



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal
de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los servicios de la salud

AUTORA:

Br. Acosta Orejón, Ruth Maribel

ASESORA:

Dra. Campana Añasco, Teresa

SECCIÓN:

Gestión de los Servicios de Salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y Gestión del riesgo en Salud

LIMA-PERÚ

2018



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



ESCUELA DE POSGRADO

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): ACOSTA OREJON, RUTH MARIBEL

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud*, ha sustentado la tesis titulada:

NIVEL DE MIEDO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA Y EL ESTADO BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE CEBA JAVIER HERAUD, LIMA 2018

Fecha: 31 de agosto de 2018

Hora: 08:00 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Kriss Melody Calla Vasquez

Firma:

SECRETARIO: Mgtr. Maria del Carmen Ancaya Martínez

Firma:

VOCAL: Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco

Firma:

El Jurado evaluador emite el dictamen de:

Aprobado por mayoría

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

APA. Revisar formato de la tesis - Normalizar bibliografía

.....

Nota: El tesisista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A mis padres, por su apoyo y paciencia, a mi hermana Martha por incentivar me a seguir estudiando, a mi hija Xiomy por iluminar mi vida de alegría, es mi fuente de inspiración y mi más grande tesoro.

Agradecimiento

A Dios porque sin su ayuda, sabiduría y fortaleza no hubiese sido posible esta meta personal.

A los docentes de la Universidad César Vallejo y mi asesora la Dra. Teresa Campana por su paciencia para guiarme en la elaboración de este trabajo de investigación.

A la directora de CEBA Javier Heraud, Miriam Maldonado Espejo por brindarme la oportunidad de investigar una problemática que ayudará a los estudiantes.

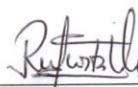
Declaratoria de autenticidad

Yo, Ruth Maribel Acosta Orejón, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la escuela de postgrado de la Universidad César Vallejo, Sede Ate Vitarte; declaro el trabajo académico titulado *Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018*, presentada para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Ate Vitarte, 25 de agosto de 2018



Br. Ruth Maribel Acosta Orejón
D.N.I. 10057067

Presentación

Señores miembros del jurado:

Presento ante ustedes la Tesis titulada Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018, cuyo objetivo general es determinar la relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Maestra.

El presente estudio ha sido elaborado en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de postgrado de la Universidad César Vallejo, Sede Ate Vitarte. En el capítulo I denominado introducción, se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, la formulación el problema, las hipótesis, y los objetivos. En el capítulo II, se describen los criterios metodológicos empleados en la investigación donde se presentan las variables, metodología, la población, los instrumentos utilizados y el método de análisis de datos ,en el capítulo III los resultados descriptivos y contrastación de hipótesis,, en el capítulo IV discusión de acuerdo a los estudios efectuados con otros autores, capítulo V conclusiones que hemos llegado de nuestra investigación, capítulo VI recomendaciones describimos nuestras sugerencias del presente estudio, como último , el capítulo VII menciona las referencias y los anexos respectivos.

Los resultados generales del presente estudio fueron que los estudiantes de ambos sexos que asisten al CEBA Javier Heraud del distrito de San Juan de Miraflores presentaron un nivel medio miedo a la consulta odontológica, asimismo predominó el mal estado de salud bucal.

El informe de esta investigación fue elaborado siguiendo el protocolo de la Escuela de Post grado de la Universidad, es por ello señores miembros del jurado, esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

La Autora

Índice

Página del jurado	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de autenticidad	iv
Presentación	v
Índice	vi
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	13
1.1. Realidad problemática	14
1.2. Trabajos previos	16
1.2.1. Trabajos Internacionales	16
1.2.2. Trabajos Nacionales	23
1.3. Teorías relacionadas con el tema	27
1.3.1. Bases teóricas de la variable miedo a la consulta odontológica	27
1.3.2. Base teórica de la variable estado bucal	39
1.4. Formulación del Problema	56
1.5. Justificación del estudio	56
1.5.1. Justificación Teórica	56
1.5.2. Justificación Práctica	57
1.5.3. Justificación Metodológica	58
1.6. Hipótesis	58
1.6.1 Hipótesis general	57
1.6.2 Hipótesis específica	58
1.7. Objetivos	59

1.7.1. Objetivo general	59
1.7.2. Objetivos específicos	59
II. Método	60
2.1. Diseño de investigación	61
2.2. Variables, Operacionalización	61
2.2.1. Definición conceptual de la variable 1	62
2.2.2. Definición conceptual de la variable 2	63
2.3. Población , criterios de selección y muestreo	64
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	65
2.5. Métodos de análisis de datos	70
2.6. Aspectos éticos	72
III. Resultados	73
3.1. Estadística Descriptiva	74
IV. Discusión	89
V. Conclusiones	94
VI. Recomendaciones	97
VII. Referencias Bibliográficas	101
Anexos	111
Anexo A. Matriz de consistencia	
Anexo B. Instrumentos	
Anexo C. Certificado de validez del instrumento	
Anexo D. Base de Datos	
Anexo E. Autorización de la institución	
Anexo F. Consentimiento informado	
Anexo G. Tabla Secundaria de género	
Anexo H. Artículo Científico	
Anexo I. Declaración jurada de Artículo Científico	

