a la alimentación. ^{10, 49}

- Nivel socioeconómico de los docentes con relación a la salud bucal

Son los aspectos y factores que intervienen en dicha población para clasificarla según sus tenencias, bienes adquiridos o propios como si tienen casa propia o servicios públicos, internet, etc. El NSE de los docentes y el conocimiento sobre salud bucal tienen una amplia relación, ya que si ellos no cuentan con recursos para obtener información o conocimiento sobre prevención, enfermedades de la cavidad bucal, entre otros; no podrían aplicar estos conocimientos a sus estudiantes. También dependerá del salario mensual de ellos y dando prioridad a otras actividades y gastos, los servicios de salud quedan de lado; y en mucho de los casos docentes de colegios estatales no acuden a consulta odontológica por un dolor dental por no contar con dinero. Sin embargo los docentes de colegios particulares cuentan con un nivel socioeconómico mayor y son ellos los que disfrutan de una mejor salud. ^{10, 50}

2.3 Definición de términos

Salud: “Estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo o comunidad y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. ¹

Salud bucal: “Estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén y de las partes que rodean a la cavidad bucal, estructuras relacionadas con la masticación y el complejo maxilofacial”. ²⁷

Placa bacteriana: “Es una película blanquecina, pegajosa é incolora que se forma y deposita sobre todas las superficies de la boca en los dientes y tejidos bucales”. ⁵

Nivel de conocimiento: “Es la cantidad de información almacenada en base a la experiencia o aprendizaje adquirido a través del tiempo”. ⁴³

Nivel socioeconómico (NSE): “Es la posesión de bienes, el grado de instrucción, los ingresos y otros factores relacionados al sostén económico del hogar y la vivienda”. ¹⁰

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis principal

Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

3.1.2 Hipótesis específicas

- Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes.
- Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes.
- Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes.
- Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en los docentes.
- Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo en los docentes.

3.2 Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1 Variables

- Variable 1
Nivel socio económico
- Variable 2

Nivel de conocimiento sobre salud bucal

- Interviniente

Edad

Sexo

3.2.2 Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de Medición
V1 Nivel socioeconómico	Es la posesión de bienes, el grado de instrucción, los ingresos y otros factores relacionados al sostén económico del hogar, número de habitantes y con respecto a la vivienda. ¹⁰	Ingresos económicos	Muy bajo Bajo Medio Medio–Alto	Nominal
		Condición de la vivienda		
		Propiedad de la vivienda		
		Principal actividad laboral		
		Actividades en su tiempo libre		
V2 Nivel de conocimiento sobre 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 aspectos preventivos. ^{43, 51}	Conocimiento sobre medidas de prevención	Malo Regular Bueno	Nominal
		Conocimiento sobre enfermedades bucales		
		Conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental		
INTERVINIENTE	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala de Medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento. ⁵²	Edad	25 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años 41 años a más	Intervalo
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra. ⁵²	Sexo	Masculino Femenino	Nominal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente trabajo, es un estudio de tipo correlacional, porque se explica la relación existente entre variables y a su vez las adiciona mediante una jerarquía predecible para una población. ⁵³

De diseño no experimental, porque la recolección de datos será en un único momento, sólo se observan los fenómenos tal como se dan en su entorno natural para luego examinarlos y no se manipulan las variables con intención. ⁵³

Del tipo prospectivo, porque los datos fueron recabados y estudiados desde la ejecución del trabajo hacia adelante (Durante el primer semestre del año 2017). ⁵³

De nivel de investigación cualitativa, porque averigua variables subjetivas, los significados se extraen de los datos y no tiene secuencia lineal. ⁵³

Y es Básico Puro, porque busca aportar conocimientos. ⁵³

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

La población estuvo constituida por 102 docentes del nivel primaria y secundaria de la institución educativa Rosa de Santa María del distrito de Breña en Lima Perú, matriculados en el primer semestre del año 2017.

4.2.1.1 Criterios de selección:

- Criterios de inclusión:
 - Ser docentes del sector público escolarizado.
 - Docentes de nivel primaria y secundaria de la I. E. Rosa de Santa María.
 - Docentes orientados en espacio, tiempo y persona.

- Docentes entre 25 a 41 años a más.
 - Docentes que brindaron información completa y confiable.
 - Docentes que firmaron el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
- Ser docente del sector privado.
 - Docentes con alguna discapacidad física o mental.
 - Docentes no colaboradores.

4.2.2 Muestra

No se utilizó muestra de estudio. Se trabajó con toda la población de docentes del nivel primaria y secundaria de la institución educativa Rosa de Santa María del distrito de Breña en Lima Perú matriculados en el primer semestre del año 2017.

4.2.2.1 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por 102 docentes de la I.E Rosa de Santa María del distrito de Breña en Lima Perú matriculados en el primer semestre del año 2017.

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

4.3.1 Técnicas de recolección de datos

Para la presente investigación se utilizó la técnica de entrevista estructurada.⁵³

4.3.2 Instrumento de recolección de datos

Para el presente estudio se utilizó el instrumento de cuestionario (cerrado) con los ítems específicos para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes (Fuente: El instrumento validado se encuentra en la investigación realizada por Delgado, R.⁵⁴) (Ver anexo 4); y el cuestionario sobre nivel

socioeconómico (Fuente: Instrumento validado en la investigación realizada por Bouby A. ⁵⁵) (Ver anexo 4). Estos instrumentos cumplen con las pruebas de confiabilidad y validez y se encuentran dentro de las investigaciones de estos dos autores. ^{54, 55}

4.3.3 Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó el permiso del Sr. Director de la I. E. Rosa de Santa María, mediante un documento o carta de presentación emitida por la Directora de la Escuela de Estomatología (Ver anexo 1), en donde se especificó el motivo y objetivo por el cual la bachiller se hace presente para dicha investigación.

Se tomó en cuenta la población que cumplió con los criterios de selección, seguido a esto, se procedió a explicar el propósito del estudio a los docentes. Luego se realizó el proceso de recolección de datos por el cual se entregaron los cuestionarios previamente validados y con estos, los consentimientos informados (ver anexo 4). Los cuestionarios cuentan con los ítems específicos para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico (Ver anexo 3). El primer cuestionario se dividió en 2 partes, la primera donde se llenaron los datos generales del encuestado y en la segunda parte se marcó la respuesta correcta según su apreciación en cuanto al conocimiento sobre prevención en salud bucal de los docentes. El segundo cuestionario se marcó la respuestas según corresponda al nivel social y económico como vivienda e ingresos mensuales, para así tener una idea clara y concisa sobre el nivel socioeconómico de éstos.

Así mismo, el primer cuestionario sobre el nivel de conocimiento en salud bucal tuvo 18 preguntas cerradas (con respuestas “Si”, “No” y respuestas múltiples). Las

preguntas sobre conocimientos se dividieron en: Conocimiento sobre medidas preventivas (6 preguntas), conocimiento sobre enfermedades bucales (6 preguntas) y conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental (6 preguntas). Por cada respuesta correcta se le dio un punto. El ponderado de las respuestas se tomó en cuenta de dos formas:

Global: Malo (0-6 puntos), Regular (7-12 puntos) y Bueno (13-18), y

Particular: Las respuestas sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y crecimiento y desarrollo dental, por cada 5 o 6 respuestas correctas se consideró Bueno, por cada 3 o 4 respuestas era Regular y por cada 2 o 0 respuestas era Malo.

El segundo cuestionario sobre el nivel socioeconómico tuvo 8 preguntas cerradas. A su vez, se dividió en nivel social con 4 preguntas cerradas con un determinado puntaje y en nivel económico con 4 preguntas respectivamente, con un determinado puntaje cada respuesta. El rango ponderado de puntajes fue Medio – alto (31-41 puntos), medio (21-30 puntos), bajo (11-20 puntos) y muy bajo (01-10 puntos), respectivamente.

Así se estableció la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes.

4.4 Técnicas de procesamiento de la información

Se empleó el paquete estadístico SPSS Versión 23. Los datos obtenidos fueron vaciados en una hoja de cálculo empleando para ello el programa Microsoft Excel versión 2013, después fueron transferidos al paquete estadístico SPSS para su

análisis respectivo. Se empleó análisis estadísticos inferenciales. Las tablas serán elaboradas en Microsoft Word versión 2013 y los gráficos en Microsoft Excel.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Para el análisis inferencial y determinación de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica Chi-cuadrado de Pearson con un $\alpha=0.05$.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis inferencial

TABLA N° 01:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL DISTRITO DE BREÑA EN EL AÑO 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL	NIVEL SOCIOECONOMICO			Total
	BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	
MALO	0	10	19	29
	0.0%	9.8%	18.6%	28.4%
REGULAR	2	22	32	56
	2.0%	21.6%	31.4%	54.9%
BUENO	2	6	9	17
	2.0%	5.9%	8.8%	16.7%
Total	4	38	60	102
	3.9%	37.3%	58.8%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

$$X^2 = 4,309$$

$$gl = 4$$

$$p = .366$$

Interpretación:

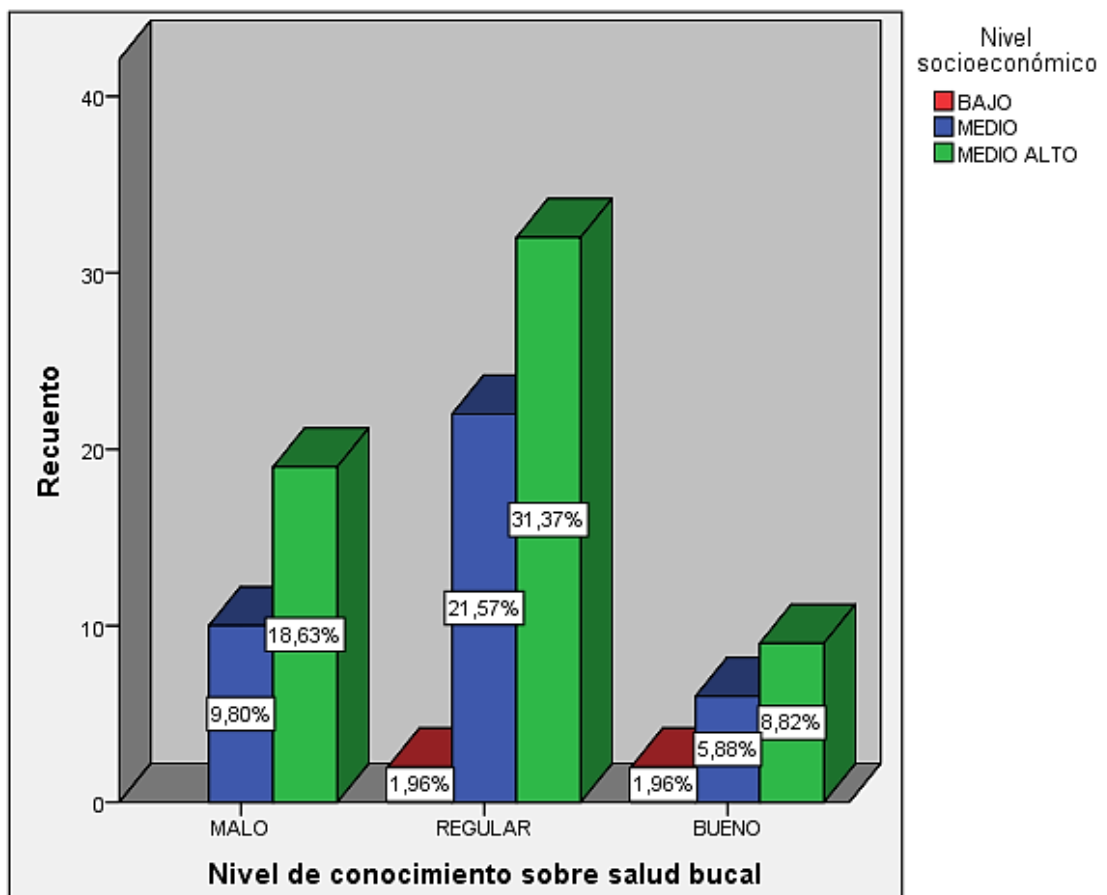
Se observa la distribución de los resultados, que en cuanto al nivel de conocimiento sobre salud bucal se obtuvo un nivel regular con el 31,4% (32 docentes) que pertenecen al nivel socioeconómico medio – alto, seguido por NSE medio con el 21,6% (22 docentes) y en menor porcentaje el bajo con el 2% (2

docentes). Con respecto al nivel de conocimiento malo se obtuvo el 18,6% (19 docentes) que se ubican en el NSE medio – alto, seguido por el NSE medio con el 9,8% (10 docentes). Y por último en cuanto al nivel de conocimiento bueno se obtuvo el 8,8% (9 docentes) pertenecen al NSE medio – alto, seguido por NSE medio con el 5,9% (6 docentes) y finalmente bajo con el 2,0% (2 docentes).

Se observa también en la tabla N° 01, que el nivel de conocimiento sobre salud bucal de la población total (102 docentes) es regular con el 54,9% (56 docentes) y el NSE que predomina es el medio – alto con el 58,8% (60 docentes).

GRÁFICO N° 01:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL DISTRITO DE BREÑA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 02:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA DEL DISTRITO DE BREÑA EN EL AÑO 2017.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL	NIVEL SOCIOECONOMICO			Total
	BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	
MALO	0	5	10	15
	0.0%	4.9%	9.8%	14.7%
REGULAR	1	23	35	59
	1.0%	22.5%	34.3%	57.8%
BUENO	3	10	15	28
	2.9%	9.8%	14.7%	27.5%
Total	4	38	60	102
	3.9%	37.3%	58.8%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

$$X^2 = 5,046$$

$$gl = 4$$

$$p = .283$$

Interpretación:

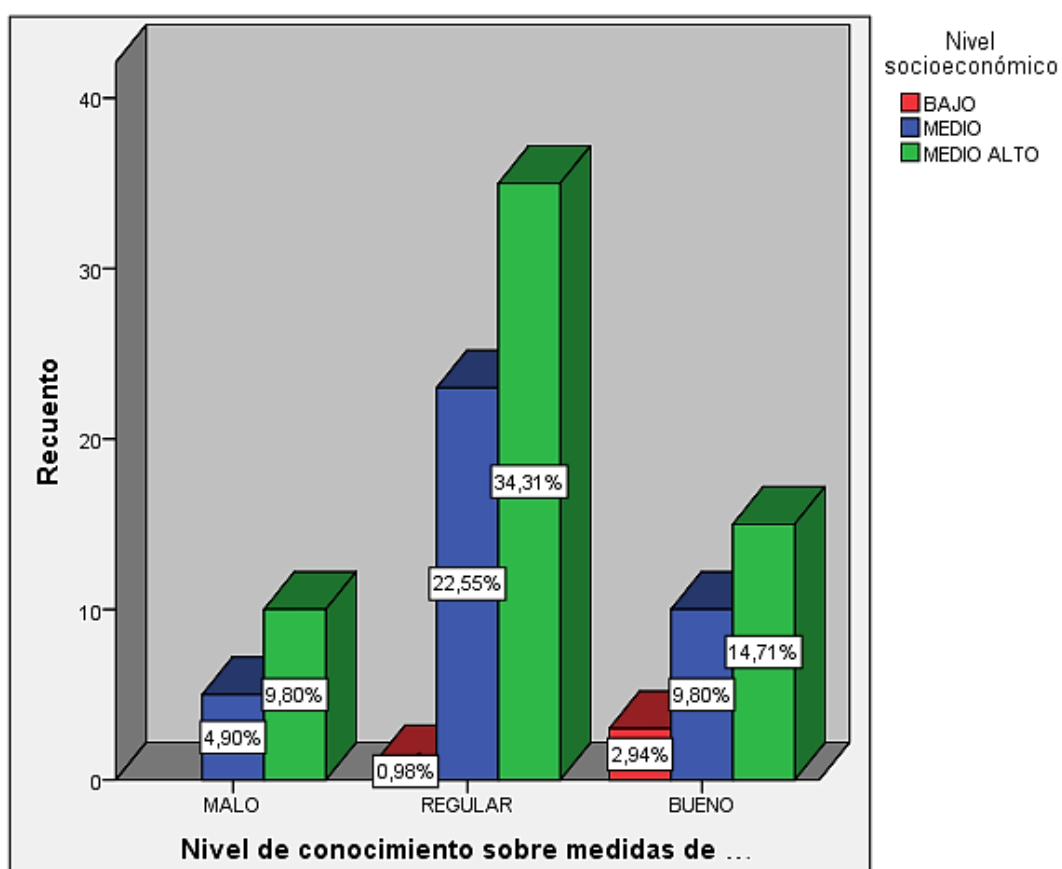
Se observa la distribución de los resultados obtenidos, que en cuanto al nivel de conocimiento sobre medidas de prevención, se obtuvo un nivel regular con el 34,3% (35 docentes) que pertenecen al nivel socioeconómico medio – alto, seguido por NSE medio con el 22,5% (23 docentes) y en menor porcentaje el bajo con un 1% (1 docentes). Con respecto al nivel de conocimiento bueno se obtuvo el 14,7% (15 docentes) que se ubican en el NSE medio – alto, seguido por el NSE medio con el 9,8% (10 docentes), y el NSE bajo con el 2,9% (3 docentes). Y por último en cuanto al nivel de conocimiento malo se obtuvo el 9,8% (10 docentes)

pertenecen al NSE medio – alto, seguido por NSE medio con el 4,9% (5 docentes).

Se observa también en la tabla N° 02, que el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de la población total (102 docentes) es un nivel regular con el 57,8% (59 docentes), y el nivel socioeconómico que predomina es el medio – alto con el 58,8% (60 docentes).

GRÁFICO N° 02:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA DEL DISTRITO DE BREÑA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 03:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA DEL DISTRITO DE BREÑA EN EL AÑO 2017.

ENFERMEDADES BUCALES	NIVEL SOCIOECONOMICO			Total
	BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	
MALO	1	19	31	51
	1.0%	18.6%	30.4%	50.0%
REGULAR	3	16	17	36
	2.9%	15.7%	16.7%	35.3%
BUENO	0	3	12	15
	0.0%	2.9%	11.8%	14.7%
Total	4	38	60	102
	3.9%	37.3%	58.8%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

$$X^2 = 6,574$$

$$gl = 4$$

$$p = .160$$

Interpretación:

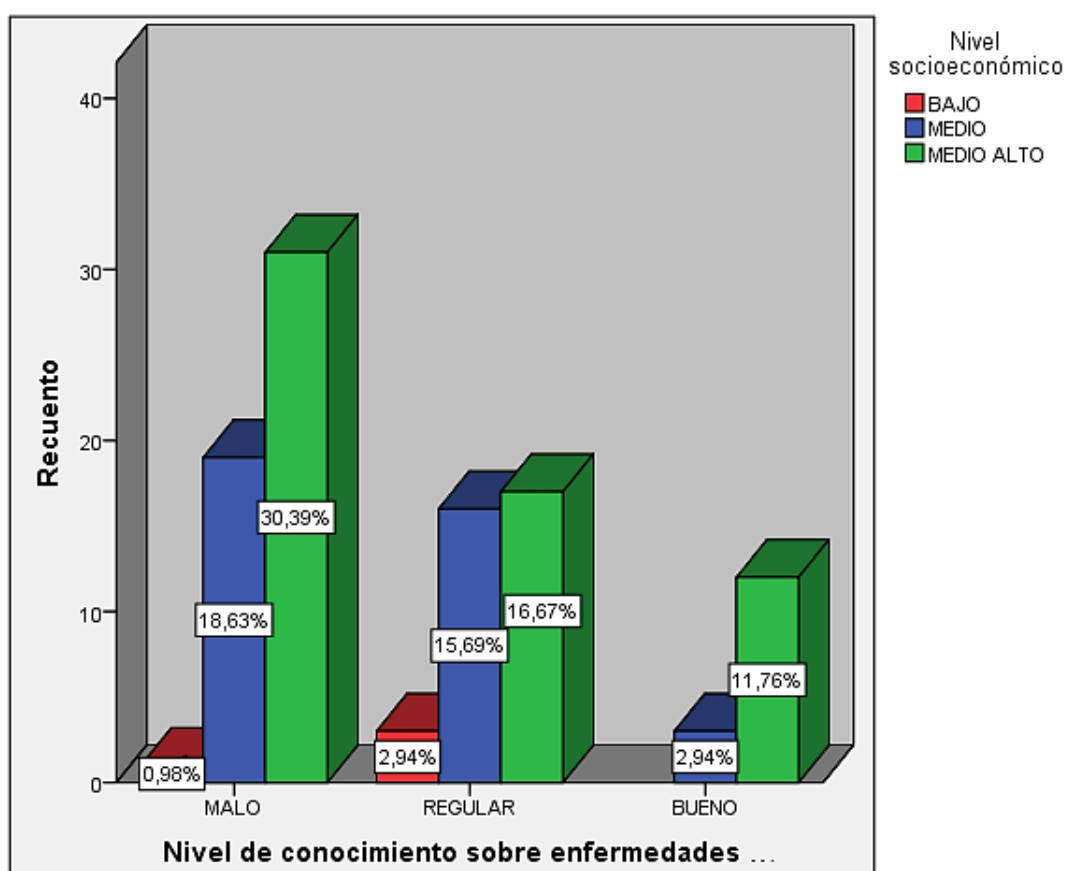
Con respecto a la distribución de los resultados obtenidos se observa, que en cuanto al nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales se mostró un nivel malo con el 30,4% (31 docentes) que pertenecen al nivel socioeconómico medio – alto, seguido por NSE medio con el 16,7% (17 docentes) y el NSE bajo con el 11,8% (12 docentes). Con respecto al nivel de conocimiento regular se obtuvo el 16,7% (17 docentes) que se ubican en el NSE medio – alto, seguido por el NSE medio con el 15,7% (16 docentes), finalmente el NSE bajo con el 2,9% (3

docentes). Y por último en cuanto al nivel de conocimiento bueno se obtuvo el 11,8% (12 docentes) pertenecen al NSE medio – alto, seguido por NSE medio con el 2,9% (3 docentes).

Se observa también en la tabla N° 03, que el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de la población total (102 docentes) es malo con el 50,0% (51 docentes) y el NSE que predomina es el medio – alto con el 58,8% (60 docentes).

GRÁFICO N° 03:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA DEL DISTRITO DE BREÑA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 04:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL EN LOS DOCENTES DE PRIMARIA Y SECUNDARIA DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA DEL DISTRITO DE BREÑA EN EL AÑO 2017.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL	NIVEL SOCIOECONOMICO			Total
	BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	
MALO	1	16	30	47
	1.0%	15.7%	29.4%	46.1%
REGULAR	0	14	18	32
	0.0%	13.7%	17.6%	31.4%
BUENO	3	8	12	23
	2.9%	7.8%	11.8%	22.5%
Total	4	38	60	102
	3.9%	37.3%	58.8%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

$$X^2 = 7,460$$

$$gl = 4$$

$$p = .113$$

Interpretación:

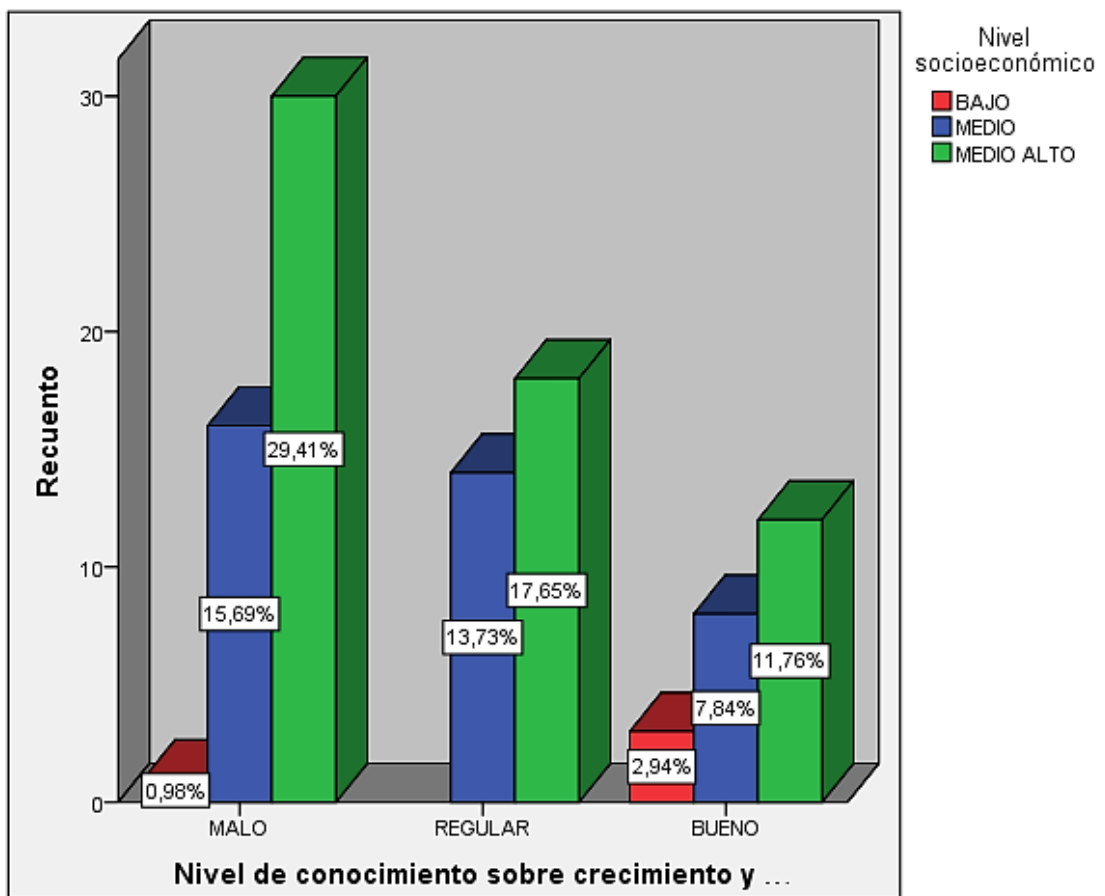
En la distribución de los resultados obtenidos se observa, que en cuanto al nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental, se obtuvo un nivel malo con el 29,4% (30 docentes) que pertenecen al nivel socioeconómico medio – alto, seguido por NSE medio con el 15,7% (16 docentes) y en menor porcentaje el bajo con un 1% (1 docentes). Con respecto al nivel de conocimiento regular se obtuvo el 17,6% (18 docentes) que se ubican en el NSE medio – alto, seguido por el NSE medio con el 13,7% (14 docentes). Y por último en cuanto al nivel de conocimiento bueno se obtuvo el 11,8% (12 docentes) pertenecen al NSE medio

– alto, seguido por NSE medio con el 7,8% (8 docentes) y finalmente bajo con el 2,9% (3 docentes).

Se observa también en la tabla N° 04, que el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental de la población total (102 docentes) malo con el 46,1% (47 docentes) y el nivel socioeconómico que predomina es el medio – alto con el 58,8% (60 docentes).

GRÁFICO N° 04:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL EN LOS DOCENTES DE PRIMARIA Y SECUNDARIA DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA DEL DISTRITO DE BREÑA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 05:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD EN LOS DOCENTES.