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable miedo a la consulta odontológica	63
Tabla 2	Operacionalización de la variable estado bucal	64
Tabla 3	Baremo de la variable miedo a la consulta odontológica	66
Tabla 4	Baremo de la variable estado bucal	69
Tabla 5	Prueba de validez del instrumento de variable miedo a la consulta odontológica	69
Tabla 6	Prueba de validez de instrumento de variable Estado Bucal	70
Tabla 7	Estadístico de fiabilidad de la variable miedo a la consulta odontológica	70
Tabla 8	Resultados hallados sobre la variable nivel de miedo a la consulta odontológica de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	74
Tabla 9	Resultados hallados sobre el nivel de miedo al trato humano al paciente de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	75
Tabla 10	Resultados hallados sobre el nivel de miedo a la mala praxis profesional de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	76
Tabla 11	Resultados hallados sobre el nivel de miedo a los aspectos inherentes de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	77
Tabla 12	Resultados hallados sobre el nivel de miedo a los aspectos no profesionales de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	78
Tabla 13	Resultados hallados de variable Estado Bucal en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	79
Tabla 14	Resultados hallados de experiencia de caries dental en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	80
Tabla 15	Resultados hallados de estado gingival en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	81
Tabla 16	Resultados hallados de higiene oral en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	82
Tabla 17	Prueba de Rho Spearman entre miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud-Lima 2018	83
Tabla 18	Prueba de Rho Spearman entre miedo a la consulta odontológica y la	84

	experiencia de caries en los estudiantes de CEBA Javier Heraud.	
Tabla 19	Prueba de Rho Spearman entre miedo a la consulta odontológica y el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud-Lima 2018	85
Tabla 20	Prueba de Rho Spearman entre miedo a la consulta odontológica y la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud-Lima 2018	86
Tabla 21	Tabla de contingencia entre miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud-Lima 2018	87

Índice de figuras

		Pág.
Figura 1	Diagrama del diseño correlacional	62
Figura 2	Resultados hallados sobre la variable nivel de miedo a la consulta odontológica de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.	74
Figura 3	Resultados hallados sobre el nivel de miedo al trato humano al paciente de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.	75
Figura 4	Resultados hallados sobre el nivel de miedo a la mala praxis profesional de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.	76
Figura 5	Resultados hallados sobre el nivel de miedo a los aspectos inherentes de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	77
Figura 6	Resultados hallados sobre el nivel de miedo a los aspectos no profesionales de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	78
Figura 7	Resultados hallados de variable estado bucal en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	79
Figura 8	Resultados hallados de la experiencia de caries dental en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	80
Figura 9	Resultados hallados del estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	81
Figura 10	Resultados hallados de higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018	82
Figura 11	Gráfico de contingencia entre miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud-Lima 2018.	83

Resumen

El Objetivo del estudio fue determinar la relación entre nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

El trabajo se elaboró bajo los parámetros de una investigación descriptiva - correlacional, con diseño no experimental de corte transeccional o transversal. La información se recolectó a través de la aplicación de un cuestionario, con un alfa de Cronbach de 0.875 para la variable miedo a la consulta odontológica y de ficha odontológica para estado bucal, validados por juicios de expertos. La población fue de 102 estudiantes del Centro de Educación Básica Alternativa (CEBA) Javier Heraud.

Los resultados reflejaron que un 51% de los estudiantes presentaron nivel moderado de miedo a la consulta odontológica contrariamente el 46% de los encuestados presentaron un nivel de miedo alto y un 2,9 % un nivel de miedo nulo además de 76.5% estado bucal malo, de 17,6% estado bucal regular y de 5,9% de estado bucal bueno. Por lo que podemos concluir que se ha demostrado que la correlación es significativa entre el miedo a la consulta odontológica y el estado bucal según el coeficiente de Spearman calculado (0.742) que señala una correlación moderada y positiva con una significancia de ($p=0.00$).

Palabras clave: miedo consulta odontológica, miedo dental, salud oral.

Abstract

The objective of the study was to determine the relationship between the level of fear of dental consultation and the oral status of CEBA students Javier Heraud, Lima 2018.

The work was elaborated under the parameters of a descriptive - correlational investigation, with non - experimental design of transectional or transversal cut. The information was collected through the application of a questionnaire, with an alpha of Cronbach of 0.875 for the variable fear of dental consultation and of dental record for oral status, validated by expert judgments. The population was 102 students of the Center for Alternative Basic Education (CEBA) Javier Heraud.