EDAD	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL	NIVEL SOCIOECONOMICO			Total
		BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	
25 – 30	REGULAR	0	6	4	10
		0%	50.0%	33.3%	83.3%
	BUENO	0	2	0	2
		0%	16.7%	0.0%	16.7%
	Total	0	8	4	12
		0%	66.7%	33.3%	100.0%
31 – 35	MALO	0	1	0	1
		0%	9.1%	0.0%	9.1%
	REGULAR	0	5	5	10
		0%	45.5%	45.5%	90.9%
	Total	0	6	5	11
		0%	54.5%	45.5%	100.0%
36 – 40	MALO	0	1	1	2
		0.0%	11.1%	11.1%	22.2%
	REGULAR	0	2	3	5
		0.0%	22.2%	33.3%	55.6%
	BUENO	1	1	0	2
	11.1%	11.1%	0.0%	22.2%	
	Total	1	4	4	9
		11.1%	44.4%	44.4%	100.0%
41 A MAS	MALO	0	8	18	26
		0.0%	11.4%	25.7%	37.1%
	REGULAR	2	9	20	31
		2.9%	12.9%	28.6%	44.3%
	BUENO	1	3	9	13
	1.4%	4.3%	12.9%	18.6%	
	Total	3	20	47	70
		4.3%	28.6%	67.1%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Para 25 - 30 años:	$X^2 = 1,200$	gl = 1	p = .273
Para 31 - 35 años:	$X^2 = ,917$	gl = 1	p = .338
Para 36 - 40 años:	$X^2 = 4,725$	gl = 4	p = .317
Para 41 años a más:	$X^2 = 2,046$	gl = 4	p = .727

Interpretación:

Según la distribución de los resultados, se puede observar que al relacionar el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico en los 12 docentes (100%) cuyas edades comprenden entre los 25 a 30 años (Gráfico N° 5.1), el que predomina es el nivel regular con el 83,3% (10 docentes) y el NSE al que pertenecen es el medio con el 66,7% (8 docentes). Seguido por el nivel de conocimiento bueno con el 16,7% (2 docentes) y el NSE medio –alto con el 33,3% (4 docentes).

Se puede observar la distribución de los resultados del nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico que predominan en los 11 docentes (100%), cuyas edades se encuentran entre los 31 a 35 años (Gráfico N° 5.2) es el nivel regular con el 90,9 (10 docentes) y el NSE medio con el 54,5% (6 docentes). Seguido por el nivel de conocimiento malo con el 9,1% (1 docente) y el NSE medio – alto con el 45,5% (5 docentes).

También se puede observar que al relacionar el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico en los 9 docentes (100%), cuyas edades comprenden entre los 36 a 40 años (Gráfico N° 5.3), el que predomina es el nivel regular con el 55,6% (5 docentes) y los NSE medio – alto con el 44,4% (4 docentes). Seguido por el nivel de conocimiento bueno con el 22,2% (2 docentes)

y el NSE medio con el 44,4% (4 docentes) y finalmente el nivel malo con el 22,2% (2 docentes) y el NSE bajo con el 11,1% (1 docente).

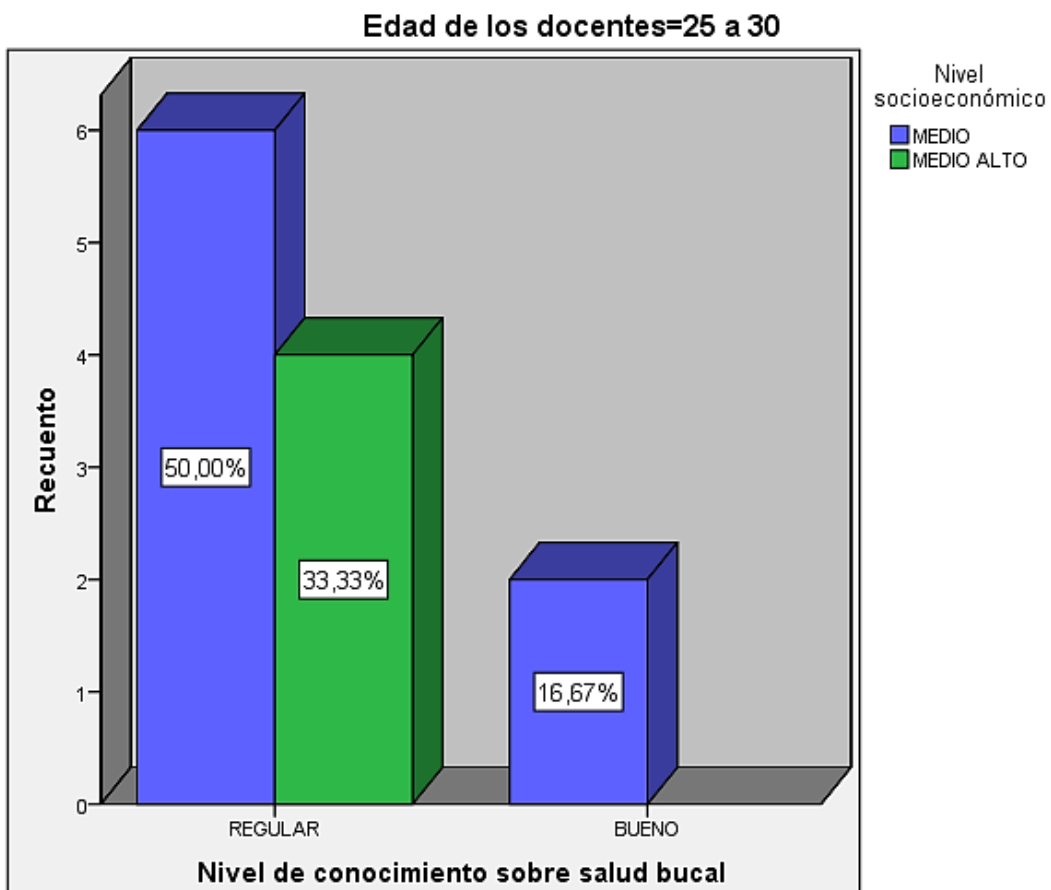
Y por último según la distribución de los resultados, se observa que entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico que predominan en los 70 docentes (100%) cuyas edades comprenden entre los 41 años a más (Gráfico N° 5.4) es el nivel regular con el 44,3% (31 docentes) y el NSE medio – alto con el 67,1% (47 docentes); seguido del nivel malo con el 37,1% (26 docentes) y el NSE medio con el 28,6% (20 docentes); y finalmente el nivel bueno con el 18,6% (13 docentes) y el NSE bajo con el 4,3% (3 docentes).

Eso quiere decir que entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico con mayor porcentaje en la población total (102 docentes), el que predomina es el nivel regular y el nivel medio - alto y las edades son entre los 41 años a más.

GRÁFICO N° 05:

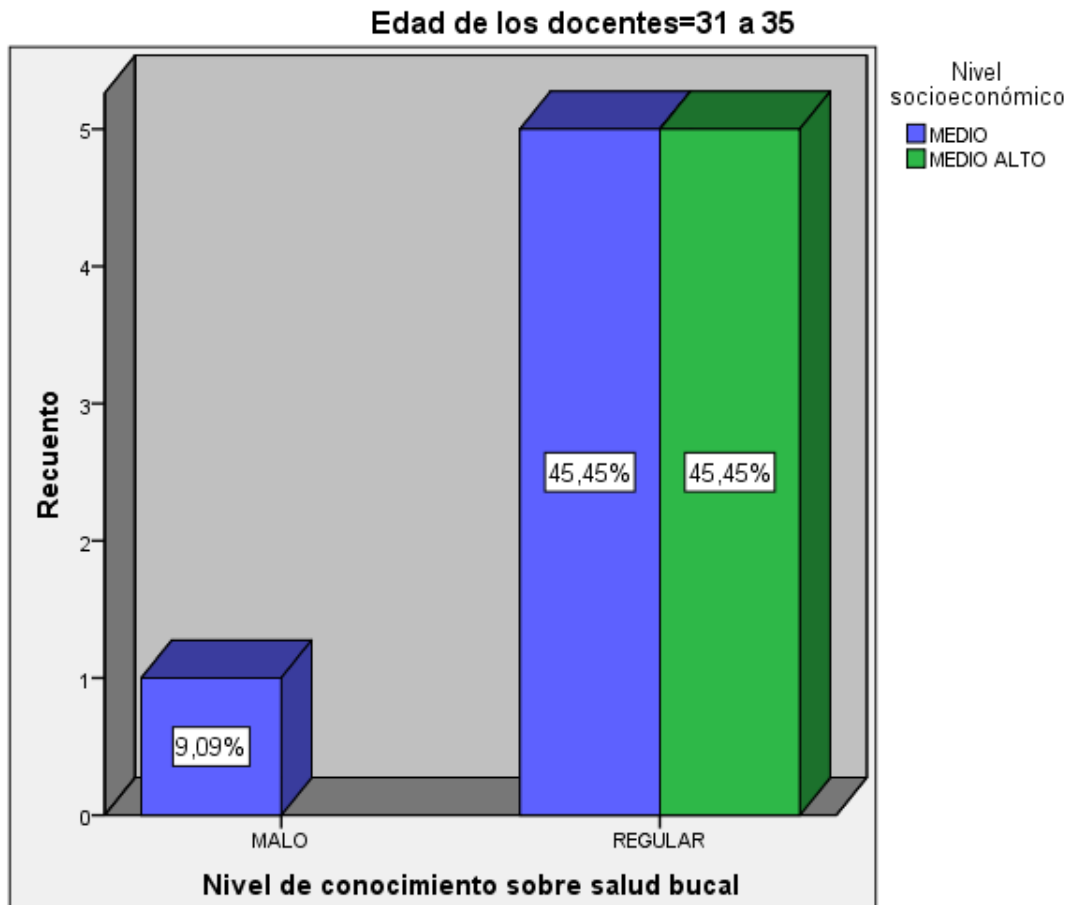
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN LA EDAD EN LOS DOCENTES.

GRÁFICO N° 5.1: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES SEGÚN LAS EDADES ENTRE 25 A 30 AÑOS.



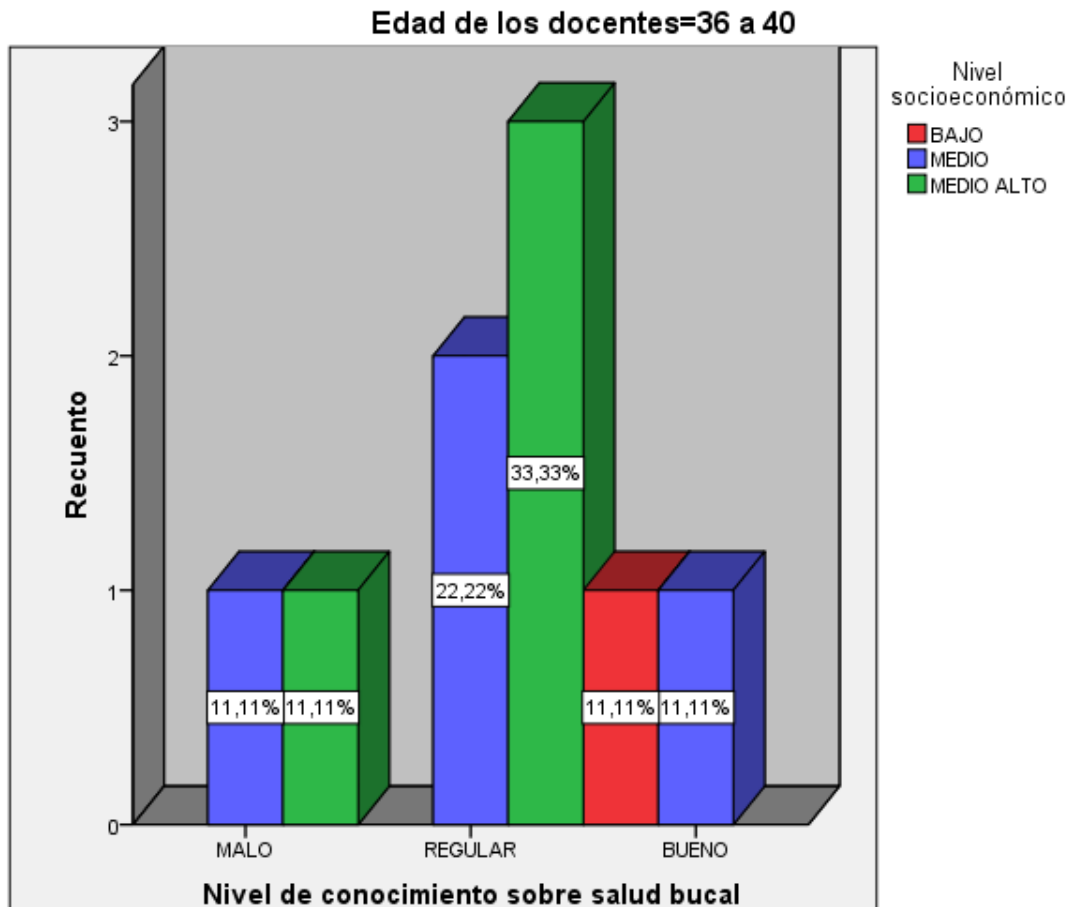
Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 5.2: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES SEGÚN LAS EDADES ENTRE 31 A 35 AÑOS.