The results showed that 51% of the students presented a moderate level of fear of dental consultation, while 46% of the respondents showed a high level of fear and 2.9% a level of fear, in addition to 76.5%, a poor oral state, 17.6% regular oral status and 5.9% good oral status. So we can conclude that it has been shown that the correlation is significant between fear of dental consultation and oral status according to the Spearman coefficient calculated (0.742) that indicates a positive and moderate correlation with a significance of ($p = 0.00$).

Key words: fear of dental consultation, dental fear, oral health.

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

La consulta odontológica ha generado miedo, ansiedad y angustia, lo que perjudica la salud oral. Por esto, es imprescindible que el odontólogo complemente con estudios sobre el comportamiento de la personalidad tomando en cuenta que el paciente tiene sentimientos y es un ser humano (Eleuza,2003).

El miedo es considerado como una respuesta innata del ser humano, cuando se debe enfrentar a situaciones nuevas, como es la primera visita dental (Klingberg y Broberg, 2007), muchos estudios, señalan al miedo y a la ansiedad como causante de la intervención a destiempo del tratamiento dental (Aguilera, Osorio y Toledano, 2002). Existen diversos factores psicológicos y de conducta que afecta el comportamiento del niño en el tratamiento odontológico, las que pueden ser por el temperamento, el nivel socioeconómico, la edad del paciente. Cualquier emoción, como el miedo, tiene la capacidad de aumentar el ritmo cardiaco, estimular la respiración, intensificar los reflejos, etc., tiene también la capacidad de realzar ciertos comportamientos, por ejemplo, una persona motivada por el miedo puede ser fisiológicamente más capaz de huir del peligro comparado con un individuo que no experimenta la emoción (Aminabadi et al.,2011,p.120).

El miedo es el mayor componente de angustia para los pacientes en el tratamiento dental, esto tiende a no facilitar su tratamiento (Vela,2007). Si el dentista es consciente del nivel de temor de su paciente, debe tomar medidas para ayudar a aliviar esa sensación durante el tratamiento odontológico (p.11). El paciente que presenta miedo durante la consulta dental hace que su tratamiento se prolongue por más tiempo, esto trae como resultado el estrés para el profesional de la salud (Rivera y Fernández 2005). Para los autores Abanto, Pinto, Bonecker, Nahas F. y Nahas M. (2010) el comportamiento positivo o negativo de los niños ante un tratamiento odontológico tiene mucho que ver con la actitud y preparación del odontólogo, considerándolo un factor importante asociado con la conducta de los niños. Los estudios han demostrado que la primera visita odontológica es un evento muy importante en el desarrollo posterior de la aceptación y continuación del tratamiento señalan que se debe utilizar un

vocabulario entendible que vaya de acuerdo a la edad del paciente, se debe reemplazar palabras que ocasionen miedo, como aguja, dolor, anestesia, sangre (p.101). La ansiedad dental es una condición relativamente común, las estimaciones de prevalencia que van desde aproximadamente 5% a 30% en la población general. Es más prolongada y menos clara que el miedo dental, y se entienden que las dos condiciones están estrechamente relacionadas, pero no del todo coincidentes (Thomson, Broadbent, Locker y Poulton, 2009, p.209).

De acuerdo a los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se están dando dos patrones en la población en el mundo y es el incremento del estado bucal desfavorable en países subdesarrollados, especialmente en América del Sur y un porcentaje que disminuye anualmente en países con gran desarrollo económico, ya que invierten gran parte de su presupuesto en la salud de quienes habitan sus territorios. (Ministerio de Salud, Minsa). Existe una diversidad de enfermedades que atacan la salud oral, pero las más comunes y que se presentan aun cuando los niños son muy pequeños son la caries, que atacan las piezas dentarias, las enfermedades que afectan las encías y las que penetran el hueso alveolar y al periodonto (OMS). La prevalencia de caries en el Perú en niños de 12 años fue de 91% y el índice de CPOD-12 fue 4,78 (C: 3,68, P: 0,32, O: 0,78), donde C: aquel diente que presenta caries, O: es el diente restaurado con algún material compatible usado para este fin, puede darse en una cara o varias caras del mismo diente, pero que se emplea cuando se elimina caries y se sustituye tejido dentario perdido, P: es la pieza dentaria ausente de la boca de la persona, la que tuvo que ser extraída debido a que tuvo lesión cariosa la cual no fue restaurada a tiempo, la infección penetró aún más y dicha pieza dentaria no pudo salvarse.