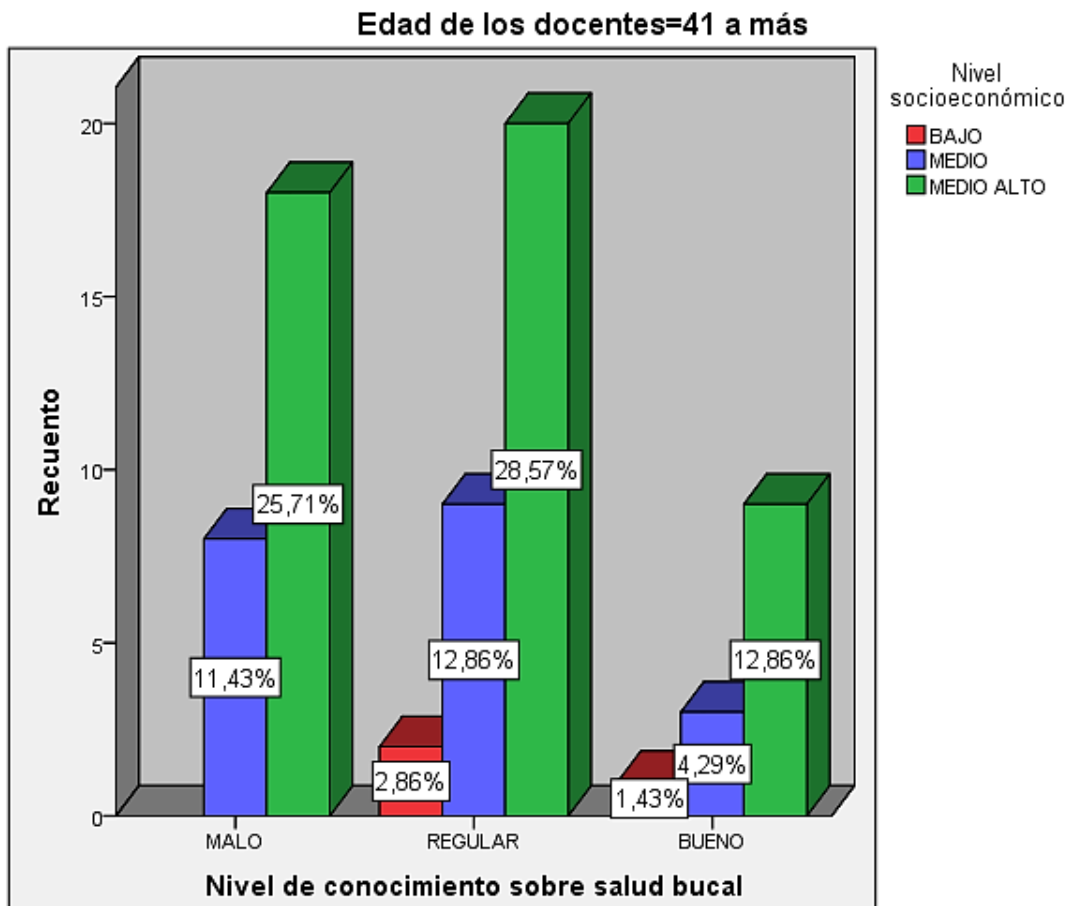
Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 5.3: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES SEGÚN LAS EDADES 36 A 40 AÑOS.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 5.4: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES SEGÚN LAS EDADES ENTRE 41 AÑOS A MÁS.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 06:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN EL SEXO EN LOS DOCENTES.

SEXO	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL	NIVEL SOCIOECONOMICO			Total
		BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	
MASCULINO	MALO	0	4	8	12
		0.0%	11.4%	22.9%	34.3%
	REGULAR	0	12	6	18
		0.0%	34.3%	17.1%	51.4%
	BUENO	2	2	1	5
		5.7%	5.7%	2.9%	14.3%
	Total	2	18	15	35
		5.7%	51.4%	42.9%	100.0%
FEMENINO	MALO	0	6	11	17
		0.0%	9.0%	16.4%	25.4%
	REGULAR	2	10	26	38
		3.0%	14.9%	38.8%	56.7%
	BUENO	0	4	8	12
		0.0%	6.0%	11.9%	17.9%
	Total	2	20	45	67
		3.0%	29.9%	67.1%	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Para masculino: $X^2 = 16,281$ gl = 4 p = .003
 Para femenino: $X^2 = 1,928$ gl = 4 p = .749

Interpretación:

Según la distribución de los resultados se puede observar que sobre la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes según el sexo masculino (Gráfico N° 6.1) con una población

total de 35 docentes varones (100%); el que predomina es el nivel de conocimiento regular con el 51,4% (18 docentes) y el NSE medio con el 51,4% (18 docentes), seguido de un nivel malo sobre conocimiento con el 34,3% (12 docentes) y del SNE medio – alto con el 42,9 (15 docentes); y finalmente el nivel de conocimiento bueno con el 14,3% (15 docentes) y el SNE bajo con el 5,7% (2 docentes).

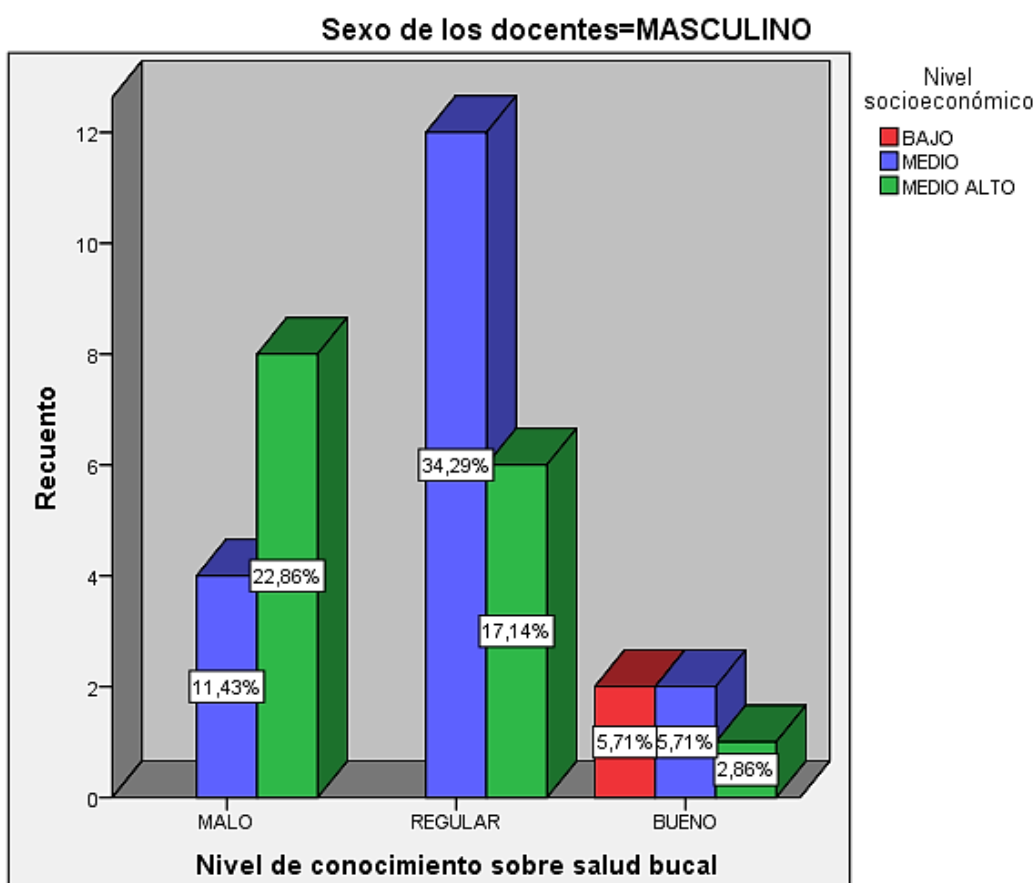
Se puede observar, también sobre la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes según el sexo femenino (Gráfico N° 6.2) en una población total de 67 docentes mujeres (100%); el que predomina es el nivel de conocimiento regular con el 56,7% (38 docentes) y el NSE medio alto con el 67,1% (45 docentes); seguido por el nivel de conocimiento malo con el 25,4% (17 docentes) y el NSE medio con el 29,9% (20 docentes), y por último el nivel de conocimiento bueno con el 17,9% (12 docentes) y el NSE bajo con el 3% (3 docentes).

Eso quiere decir que entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico con mayor porcentaje en la población total (102 docentes), el que predomina es el nivel regular y el nivel medio - alto y el sexo es el femenino.

GRÁFICO N° 06:

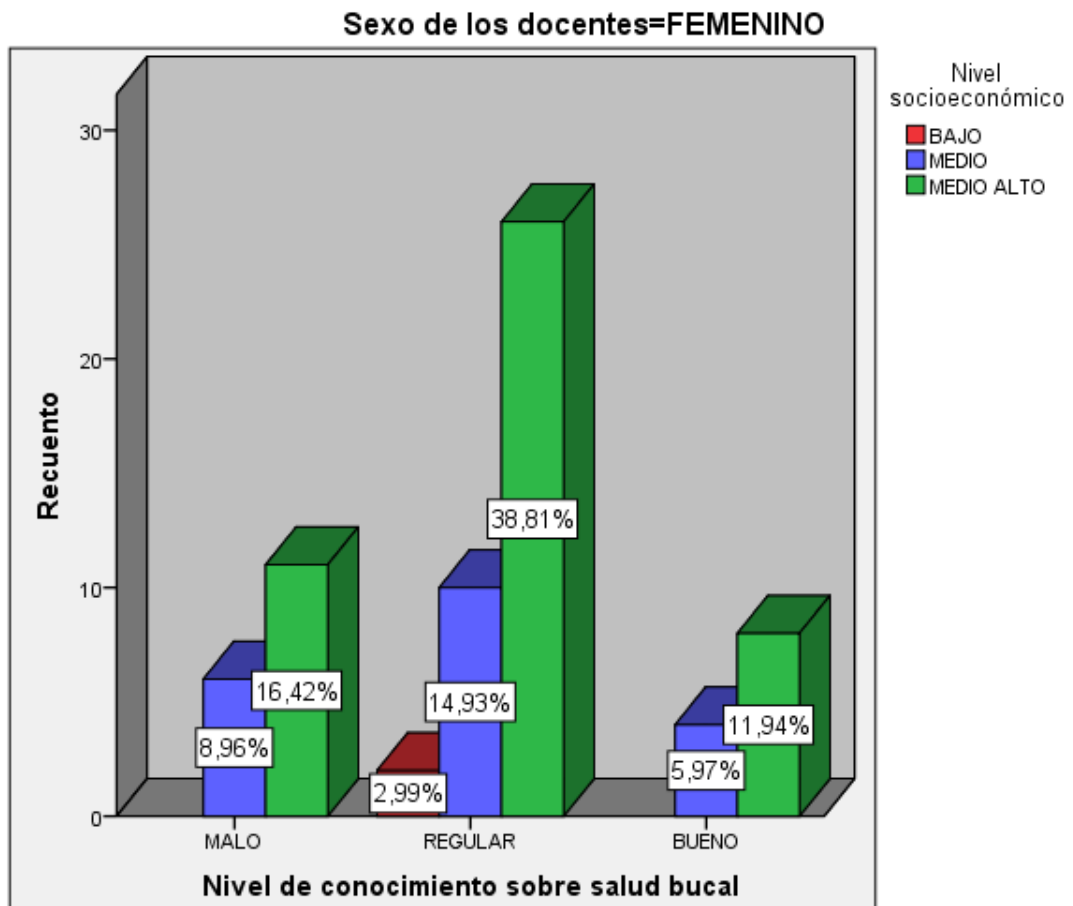
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL SEGÚN EL SEXO EN LOS DOCENTES.

GRÁFICO N° 6.1: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES SEGÚN EL SEXO MASCULINO.



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 6.2: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES SEGÚN EL SEXO FEMENINO.



Fuente: Elaboración propia.

5.2 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

5.2.1 Prueba de hipótesis principal

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

$$X^2 = 4,309$$

$$gl = 4$$

$$p = .366$$

Conclusión:

La prueba de chi cuadrado ($X^2=4,309$ y $p=.366$) no muestra asociación, rechazamos la hipótesis alternativa y aceptamos la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

5.2.2 Prueba de hipótesis específicas 1

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes.

$$X^2 = 5,046$$

$$gl = 4$$

$$p = .283$$

Conclusión:

La prueba de chi cuadrado ($X^2=5,046$ y $p=0.283$) no muestra relación significativa, rechazamos la hipótesis alternativa y aceptamos la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

5.2.3 Prueba de hipótesis específicas 2

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes

$$X^2 = 6,574$$

$$gl = 4$$

$$p = .160$$

Conclusión:

La prueba de chi cuadrado ($X^2=6,574$ y $p=0.160$) no muestra asociación, rechazamos la hipótesis alternativa y aceptamos la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

5.2.4 Prueba de hipótesis específicas 3

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes.

$$X^2 = 7,460$$

$$gl = 4$$

$$p = .113$$

Conclusión:

La prueba de chi cuadrado ($X^2=7,460$ y $p=0.113$) no muestra relación significativa, rechazamos la hipótesis alternativa y aceptamos la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

5.2.5 Prueba de hipótesis específicas 4

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según edad en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según edad en los docentes.

- Para 25 - 30 años: $X^2 = 1,200$ $gl = 1$ $p = .273$

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad entre 25 a 30 años en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad 25 a 30 años en los docentes.

Conclusión N° 1:

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 1,200$ y $p = .273$) no muestra asociación, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad de 25 a 30 años en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

- Para 31 - 35 años: $X^2 = ,917$ $gl = 1$ $p = .338$

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad entre 31 a 35 años en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad 31 a 35 años en los docentes.

Conclusión N° 2:

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = ,917$ y $p = .338$) no muestra asociación, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad de 31 a 35 años en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

- Para 36 - 40 años: $X^2 = 4,725$ $gl = 4$ $p = .317$

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad entre 36 a 40 años en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad 36 a 40 años en los docentes.

Conclusión N° 3:

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 4,725$ y $p = .317$) no muestra asociación, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad de 25 a 30 años en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

- Para 41 años a más: $X^2 = 2,046$ $gl = 4$ $p = .727$

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad entre 41 años a más en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad 41 años a más en los docentes.