El distrito de San Juan de Miraflores, es uno de los más poblados de Lima, cuenta con una población de 404,001 personas, de los cuales pobladores de 15 a 29 años son 75,357, representando el 26,1% y el 52,6% son estudiantes de educación secundaria, el mencionado distrito ocupa el puesto 12 de los distritos más poblados en Lima. El tipo de Seguro que presentan: Essalud tienen 98,796 personas que es el 34.1%, seguro FFAA-PNP el 3%, seguro privado el 3.8%, SIS el 15.6%, no tienen ningún seguro el 43.1% datos brindados por el Instituto

Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016), según el reporte del Minsa el 100 % de su población adulta está afectada por algún tipo de caries y entre el 60-90% se encuentra la población estudiante/infantil, lo que compromete su salud general, por esto es importante buscar la integración y participación en los programas de escuelas de padres, para que sean ellos los promotores de acciones de carácter preventivo para desarrollar hábitos saludables , visitas odontológicas a temprana edad y de higiene oral en sus hogares ,concientizar a que la población participe y tome la debida importancia en el cuidado de su salud bucal, además que el Ministerio de Salud implemente programas en las instituciones educativas no solo de prevención, sino también de recuperación.

La institución educativa Javier Heraud, es un Centro de Educación Básica Alternativa, lugar donde se imparte estudios para educación secundaria, pertenece al sector estatal, el 90 % de los estudiantes que acuden trabajan durante el día y estudian por la noche, el gobierno ha implementado este tipo de estudio para ayudar a muchos adolescentes y personas adultas, además que más del 20% de estudiantes de esta escuela, son jóvenes que llegan de provincia y encuentran una buena alternativa para continuar sus estudios.

Este trabajo tiene por objetivo contribuir con la identificación de los miedos a la consulta odontológica y en qué medida se relaciona con el estado de salud bucal para desarrollar estrategias para su prevención e implementar un protocolo de atención, mejorando así el trato al paciente, contribuyendo a la disminución del miedo, y mejorando los índices de caries y enfermedades periodontales en nuestro país.

1.2. Trabajos previos

1.2.1. Trabajos Internacionales

Valdés, Ghanman, Castellanos y Delgado (2015), llevaron a cabo una investigación titulada *Caracterización de pacientes con miedo al odontólogo*, donde también compara el miedo con el estado bucal fue un estudio observacional, descriptivo, de corte trasversal en 200 pacientes adultos que acudieron a consulta estomatológica en universidad de ciencias médicas de La

Habana, desde septiembre del 2012 a marzo del 2014, los instrumentos usados fueron *CMD-20* (cuestionario de miedos dentales *Pal-Hegeudus*) así como uno propio como base para esta investigación, un cuestionario de miedos dentales y se examinó el estado de salud bucal, mediante índices epidemiológicos internacionales. Los resultados arrojaron que 90 pacientes presentaron mucho miedo representando 45%. Los pacientes con miedo al odontólogo, que tuvieron el estado de salud bucal medianamente favorable, representaron el 83%. mientras que el 17% no manifiesta miedo a la consulta odontológica. Concluyendo que en este estudio predomina la categoría de mucho temor al odontólogo en los pacientes, hubo una alta relación de la presencia de miedo al odontólogo con el estado de salud bucal.

Huespe (2015), quien realizó una investigación titulada *la Evaluación del estado dentario y gingival de estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba y su correlación con el grado de conocimiento en Salud Bucal*, el objetivo de este trabajo fue determinar si aquellos que estudian profesiones relacionadas a la salud tienen un mayor conocimiento y prácticas de autocuidado con respecto a su cuidado dental, principalmente los alumnos que cursan la especialidad de Odontología. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, correlacional y transversal, la muestra estuvo compuesta por estudiantes de la universidad (n=160), de ambos sexos, con edades comprendidas entre 17 y 30 años, Se determinaron los índices cariado, perdidos y obturados – diente (CPOD), Índice de placa presente en los dientes e Índice del estado de las encías de Loe y Silness a través de un reconocimiento clínico mediante la observación directa e indirecta utilizando el espejo bucal sin aumento de medida. Para el diagnóstico de caries de caras y zonas de fosas y fisuras se administró el colorante doble tono, asimismo para identificar la existencia de placa dental presente en las superficies del diente, se empleó un explorador dentario y sonda periodontal y con los resultados se permitió conocer el estado de salud oral de cada estudiante. Se empleó un cuestionario con preguntas concernientes al conocimiento sobre lesiones cariosas, enfermedades que perjudican las encías, métodos de previsiones para evitar dichas patologías y sobre conocimientos y hábitos en el cuidado oral y mantenimiento de la boca sana, de acuerdo con las

respuestas obtenidas se especificó el grado de conocimientos y prácticas que poseían los estudiantes relacionados al cuidado de su propia salud, cabe indicar que en todos los casos se fijó un nivel de error igual al 5%, $p < 0,05$, para la significancia estadística. Como datos de interés revelados por el Índice CPOD podemos mencionar que la prevalencia de caries en los estudiantes participantes de este estudio es del 81,8% y sólo el 18,2% de los estudiantes están libres de caries. Del total de alumnos ($n=160$) tienen una higiene bucal buena el 78,12%, es decir 125 alumnos, los estudiantes que mantienen una higiene bucal regular lo conforman el 14.3% y 12 estudiantes representados por el 7,5 % del total de la muestra, una higiene bucal deficiente.