Conclusión N ° 4:

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 2,046$ y $p = .727$) no muestra asociación, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad de 41 años a más en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

Conclusión:

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 1,200$; $X^2 = ,917$; $X^2 = 4,725$; $X^2 = 2,046$ y $p = .273$; $p = .338$; $p = .317$; $p = .727$) no muestran relación estadística, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

5.2.6 Prueba de hipótesis específicas 5

Formulamos las hipótesis estadísticas:

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según sexo en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según sexo en los docentes.

- Para masculino: $X^2 = 16,281$ $gl = 4$ $p = .003$

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo masculino en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo masculino en los docentes.

Conclusión N° 1:

La prueba de chi cuadrado ($X^2=16,281$ y $p=0.003$) muestra asociación, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula; es decir que existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo masculino en los docentes encuestados.

- Para femenino: $X^2 = 1,928$ $gl = 4$ $p = .749$

H1: Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo femenino en los docentes.

H0: No existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo femenino en los docentes.

Conclusión N° 2:

La prueba de chi cuadrado ($X^2=1,928$ y $p=.749$) no muestra asociación, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo femenino en los docentes encuestados.

Conclusión:

La prueba de chi cuadrado ($X^2=16,281$; $X^2=1,928$ y $p=0.003$; $p=.749$) sólo muestra asociación en el sexo masculino, se rechaza la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis nula; es decir que no existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo en los docentes encuestados. Esto se debe mayormente a la diferencia en la cantidad entre varones y mujeres de la población en total.

5.3 Discusión

El objetivo de esta investigación es establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.

Los resultados de nuestro estudio indicaron que en cuanto al nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes fue regular con el 54,9%; el cual es comparado con el estudio realizado en Ancash a los docentes en el año 2015 realizado por Arroyo ¹⁴, que obtuvo un nivel regular con el 56%, similar a lo hallado por Huamanchuco ¹³ en el año 2015 en La Libertad, que obtuvo un nivel regular con el 60%. Similar también con lo hallado en la investigación realizada por Luna ¹⁶, en Puno en el 2016, quien obtuvo un nivel de conocimiento sobre salud bucal regular con el 56,4%. Y a Ferreira et al ¹⁸, quienes obtuvieron un nivel medio con el 60%. Así mismo con similitud en sus resultados realizados por Delgado ⁵⁴, en Lima en el 2012, quién obtuvo un nivel regular con el 74,7%. En contraste con Quispe ¹⁹, en el año 2014 en Pimentel (Chiclayo); quien obtuvo un porcentaje de 80% quien también mostró un nivel regular.

Es probable que esta diferencia se deba al nivel estándar en que cada autor se fijó para la realización del cuestionario y su validación, puesto que ello indicaría la existencia de margen de error con respecto a la confiabilidad del instrumento.

Sin embargo estos resultados difieren con la investigación realizada al personal administrativo de un centro educativo, por Santos ¹⁷, en el cual se obtuvo que el nivel de conocimiento sobre salud bucal es alto con un 53,3%; esta diferencia puede ser debida al tamaño de la muestra.

Sobre el nivel socioeconómico de los docentes encuestados, se obtuvo que pertenecían al nivel medio alto con el 58,8%. Este resultado difiere con la investigación realizada por Schufer ²⁰, en Argentina en el año 2015; en el cual se obtuvo que el nivel socioeconómico de personas adultas relacionándolo con las actitudes de salud bucodental fue bajo con el 56,7% y presentaban actitudes desfavorables al dolor dental.

En la presente investigación no se logró identificar el nivel de asociación entre las variables, puesto que no se obtuvo un nivel de significancia suficiente importante al analizar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel sobre salud bucal.

Sobre el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes, fue regular con el 57,8%, en similitud a los resultados obtenidos por Chancusig ¹², en el cual se obtuvo el nivel de conocimiento medio o regular con un porcentaje de 57,5%, así mismo con similitud en la investigación realizada por Delgado ⁵⁴, quien obtuvo un nivel regular con el 53,2%. Estos resultados difieren con la investigación realizada por Huamanchuco ¹³, en el cual los resultados sobre el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas fue alto con el 60%, en similitud a lo hallado por Arroyo ¹⁴, Sánchez ¹⁵ y Quispe ¹⁹; con unos 72%, 68% Y 56,6%, respectivamente.

Estas diferencias de porcentaje se deben probablemente a las capacitaciones sobre promoción y educación en salud, que reciben las instituciones educativas con las nuevas campañas de salud por la que los docentes amplían sus conocimientos sobre los temas tratados.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes, se obtuvo un nivel malo con el 50% de la población, en similitud a los resultados obtenidos por Quispe ¹⁹, quien obtuvo un nivel malo con el 50% y a Delgado ⁵⁴, quien obtuvo un nivel malo con el 40,5%. Así mismo los resultados difieren con la investigación realizada por Huamanchuco ¹³, quien obtuvo como resultado un nivel regular con el 56,75%. A diferencia de Arroyo ¹⁴, que arrojó un resultado de nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales bueno con el 60%, respectivamente.

Estas diferencias pueden deberse a distintos factores como puede ser el poco acceso a información que manejan los docentes evaluados de las instituciones públicas o privadas sobre temas relacionados a salud bucal.

Con respecto a los resultados en el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental fue malo con el 46,1%. A diferencia de Arroyo ¹⁴, Quispe ¹⁹ y Delgado ⁵⁴, quienes obtuvieron un nivel regular con el 44%, 63,33% y 58,2%, respectivamente. Estos resultados difieren con la investigación realizada por Huamanchuco ¹³, quien obtuvo como resultados un nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo alto con el 60%.

Es probable que estas diferencias en los niveles, se deban principalmente a la distinta ubicación de los colegios en donde se realizaron las investigaciones; es decir por ejemplo en la Libertad – Trujillo, Ancash, Chiclayo, Lima entre otros. Cada zona o departamento cuenta con sus propios índices de pobreza y falta de mejoras en salud; todos estos factores adicionándole la deficiente educación juegan un papel importante para el desarrollo de dichos sectores.

Se estudió la relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención, sobre enfermedades bucales y sobre crecimiento y desarrollo dental; en donde no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre dichas variables, eso se debe por que no se obtuvo un nivel de significancia estadística suficiente.

Sobre la relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según edad y sexo, se obtuvo que presentan un nivel socioeconómico medio – alto con el 58,8%; de conocimiento regular con el 54,9% y la edad que predomina en el grupo de estudio fue la de 41 años a más con el 68,6% y el sexo más frecuente fue el femenino con el 65,7%. Similar a la investigación realizada por Delgado ⁵⁴, en el cual se obtuvo que el nivel de conocimiento fue regular y el rango de edad que predomina fue de 41 años a más con el 80, 5% y el sexo con más frecuencia de los docentes fue el femenino con el 77,4%. Estos resultados difieren con lo hallado por Santos ¹⁷, quien obtuvo un nivel de conocimiento sobre salud bucal alto en docentes que comprendían los 30 a 40 años con el 50%, en tanto que Huamanchuco ¹³, obtuvo el rango de edades más frecuentes entre los 36 a 40 años con el 100%, respectivamente. A diferencia de Luna ¹⁶. Quien obtuvo un nivel de conocimiento bajo y la edad más frecuente de docentes fue de 51 años a más con el 71,40% y el sexo masculino con el 66,70%.

Aunque no se encontraron diferencias significativas estadísticas para identificar la asociación entre las variables y las co-variables, es decir no se encontró relación estadística entre el nivel socioeconómico, el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad y el sexo. Se pudo establecer ciertas relaciones entre algunos, como fue en el caso del sexo masculino y la edad.

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017 fue regular, y el nivel socioeconómico fue medio alto. No se encontró relación estadística entre el nivel de conocimiento y el nivel socioeconómico de los encuestados.
- Con respecto al nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal fue regular y el nivel socioeconómico de los docentes fue medio alto. No se encontró asociación entre el nivel de conocimiento y el nivel socioeconómico.
- En cuanto al nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales fue malo, y el nivel socioeconómico fue medio alto. No se encontró una relación significativa entre los niveles de conocimientos y el nivel socioeconómico.
- El nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental fue malo y con el nivel socioeconómico fue medio alto. No se encontró relación estadística entre ambas variables.
- En cuanto al nivel de conocimiento sobre salud bucal y el nivel socioeconómico según la edad y sexo de los encuestados, fue un nivel de conocimiento regular, un nivel socioeconómico medio alto, el rango de edad más frecuente fue de 41 años a más y el sexo predominante fue el femenino.
- No se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento, nivel socioeconómico, la edad y el sexo. Sólo presentó asociación con el sexo masculino en porcentaje mínimo.

RECOMENDACIONES

- Evaluar si el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes es aplicado o no, a sus estudiantes.
- Realizar investigaciones en el cual se pueda medir el nivel de conocimiento de los docentes en determinados tiempos, antes y después de una capacitación o charla sobre salud bucal.
- Llevar a cabo más estudios acerca del nivel socioeconómico de los docentes y relacionarlos con el nivel cultural o de conocimiento; haciendo comparaciones entre diferentes instituciones educativas particulares y estatales.
- Apoyar y reforzar los programas promocionales educativos para la salud impartidos por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.
- Realizar un mayor trabajo sobre promoción de salud en instituciones educativas; por ejemplo en las universidades en especial facultades de odontología, organizar campañas con los estudiantes para informar sobre salud bucal a los docentes, estudiantes, padres y comunidad.
- Agregar el programa promocional sobre salud bucal al plan curricular de los docentes comenzando con un plan piloto.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: OPS/OMS; 1989.
2. Organización Mundial de la Salud. Glosario Promoción de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
3. Mendoza A, Elías M. Caries: metabolismo bacteriano y consideraciones generales sobre dinámica microbológica. Geodental [en línea] 2005 Abril 13 [fecha de acceso 27 de Julio de 2017]. URL disponible en: <http://www.geodental.net/article-7873.html> 13-04-2005 28-07-2017
4. Lindhe J, Lang N. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ªed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
5. Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración. Manual de Higiene Bucal. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
6. Negroni M. Microbiología Estomatológica. Fundamentos y guía práctica. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
7. Ferro M, Gómez M. Fundamentos de la Odontología Periodoncia. 2ª ed. Bogotá: Javegraf; 2007.
8. Wolf H, Rateitschak-Pluss E, Rateitschak K. Periodoncia. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
9. Carranza F. Periodontología clínica. 10^{ma} ed. Argentina: Mc Graw-Hill Interamericana; 2010.

10. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIN). Niveles Socioeconómicos. Lima: Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIN); 2016.
11. Docencia en el Perú. Minedu [en línea] 2016 [fecha de acceso 04 de abril de 2017]. URL disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/politicas/docencia/>
12. Chancusig A. Nivel de conocimiento en prevención odontológica en profesores y padres de familia de 1ero, 2do, 3ro, 4to año de educación básica de la unidad educativa “Capitán Alfonso Arroyo”, la Argelia D.M. Septiembre del 2016. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2017.
13. Huamanchumo L. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación primaria del colegio “La Cantera”. La Esperanza, La Libertad, 2015. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2016.
14. Arroyo R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de secundaria de la I.E. “José Olaya” del distrito de Chimbote, provincia del Santa, región Ancash, año 2015. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote; 2016.
15. Sánchez G. Nivel de conocimiento y prácticas de prevención primaria en Salud Bucal: Estudio comparativo entre odontólogos del distrito metropolitano de Quito y estudiantes de noveno semestre de la Facultad de Odontología De la Universidad Central del Ecuador. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Quito: Universidad Central Del Ecuador; 2016.

16. Luna Y. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales Puno, Julio – Setiembre 2016. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Puno: Universidad Nacional Del Altiplano; 2016.
17. Santos R. Nivel de conocimiento en salud bucal del personal administrativo de la I.E.P. Virgen De La Puerta de la Urb. La Noria Del distrito de Trujillo, departamento de La Libertad, durante el año 2015. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles De Chimbote; 2016.
18. Ferreira M, Díaz C, Pérez N, Sanabria D, Alvarenga M *et al.* Salud bucal en preescolares y nivel de conocimiento sobre higiene bucal de sus madres, en escuelas públicas y privadas de San Lorenzo, Paraguay. Paraguay. *Pediatr. (Asunción)*. 2016; 43(2): 129 - 136.
19. Quispe W. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de la Institución Educativa Carlos Castañeda Iparraguirre N° 10826 del distrito de José Leonardo Ortiz, Chiclayo – Perú 2014. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Pimentel: Universidad Señor De Sipán; 2015.
20. Schufer M. Actitudes de salud bucodental en relación al nivel socioeconómico en individuos adultos. Argentina. *Avances de Odontoestomatología*. 2015; 31 (2): 67-76.
21. Ochoa E, Roldán O, Franco Á, Ramírez B, Mejía O. El ambiente escolar y la educación para la salud bucal en instituciones educativas oficiales en Medellín. Colombia. *Rev Nac Odontol*. 2014; 10(19):47 - 54.

22. Dirección General de Salud de las Personas. Programa Nacional de Salud Bucal. Situación de la salud bucal en el Perú. Oficina General de Epidemiología – PNSB-DGSP/Ministerio de Salud. [en línea] 2015. [fecha de acceso 15 de enero de 2016]. URL disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portaIweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=1
23. OPS. Manual AIEPI. Módulo de salud oral. [en línea] 2014. URL disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-oal1.pdf>
24. Gallardo C. Programa Nacional de salud bucal. Guía metodológica del programa de Educación de salud bucal del escolar; 2009.
25. Aranceta J. Salud bucal y Alimentación. Factores determinantes de la salud oral. [en línea] 2012. [fecha de acceso 22 de junio de 2016]. URL disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Documents-Publica/2012-MAQUETACION-MATERIAL-FORMATIVO-Salud-bucal-alimentacion-Tema-1.pdf>
26. Martínez J, Peña T, García A. Importancia de la educación en salud bucal infantil para la mujer. Rev. Med. Electrón Matanzas [en línea] 2011 jul – agos [2011]; 33 (4). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201100040012
27. Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL). Higienistas Dentales: Mad. España; 2006.