Farías (2015), en cuya investigación tuvo como finalidad *Evaluar el estado de salud oral de niños y su relación con el nivel de conocimiento materno en salud bucodental*, realizó un estudio cuantitativo, observacional transversal, analítico, en niños entre 4 y 5 años de edad, del colegio Camilo Henríquez, Concepción. Se evaluó una muestra no probabilística intencionada constituida por 52 niños y sus madres, las que consintieron participar en el estudio, se les administró a las madres de familia un cuestionario para evaluar el grado de conocimientos sobre cuidados para mantener la boca sana validada con juicio de expertos. A los niños se les aplicó un examen oral básico, que incluirá CEOD Ceopd, O'leary y gingival. Los resultados mostraron la asociación del grado de conocimientos de las madres sobre el entrenamiento en el cuidado y mantenimiento de la boca sana y en el estado bucodental de sus hijos, pero no tuvo resultados estadísticamente. De los 37 pacientes estudiados el 8,2 % presentan dientes sanos, mientras que el 91,8% tiene dientes cariados, asimismo de los 37 pacientes en estudio ,3 pacientes presentan encía normal, 31 pacientes presentan inflamación leve, y 3 pacientes presentan una moderada inflamación, con lo correspondiente al índice de O'leary se tuvo con mayor porcentaje de 83,8% mala higiene oral, mientras que para higiene oral regular e higiene oral buena con 8,1%.

Goyal , et al. (2014). Hicieron un estudio titulado *Impact of dental fear on oral health-related quality of life among school going and non-school going children in Udaipur city*. Fue un estudio transversal, la muestra fue con 279 escolares y 257 niños que no asistían a la escuela, lo que arroja una muestra total de 536 párvulos, en edades comprendidas entre 12 a 15 años de edad, de

quienes vivían en la ciudad de Udaipur, en la India, se hizo mediante entrevistas personales hechas por un solo examinador capacitado y con un cuestionario estructurado. El nivel de significancia se estableció en 5% ($p \leq 0.05$). Los resultados de miedo dental fueron más altos en los niños que no asistían a la escuela, el cual fue de 68,2% y de una salud bucal desfavorable de 77,6% debido al miedo dental presente en la realización de tratamientos dentales; pero los porcentajes en niños que iban a la escuela fueron más favorables en cuanto a cuidados de su salud bucal 22,4% con un miedo dental bajo de 31,8% para acudir al consultorio a sus tratamientos odontológicos.

Sunil, Manisha, Kiran, Sapna y Nagakishore (2013), publicaron un artículo titulado *Evaluation of dental fear in children during dental visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale (CFSS-DS)*, cuyo objetivo fue evaluar el miedo dental en niños durante la primera visita dental utilizando CFSS-DS entre tres grupos de edades diferentes. Evaluaron 600 niños de diferentes rangos etarios: 4 y 6 años, 7 y 9 años, 10 y 14 años utilizando la subescala de miedos dentales en niños (CFSS-DS). Encontraron que no hubo diferencias significativas en el miedo entre niños (48,83%) y niñas (51,17%); el grupo de 4 a 6 años, obtuvo un CFSS-DS de $28,78 \pm 5,742$, el grupo de 7 a 9 años obtuvo un CFSS-DS de $27,81 \pm 4,783$, el grupo de 10 a 14 años obtuvo un CFSS-DS de $25,93 \pm 5,586$. Además, las puntuaciones de miedo fueron más altas para las preguntas relacionadas con "inyecciones", "estrangulamiento", "ruido de pieza de mano". Concluyeron que el miedo dental disminuyó conforme la edad aumentó.

Barcia y Paladines (2013) publicaron una tesis titulada *El estado nutricional y su asociación con la salud bucal, en los párvulos de 6 a 11 años de edad de las escuelas fiscales Naciones Unidas, Horacio Hidrovo y Hermógenes Barcia, de Portoviejo*. La aplicación de la investigación se realizó en 283 niños, en las escuelas de educación básica fiscales de la ciudad de Portoviejo, Ecuador, se hizo el examen antropométrico (Índice de masa corporal) y examen bucal. Para el examen antropométrico se utilizó una báscula estándar, el examen bucal se practicó con ayuda de espejo y explorador, y para la detección del nivel de placa dentobacteriana sobre las superficies dentarias se utilizó el líquido revelador de placa bacteriana, se realizó cálculo del porcentaje a todos los resultados del

examen antropométrico y el examen bucal. Los resultados de la población estudiada investigada 1,8%(5 niños) tuvieron una higiene aceptable, y la diferencia de 98.2% (278 niños), tuvieron malos hábitos de higiene bucal, la incidencia de enfermedades bucales como: presencia de cálculo, presencia de placa y gingivitis es relativamente baja, pero la presencia de caries dental de los niños evaluados es considerablemente alta, ya que el resultado que se obtuvo fue el de 97%.