28. Laserna V. Higiene Dental Personal Diaria. Canadá: Trafford; 2008. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=ul75feqDFTcC&pg=PA15&lpg=PA15&dq=Laserna+V.+Higiene+Dental+Personal+Diaria&source=bl&ots=154YKyAAXr&sig=aDcbXtMST0NtDsQJu79qztbwom8&hl=es&sa=X&ved=0ahUK EwjlkvrwfTSAhVMPCYKHfsiCi4Q6AEIOTAC#v=onepage&q=Laserna%20V.%20Higiene%20Dental%20Personal%20Diaria&f=false>
29. Arango A, Velasco F, Chávez W. Manual de enfermedades comunes de la cavidad bucal y formas de prevención. Programa de fortalecimiento integral de comunidades rurales en extrema pobreza. Cusco. Danny's Graff E.I.R.L. 2013.
30. Enfoque comunitario de la caries dental. Salud bucal comunitaria 112. [monografía en CD-ROM]. Gespert A editor. La Habana: MINSAs; 2005.
31. Herazo B. Clínica del sano en odontología. 4ª ed. Colombia: ECOE; 2012.
32. Aguillar M.; Cañamás M.; Ibañez P. Periodoncia y osteointegración - Sistemática de la higiene bucodental: el cepillo dental manual. Gil F. 2005; 15 (1) 9:43-58.
33. Herazo B. Higiene bucodental y cepillos dentales. Colombia: ECOE; 2008.
34. Morales C. Que son las pastas dentales. Facultad de odontología de la UNAM. 2004. URL disponible en: <http://www.odonto.unam.mx>
35. Uso del Hilo Dental. Geo Salud. [en línea] 2008 Ene [fecha de acceso 26 abril de 2017]. URL disponible en: <http://www.geosalud.com/saluddental/hilodental.htm>

36. Castro P, Corral C, García F, León P, Martínez C. *et al.* Eficacia de cuatro cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana mediante la técnica modificada de Bass en Estudiantes de Salud Oral de la ciudad de Cali. Rev. Estomat. 2008; 16(2): 15-24.
37. Doctuo A. Las enfermedades bucales más comunes y sus formas de prevención. Revista virtual Doctuo [en línea] 2013 Mayo 23 [fecha de acceso 11 de marzo de 2017]. URL disponible en: <http://blog.doctuo.net/es/las-enfermedades-bucales-mas-comunes-y-sus-formas-de-prevencion/>.
38. Barrancos J, Barrancos P. Operatoria dental – Integración clínica. 4^a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007.
39. Jara N, Bahamonde H, Bravo J. Halitosis en Otorrinolaringología. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [en línea] 2014 Abril [fecha de acceso 13 de junio de 2017]; 74 (1): 67 - 74. URL disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718481620140001012
40. Torres M. Desarrollo de la dentición primaria. Rev. Latinoamericana de Ortodoncia [serie en internet]. 2009 Octubre. URL disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art23.asp>
41. Morón A, Santana Y, Pirona M, Rivera L, Rincón M *et al.* Cronología y secuencia de erupción de dientes permanentes en escolares wayúu. parroquia Idelfonso Vásquez. Municipio Maracaibo - Estado Zulia. Acta odontol. venez [en línea]. 2006 Enero {fecha de acceso 12 de Marzo del 2017}; 44 (1): 31-37. URL disponible en:

- [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652006000100007&lng=es.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000163652006000100007&lng=es)
42. Pérez J. Definición de conocimiento. WordPress. 2008. URL disponible en: <http://www.definicion.de/conocimiento/>
43. Gonzáles J. Los niveles de conocimiento El Aleph en la innovación curricular. Innovación Educativa. ISSN. 2014; 14(65): 133-142.
44. Martens M. Currículo Nacional de la educación básica 2016. URL disponible en: <http://www.minedu.gob.pe>
45. García A. Rol del maestro en el programa de salud oral escolar. [Tesis Doctoral]. Madrid: Departamento de Estomatología IV, Universidad Complutense de Madrid; 2015.
46. MINSA. Salud Bucal. Dirección General de Salud. [en línea]. 2015 Octubre [fecha de acceso 22 de junio de 2017]. URL disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13
47. Rojas A, Úrsula M, Valero R, Niria del C *et al.* El docente como promotor de la salud en Educación Inicial – Guía de Formación. Mérida: Universidad de los Andes; 2009.
48. Ministerio de Educación - Ministerio de salud Perú: Red de Escuelas Promotoras de la Salud. Lima: SINCOS; 2002.
49. Carrasco M. Características socioeconómicas y salud bucal de escolares de instituciones educativas públicas. Lima. Revista Kiru. 2009; 6 (2): 78-83.

50. Silvina M. Conocimientos de salud bucodental en la relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina. Argentina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33 (3): 361 – 369.
51. Contreras N.; Valdivieso M.; Cabello E. Nivel de conocimientos y prácticas de medidas preventivas de profesionales de salud sobre caries dental en el infante. Rev. Estomatológica Herediana. 2008;18 (1):29-34.
52. Ciencias Naturales. Conceptos y definiciones. [en línea]. URL disponible en: <http://www.deconceptos.com/ciencias-naturales/>
53. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 5ª. ed. México: McGraw - Hill; 2010.
54. Delgado R. Nivel de conocimiento salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Huancavelica: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
55. Bouby A. Determinación de la asociación entre el edentulismo y el nivel socioeconómico – cultural en la población adulta del distrito de Magdalena De Cao, provincia de Ascope, departamento La Libertad – 2012. [Tesis para obtener el Bachiller]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN



Pueblo Libre, 20 de Abril del 2017

Lic. ABEL ROQUE MORENO PEREZ
Director de la I.E. ROSA DE SANTA MARIA

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la egresada PATRICIO PERALTA, YOHANA JUANA, con código 2002124676, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en la el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL 2017"

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,

UAP UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

ANEXO 2: CONSTANCIA DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN



“Año Internacional del Turismo Sostenible para el Desarrollo”

Breña, 19 de Junio del 2017

El que subscribe Director de la I. E. Rosa de Santa María del distrito de Breña.

HACE CONSTAR

Que, Doña **Yohana Juana Patricio Peralta**; egresada de la Escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, ha aplicado encuestas a los docentes de ambos turnos como parte del desarrollo de la Tesis con título: **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017”**. Aplicadas entre el 10 y 18 de Mayo en ambos turnos.

Se expide la presente a solicitud de la parte interesada para los fines a hubiese lugar.

Atentamente,




.....
Lic. Abel Roque Moreno Pérez
DIRECTOR GENERAL
P.I.E. “Rosa de Santa María”

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Lugar y Fecha:.....

Usted tiene derecho a ser informado sobre el procedimiento al que va a ser sometido. Léalo con mucha atención y pregunte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que tendrá que firmar Ud., el consentimiento informado para que pueda participar en dicho estudio.

El (ella) que suscribe Con DNI
N°..... Con domicilio: Calle

..... Concedo mi
consentimiento para colaborar en el grupo de estudio propuesto por el bachiller en
estomatología Srta. Yohana Juana Patricio Peralta.

A todo esto, manifiesto haber sido informado y haber comprendido completamente que el objetivo de la investigación es establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes.

He leído las instrucciones entregadas por el bachiller, y he comprendido todas las explicaciones de manera clara y concisa, aclarando mis dudas, por lo que estoy completamente de acuerdo, así mismo entiendo que la participación en este grupo de estudio es voluntaria y que poseo la libertad de decidir si continuar o retirarme de la investigación; por lo que me comprometo en colaborar al profesional cada vez que lo requiera.

Firma del Docente o Colaborador
DNI:.....

ANEXO 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CUESTIONARIO



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

La intención de este estudio es establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017. Constará de dos cuestionarios, el primero es sobre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el segundo sobre el nivel socioeconómico. A su vez el primer cuestionario se divide en dos partes, la primera es llenar con sus datos generales y en la segunda se marcará con un aspa (x) la respuesta que Ud. Considere correcta.

Se guardará la total confidencialidad en la identidad de cada participante, la información dada será manejada absolutamente por el investigador.

Se agradece formar parte de este estudio y colaborar con su propósito. Los resultados serán absolutamente utilizados para fines investigativos y estadísticos.

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

I.DATOS GENERALES:

Edad: ____ años

Sexo: _____

II.PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 18 preguntas. Marque con un aspa la respuesta que considere adecuada.

1.- ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

a) Dulces, cepillo dental, pasta dental ()

- b) Flúor, pasta dental, hilo dental ()
- c) Cepillo dental, hilo dental, pasta dental ()
- d) No sé ()

2.- Principalmente ¿cuándo Ud. Cree que debe cepillarse los dientes?

- a) Antes de las comidas ()
- b) Después de las comidas ()
- c) Solo al acostarse ()
- d) Solo al levantarse ()
- e) No sé ()

3.- ¿Cada cuánto tiempo considera usted que se debería cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 6 meses ()
- b) Cada 12 meses ()
- c) Cada 3 meses ()
- d) No sé ()

4.- ¿Sabe para qué sirve el flúor dental?

- a) Para cambiar de color a los dientes ()
- b) Para enjuagarse la boca ()
- c) Para volver más duros los dientes ()
- d) Para aumentar la saliva ()

5.- ¿Qué alimentos principalmente cree usted que ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la enfermedad de la caries dental?

- a) Queso y leche ()
- b) Verduras ()
- c) Pescado y mariscos ()
- d) Todas ()
- e) No sabe. ()

6.- ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?

- a) Si ()
- b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor. ()
- c) No, porque les pica mucho y no les gusta. ()
- d) No sabe ()

7.- ¿Qué es la caries?

- a) Es una bacteria en la boca ()
- b) Es una enfermedad infectocontagiosa ()
- c) Es un dolor en la boca ()
- d) No sé ()

8.- 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 ()

9.- La placa bacteriana es:

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

10.- La enfermedad periodontal es:

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los soportes del diente ()
- c) La pigmentación de los labios ()
- 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.- ¿Por qué considera principalmente 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 ()

13.- El diente es:

- a) Es un elemento en la boca. ()

- b) Sirve solamente para masticar los alimentos. ()
- c) Es un órgano que cumple función masticatoria, estética y fonética ()
- d) No sé. ()

14.- Si su niño pierde un diente de leche porque esta picado, antes del tiempo que deba salir su diente de adulto ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Si ()
- b) No ()
- c) No sabe ()

15.- ¿Sabe cuántos dientes de leche tiene un niño?

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

16.- ¿Son importantes los dientes de leche?

- a) Sí, porque sirven para la masticación ()
- b) Sí, porque guardan el espacio a los dientes del adulto ()
- c) No, porque al final se van a caer ()
- d) a y b ()
- e) No sabe ()

17.- Un diente temporal (diente de leche) con caries, ¿Afecta al diente que va a salir después?

- a) Si afecta ()
- b) No afecta ()
- c) No sé ()

18.- ¿Sabe cuándo normalmente erupcionan los dientes de un niño?

- a) Entre el 1er y 2do mes de nacido ()
- b) Entre el 5to y 6to mes de nacido ()
- c) Al año de nacido ()
- d) No sé ()

Especificaciones:

- En cuanto a la pregunta N° 15 ¿Sabe cuántos dientes de leche tiene un niño?

Se refiere a la cantidad normal de dientes temporales, primarios que presenta un niño cuando han terminado de erupcionar sus dientecitos en la edad infantil comprendida entre 2 a 3 años.

- Con respecto a la pregunta N° 16 ¿Son importantes los dientes de leche?

Se refiere a los dientes primarios o temporales. Los dientes de un niño son dientes pequeños comparándolos con los dientes de un adulto al que llamamos dientes permanentes.

Fuente de información:

Delgado R. Nivel de conocimiento salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista].

Huancavelica: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO

Marque con un aspa (x) la respuesta que Ud. Considere correcta.

Nivel Social

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

- a) 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 qué 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) 466 – 930 soles
- d) 931 – 1395 soles
- e) 1396 soles a más.

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()

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

- a) Electricidad()
- b) Agua()
- c) Desagüe()
- d) Cable()
- e) Internet()

Fuente de información:

Bouby A. Determinación de la asociación entre el edentulismo y el nivel socioeconómico – cultural en la población adulta del distrito de Magdalena De Cao, provincia de Ascope, departamento La Libertad – 2012. [Tesis para obtener el Bachiller]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2013.

Anexo 5: Matriz de Consistencia
MATRIZ DE CONSISTENCIA

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL 2017

PATRICIO PERALTA, YOHANA JUANA
PROFESOR RESPONSABLE: Mg. CD ROSA QUIROZ LA TORRE

CÓDIGO: 2002124676

FIRMA:

TALLER N° II

PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS PRINCIPAL	VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?	Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.	Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.	VARIABLE 1 NIVEL SOCIOECONÓMICO DIMENSION: Ingresos Económicos Condición de la viv. Propiedad de la viv. Principal actividad laboral Actividades en su tiempo libre	TIPO DE INVESTIGACIÓN: Correlacional, prospectivo. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: No experimental.
PROBLEMA SECUNDARIOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLE 2	POBLACIÓN: 102 docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña - Lima Perú 2017. TÉCNICAS: Entrevista Estructurada INSTRUMENTO: Cuestionario (cerrado) Fuente: Cuestionario sobre nivel de conocimiento sobre salud bucal (Delgado, R ⁵⁴) Cuestionario sobre nivel socioeconómico (Bouby, A ⁵⁵)
¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?	Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.	Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en los docentes es medio alto y regular.	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DIMENSION: NC sobre Medidas de Prevención NC sobre Enfermedades Bucales NC sobre Crecimiento y Desarrollo Dental INTERVINIENTE: EDAD DIMENSIÓN: 25 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años 41 años a más.	
¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?	Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.	Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en los docentes es medio alto y malo.		
¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?	Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.	Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental en los docentes es medio alto y malo.		
¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?	Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según la edad en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.	Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según edad en los docentes es de 41 años a más.	SEXO DIMENSIÓN: Masculino Femenino	
¿Qué relación existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017?	Establecer la relación que existe entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según el sexo en los docentes de la I.E. Rosa de Santa María del distrito de Breña en el año 2017.	Existe relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de conocimiento sobre salud bucal según sexo en los docentes es femenino.		