El trabajo de investigación de Díaz, San Martín y Ruiz (2013) titulado *Miedo y ansiedad en tratamientos dentales e intervenciones psicológicas*. Cuyo objetivo fue describir los miedos dentales expresados por los pacientes que acuden al dentista, conto con una muestra de 98 personas que regularmente visitan al odontólogo privado en Sevilla (España), instrumento usado fue *MDS-20 (Palhegedus)*, fue un estudio observacional, tuvo como resultado que el 60% de pacientes eran mujeres quienes acudían de manera constante, frente a un 44% que solo lo hacían cuando tenían molestias, en cuanto al análisis factorial del cuestionario de miedos dentales, se extrajeron que el 25% de pacientes tiene miedo a la atención sanitaria, el 15.7% de pacientes tiene miedo respecto a la actitud del paciente, 13.8% de los pacientes manifiesta temor en cuanto a negligencia y el 13.2% de los pacientes al factor organizacional.

Marcano, Figueredo y Orozco (2012) realizaron una investigación titulada *Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica*, en donde la finalidad fue evaluar los grados de ansiedad y miedo al tratamiento odontológico infantil de acuerdo a la edad de los párvulos que acudieron al servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo. El diseño utilizado fue no experimental y transaccional de tipo descriptivo y correlacional. La muestra estuvo conformada por 120 escolares de 6 a 12 años durante el período mayo-julio del 2011, en la escala de evaluación de miedos dentales y Test de figuras de *Venham*, se obtuvo como resultado que el 89,17% de los niños, presentaron ansiedad según el Test de dibujos de *Venham*, mientras la Escala de Ansiedad de *Corah* dio como resultado que a los 6 años de edad existe un nivel de ansiedad alto con un 60%, destacando que en la Escala de evaluación de miedos dentales se tuvo como

resultado un porcentaje de 70,9%, donde se tuvo a los párvulos de 6, 7 y 8 años, donde destacó un nivel de miedo dental alto, los pacientes describieron niveles de temor moderados y altos en un 76%. Concluyeron que los niveles de miedo y ansiedad dental infantil disminuyeron conforme avanza la edad, expresándose a los 6 años en mayor porcentaje.

Marti, Levinzon, Domingo, Giaouinta y Pascucci (2012), publicaron un estudio titulado *los Factores que intervienen en la aparición de miedo dental en los pacientes*. Utilizó el Método de Escalonamiento de Likert y se aplicó a 105 pacientes en la sala de espera que asisten a la Universidad Nacional del área odontológica de Cuyo, provincia de Mendoza. Previamente realizaron un estudio piloto a 20 sujetos para la prueba de fiabilidad, obteniendo un alfa de *Cronbach* de 0,9420 sobre 30 ítems, fue tomado el estudio a pacientes en una media de edad de 35 años, de los cuales el 61% no ha tenido experiencias odontológicas negativas previas, también los encuestados afirman sentir mucho miedo con valores superiores al 50% ante la posibilidad que el odontólogo le transmita una infección, que lo revise sin guantes o que no se los cambie, es decir que revise con los mismos guantes a varios pacientes, que le pueda lastimar el nervio y la falta de higiene del consultorio. Concluyendo que los encuestados presentan bastante miedo en los casos que se le pase el efecto de la anestesia sin que el doctor haya culminado el tratamiento, que se equivoquen en el diagnóstico o que le realicen tratamientos sin su consentimiento.

De la Cruz (2011), realizó la tesis titulada *Ansiedad y miedos dentales en niños estudiantes de la institución educativa primaria Francisco Santos de Coatzacoalcos, en los meses comprendidos entre febrero-mayo del 2011*, cuyo objetivo de esta investigación fue precisar el predominio de la problemática de ansiedad y miedos dentales en niños en periodo estudiantil. La presente investigación fue de índole transversal, descriptivo, analítico y prospectivo, la muestra estuvo compuesta por 68 niños de 9 a 12 años de edad. Utilizó la escala de ansiedad dental de *Corah* modificada (EADM) y la Escala de evaluación de los miedos dentales en niños. Encontró que los procedimientos que están asociados a las reacciones de miedo hacia los tratamientos dentales fueron las inyecciones con un promedio de 39 niñas y 29 niños con un nivel de extremo miedo, mientras

que sensación de ahogamiento e instrumentos en la boca muestra un promedio de 40 niñas y 28 niños, se debe destacar que la espera en el consultorio dental obtuvo un alto nivel de miedo de 40 niñas y 28 niños con un nivel muy ansioso. Los datos sobre miedos a los tratamientos dentales arrojan una mayor ocurrencia al miedo a lo desconocido o a lo indirectamente conocido a través de padres o familiares con un promedio de 25 niñas y 43 niños, seguido por el miedo ante la visita al dentista con un promedio de 41 niñas y 27 niños. Concluyo que los niños de la escuela primaria Francisco H. Santos presentaron niveles más elevados de miedo dental frente a los procedimientos dentales más invasivos o altamente traumáticos, debido a experiencias dentales dolorosas o atemorizantes previas de padres o familiares.

Lee, Chang y Huang (2008), publicaron un estudio científico titulado *The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children*, cuyo objetivo fue investigar las visitas al consultorio dental, las experiencias dentales previas, el condicionamiento paterno, y los predictores clínicamente relacionados con el miedo dental en los niños. La población estuvo conformada por 247 párvulos en edades comprendidas entre dos a diez años que llegaron a una clínica dental para el tratamiento. Evaluaron el nivel de miedo dental a través de la subescala del miedo dental en los niños (CFSS-DS). Los investigadores evaluaron las respuestas clínicamente ansiosas y el comportamiento no cooperativo hacia el tratamiento dental en estos niños. Encontraron que el CFSS-DS y la ansiedad clínica tienen diferentes predictores, pero la edad menor o igual a 3,99 años de edad y la cooperación en la primera visita dental fueron predictores importantes tanto para la puntuación de CFSSDS como para la ansiedad clínica. Además, los otros predictores de la puntuación de CFSS-DS fueron miedo dental materno, dolor insoportable durante la primera visita dental y visita regular al dentista. El único predictor significativo para el comportamiento no cooperativo fue la ansiedad clínica. Concluyeron que el miedo dental de los niños y su respuesta ansiosa durante el tratamiento dental eran procesos dinámicos que consistían en muchos factores diferentes. El condicionamiento directo de la experiencia subjetiva del dolor fue más importante que el conocimiento objetivo del miedo dental infantil, y el condicionamiento indirecto no parece influir en esta muestra de estudio.

Lima, Guerrier y Toledo (2008), cuyo estudio titulado *Técnicas de relajación en pacientes con miedo al tratamiento estomatológico*, fue hecha en la Clínica Estomatológica de adultos del municipio Florida entre marzo de 2005 y enero del 2007 con el objetivo de evaluar la eficacia de la aplicación de técnicas de relajación en pacientes con ansiedad al tratamiento estomatológico, en la investigación participaron 39 pacientes mayores de 15 años con miedo al tratamiento estomatológico. La investigación se concibió en 4 fases: preparatoria, ejecución, evaluativa y procesamiento informativo. El 74,19% de los pacientes refirió como causas de miedo estomatológico la impresión producida por el equipo e instrumentales estomatológicos, el ruido de equipos (54,84%) y las experiencias dolorosas anteriores (48,39%). Al inicio de la investigación predominaron los pacientes con miedo marcado (54,84%) y estado de salud bucal malo (67,74%). El 54,84% de los pacientes necesitaron de una a tres sesiones de relajación para comenzar el tratamiento estomatológico. La mayoría de los pacientes pasaron al nivel inmediato inferior que presentaban. Las técnicas de relajación resultaron eficaces en el 67,74% de los pacientes.

1.2.2. Trabajos Nacionales

Hernández (2016), en su investigación *Influencia de la ansiedad materna sobre el miedo a la consulta odontológica en párvulos de edades comprendidas entre 7 a 12 años en la Clínica Estomatológica. UPAO – 2015*, se tuvo como finalidad determinar la influencia de la ansiedad materna sobre el miedo a la consulta odontológica. En este estudio se empleó la naturaleza observacional prospectiva, la población fue de 124 párvulos, los cuales estuvieron en compañía de sus respectivas madres, se empleó dos cuestionarios para evaluar y obtener la influencia que ejercen sobre sus pequeños cuando son atendidos por profesionales del área de odontología a quienes se les aplicó dos instrumentos de recolección de datos: La Escala para la evaluación de miedos - Subescala Dental CFSS-SD, para medir el grado de miedo al tratamiento en odontología en los niños y la Escala de ansiedad de *Corah* para obtener el grado de ansiedad de la madre de familia . Los resultados mostraron que el 75.8% de los niños presentaron bajo miedo y el 24.2% alto miedo al tratamiento cuando están en el

sillón dental. Los niños entre 7 a 9 años de edad tenían niveles de miedo más elevados que los niños de 10 a 12 años. Del grupo de niños con elevado miedo, 50% de las madres presentan nivel de ansiedad moderado, mientras que en el 93% de las madres presentaron bajo nivel de ansiedad. En los resultados finales se determinó que sí existe influencia de la ansiedad materna en el grado de miedo al tratamiento dental cuando el párvulo asiste al consultorio y se sienta en el sillón odontológico.