ANEXO 06: FOTOGRAFÍAS



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

FOTO # 01



**PUERTA PRINCIPAL DE LA I.E. ROSA DE SANTA
MARÍA – BREÑA**

FOTO # 02



SALA DE ESPERA Y PATIO PRINCIPAL

FOTO # 03



SUB DIRECCIÓN

FOTO # 04



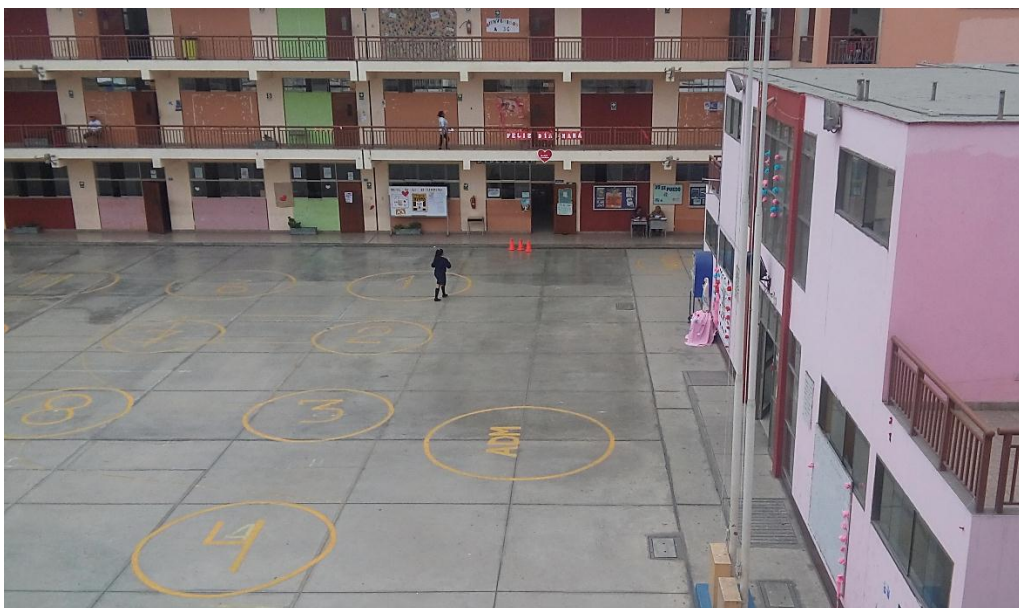
PATIO PRINCIPAL DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA - BREÑA

FOTO # 05



PATIO PRINCIPAL DEL LADO IZQUIERDO CON VISTA A LA DIRECCIÓN

FOTO # 06



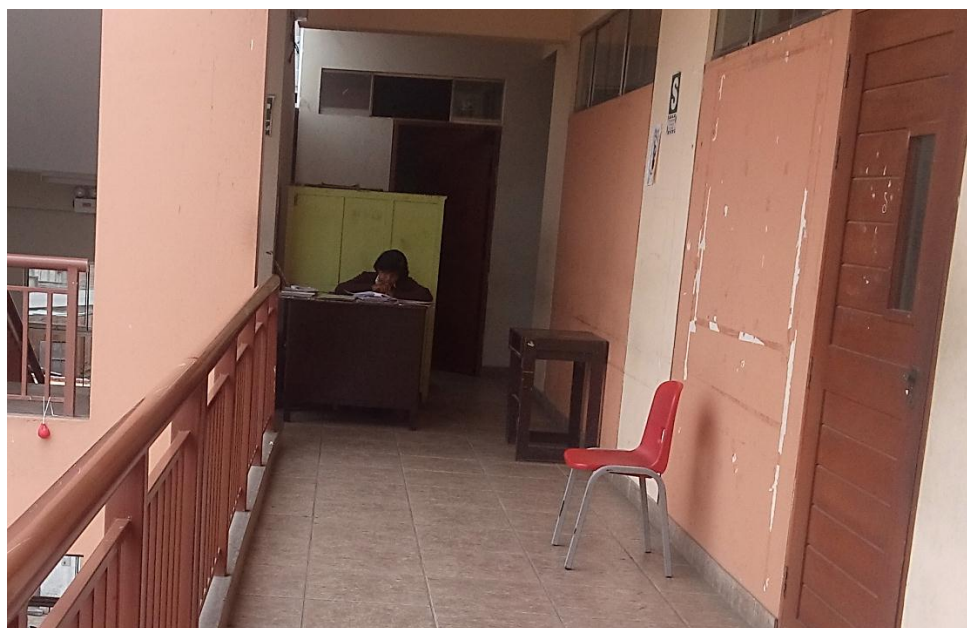
PATIO PRINCIPAL DEL LADO DERECHO CON VISTA AL TÓPICO

FOTO # 07



ESPERA PARA PRESENTAR EL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN A LOS DOCENTES, FUERA DE LAS AULAS

FOTO # 08



TIEMPO PRECISO EN QUE LA DOCENTE SE ENCUENTRA LLENANDO EL CUESTIONARIO

FOTO # 09



LLENADO DEL CUESTIONARIO POR LOS DOCENTES

FOTO # 10



LLENADO DEL CUESTIONARIO POR LA DOCENTE

FOTO # 11



DOCENTES REALIZANDO LA ENCUESTA

FOTO # 12



FINALIZACIÓN DE LA ENCUESTA POR LOS DOCENTES

FOTO # 13



AGRADECIMIENTO POR LA PARTICIPACIÓN Y LAS FACILIDADES OTORGADAS POR LAS AUTORIDADES DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA

ANEXO 07: ANÁLISIS DESCRIPTIVO



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

TABLA N° 01:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
MALO	29	28.4
REGULAR	56	54.9
BUENO	17	16.7
Total	102	100.0

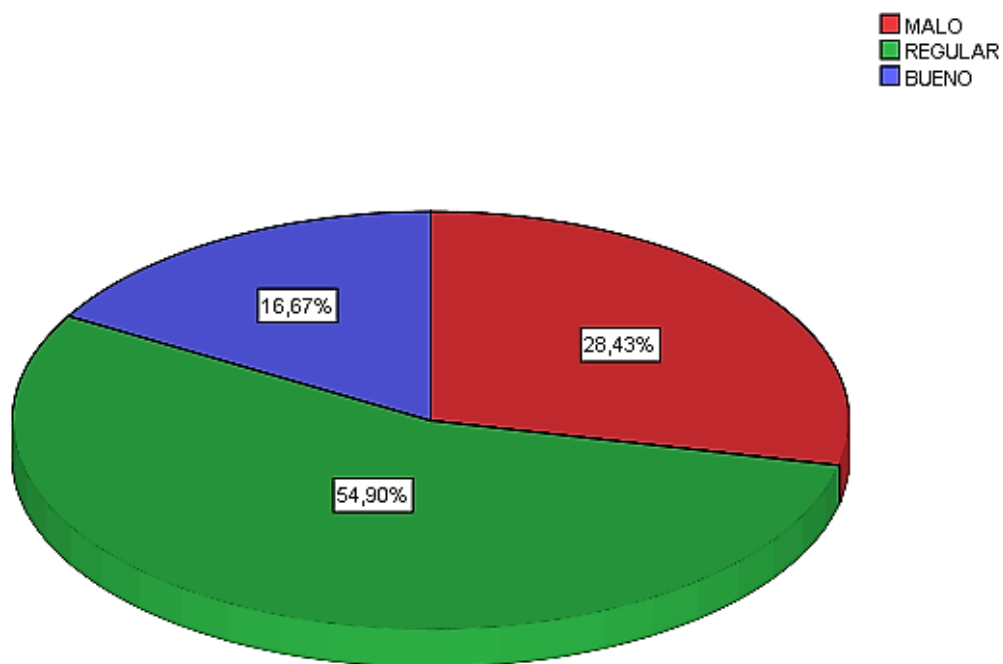
Fuente: Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados del nivel de conocimiento sobre salud bucal del total de encuestados 100% (102 docentes), se obtuvo un nivel de conocimiento regular con un 54,9% (56 docentes), seguido de un nivel malo con un 28, 4% (29 docentes) y un nivel bueno con un 16,7% (17 docentes), respectivamente.

GRÁFICO N° 01:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 02:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
MALO	15	14.7
REGULAR	59	57.8
BUENO	28	27.5
Total	102	100.0

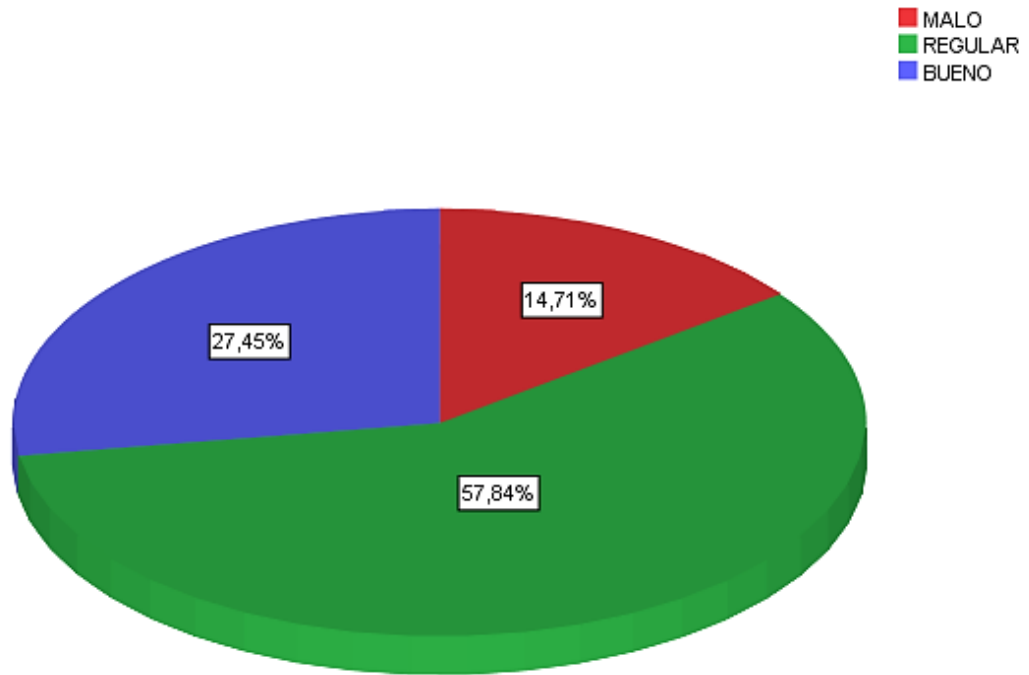
Fuente: Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

En cuanto al nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal, los resultados mostraron un nivel de conocimiento regular con un 57, 8% (59 docentes), seguido de un nivel bueno con un 27, 5% (28 docentes) y con 14,7% (15 docentes) un nivel malo, respectivamente.

GRÁFICO N° 02:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 03:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.

ENFERMEDADES BUCALES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
MALO	51	50.0
REGULAR	36	35.3
BUENO	15	14.7
Total	102	100.0

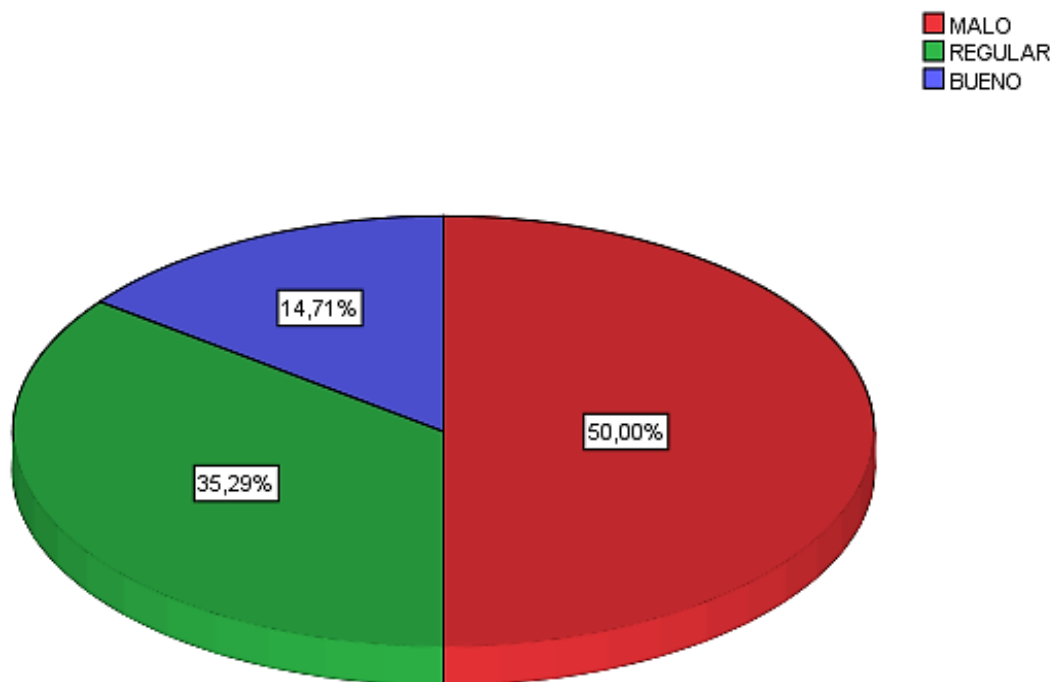
Fuente: Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados con respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales del total de encuestados que fueron 102 docentes (100%), se halló que el 50% (51 docentes) presentan un nivel de conocimiento malo; el 35, 3% (36 docentes) un nivel regular y un nivel malo con un 14, 7% (15 docentes).

GRÁFICO N° 03:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES BUCALES EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 04:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
MALO	47	46.1
REGULAR	32	31.4
BUENO	23	22.5
Total	102	100.0

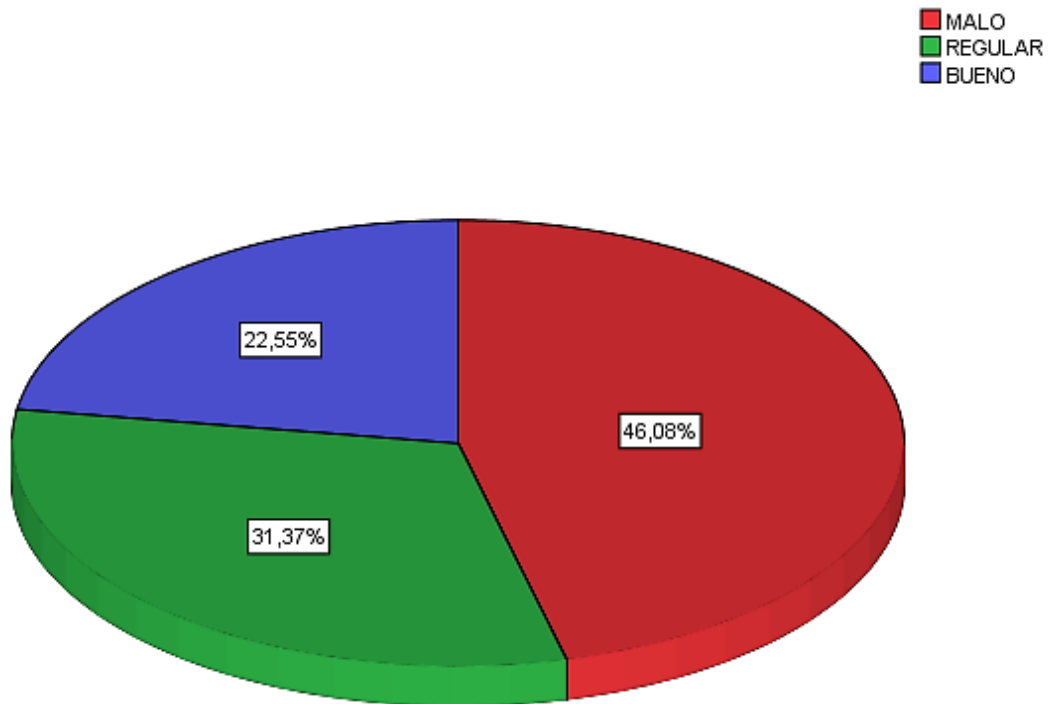
Fuente: Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla y gráfico sobre el nivel de conocimiento sobre crecimiento y desarrollo dental, muestran que el 46, 1% de la población (47 docentes) cuenta con un nivel malo, mientras que el 31,4% (32 docentes) un nivel de conocimiento regular y un nivel bueno con el 22,5% (23 docentes).

GRÁFICO N° 04:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DENTAL EN LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 05:

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.

NIVEL SOCIOECONOMICO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
BAJO	4	3.9
MEDIO	38	37.3
MEDIO ALTO	60	58.8
Total	102	100.0

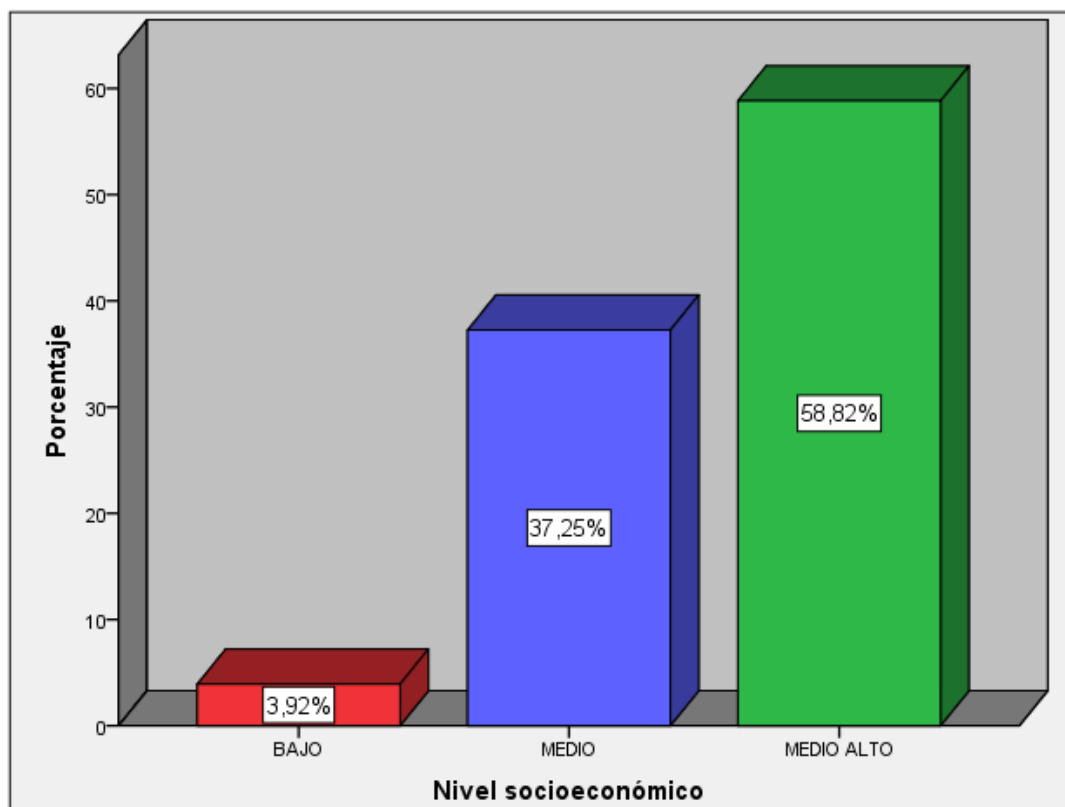
Fuente: Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados acerca del nivel socioeconómico de los docentes se obtuvo un nivel medio alto con el 58,8% (60 docentes), seguido de un nivel medio con el 37,3% (38 docentes) y posteriormente un nivel bajo con el 3,9% (4 docentes).

GRÁFICO N° 05:

NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS DOCENTES DE LA I.E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 06:

EDAD DE LOS DOCENTES DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.

EDAD DE LOS DOCENTES	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
25 a 30 años	12	11,8
31 a 35 años	11	10,8
36 a 40 años	9	8,8
41 a más	70	68,6
Total	102	100,0

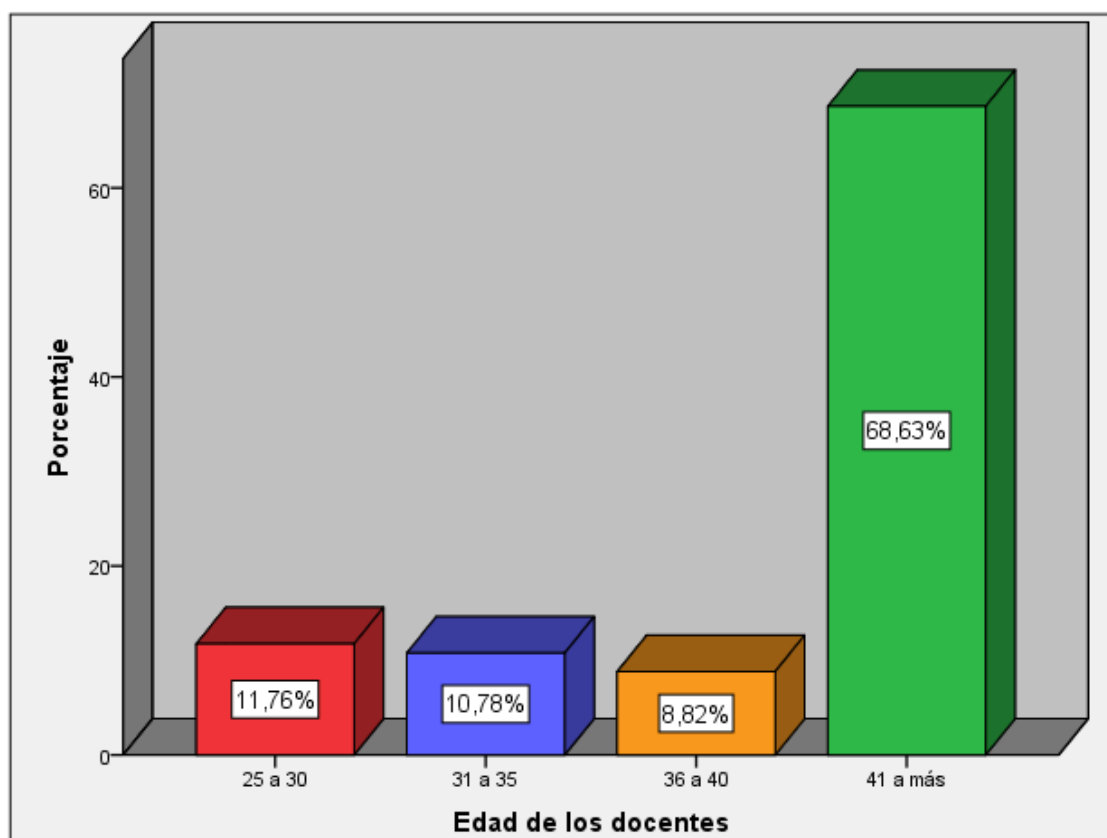
Fuente: Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados del grupo etario de la población total de docentes, mostraron el más alto porcentaje de 68,6% (70 docentes) entre las edades de 41 años a más, el 11,8% (12 docentes) que comprende las edades entre 25 a 30 años, el 10,8% (11 docentes) entre los 31 a 35 años y por último el 8,8% (9 docentes) entre los 36 a 40 años de los mismos.

GRÁFICO N° 06:

EDAD DE LOS DOCENTES DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 07:

SEXO DE LOS DOCENTES DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.

SEXO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
MASCULINO	35	34,3
FEMENINO	67	65,7
Total	102	100,0

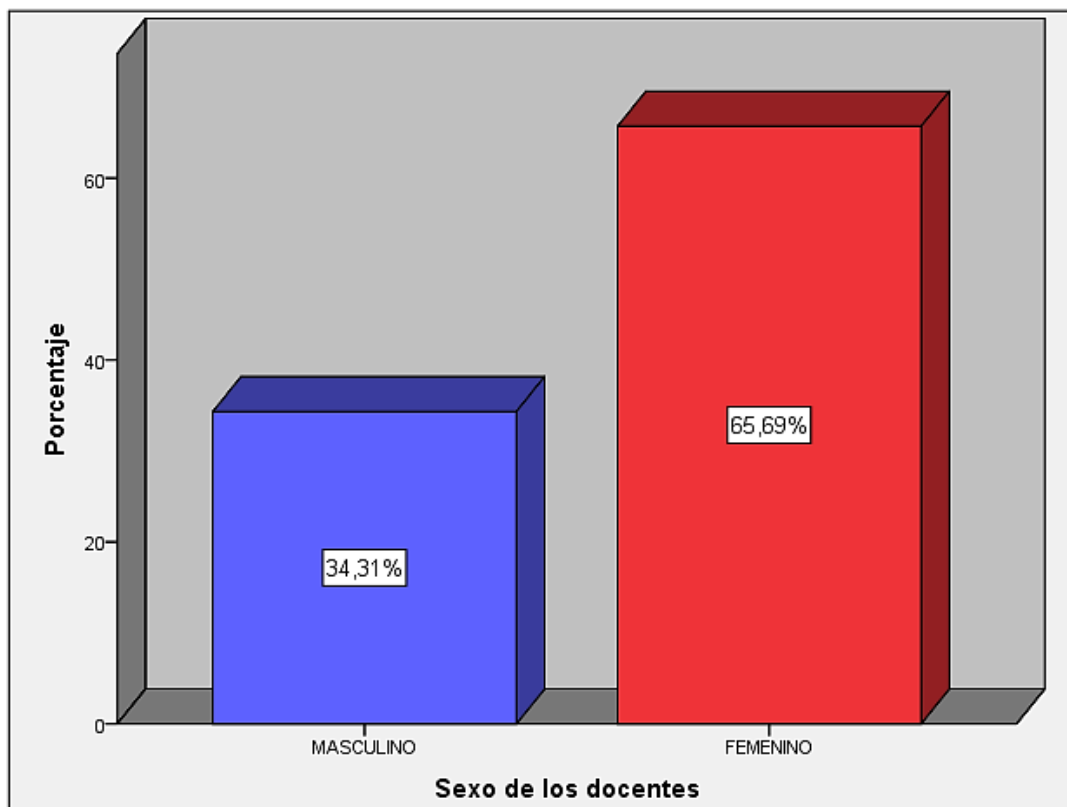
Fuente: Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN:

Según se puede observar que el resultado en cuanto al sexo que predomina en los docentes fue el femenino con un 65,7% (67 docentes) con respecto al masculino con un 34,3% (35 docentes).

GRÁFICO N° 07:

SEXO DE LOS DOCENTES DE LA I. E. ROSA DE SANTA MARÍA EN EL AÑO 2017.



Fuente: Elaboración propia.