Robles (2016), realizó su estudio sobre *Nivel de ansiedad y miedo al tratamiento odontológico de los pacientes que acuden al CAP I San Pedro de Lloc, Pacasmayo, Trujillo, 2016*. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de ansiedad y miedo al tratamiento odontológico de los pacientes que acuden al CAP I San Pedro de Lloc, Pacasmayo, conto con una muestra de 200 pacientes que asistieron al CAP (Trujillo), el instrumento usado fue CMD-20 de *Pal-Hegedus*, fue un estudio transversal, descriptivo, tuvo como conclusión que los niveles de miedo al tratamiento odontológico de los pacientes fue elevado obteniéndose un 81.8%, mientras que para los niveles de ansiedad al tratamiento odontológico presentaron ansiedad en el 60% de los pacientes evaluados, en cuanto al género para los niveles de miedo, las mujeres presentaron un nivel alto de miedo con un 84.3% mientras que los varones presentaron un 73.3%, al evaluar los niveles de miedo según la edad el porcentaje con un mayor incremento se presentó en las edades comprendidas entre 40 a 59 años con un 86.3% .

Manyari (2015), realizó un estudio sobre *Programa sobre conocimientos en salud oral para disminuir el miedo dental en estudiantes del cuarto grado de la IE 3059, Comas 2015*. Su diseño fue experimental, aplicada de nivel explicativo cuantitativo. La muestra estuvo conformada por una población de 108 estudiantes, con un muestreo no probabilístico intencional, con un tamaño de muestra de 44 estudiantes, 22 estudiantes del grupo experimental y 22 estudiantes del grupo control. Luego de la aplicación del pretest constituido por Escala de Miedos en Niños Subescala dental a los dos grupos, se procedió con las sesiones educativas sobre conocimientos en salud oral, enfatizando en la prevención oral; todo esto motivado con actividades lúdicas. Después de la realización de las 10 sesiones educativas se realizó el postest con la aplicación de

dicha Escala, con la evaluación de 15 ítems, para la determinación del grado del miedo dental en niños para así evidenciar los efectos de dicha aplicación, el instrumento aplicado es una escala estandarizada, siendo *Ten Berge* los que confirmaron su validez y confiabilidad. Los resultados del Programa “Sonríe”, muestran que con respecto al grupo experimental en postest se logró en el nivel Sin Miedo un 9.1%, teniendo un 0% en el pretest. En cuanto al nivel Alto Miedo bajo en el postest a 4.5% frente a un 45.5% en el pretest; estos resultados evidencian que el Programa “Sonríe”, tiene una tendencia a disminuir el nivel alto miedo dental en los estudiantes del cuarto grado de primaria de la 3059 del distrito de Comas, 2015.

Moses (2013), realizó un estudio sobre la *Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte en el año 2013*. La naturaleza de esta investigación fue de carácter descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. La población la conformó 247 alumnos de educación primaria, fueron estudiantes en edades comprendidas entre 6 a 12 años, para evaluar el grado de correlación existente entre la caries dental mediante la presencia o ausencia de la enfermedad con la ayuda de un espejo bucal y una sonda periodontal, para determinar si hay una buena higiene bucal se empleó el índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillon. Los resultados encontrados permitieron determinar un gran número de estudiantes con la enfermedad de caries dental presentes en sus dientes con un porcentaje muy elevado del 92,71%. El índice de higiene oral simplificado mostró que el 34.82% de los niños presentaron una buena higiene oral, mientras que el 57.49% presentaron regular higiene y finalmente el 7.69% presentaron mala higiene oral. Cabe señalar que en esta investigación se presentó un grado de significancia de (0,00) entre la manifestación de la enfermedad de caries y el registro de higiene oral, asimismo este estudio corrobora y reafirma los conceptos e ideas de los conocimientos científicos gracias a la demostración obtenida y que permitió conocer el estado de salud oral de los estudiantes de este distrito como es Ate Vitarte, para adoptar medidas estratégicas para captar estudiantes para que asistan al consultorio y se concientice sobre la importancia del cuidado oral y que las autoridades

correspondientes monitoreen en las escuelas sobre este tema, para así disminuir los porcentajes tan elevados de caries presentes en edad escolar.

Cerrón (2010), realizó la tesis titulada *Miedo en párvulos de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú – 2010*, cuyo objetivo fue relacionar el miedo en niños de acuerdo a sus vivencias durante sus tratamientos dentales y la ansiedad de sus madres. Para dicho propósito se seleccionó 258 pacientes entre los meses comprendidos de enero a marzo del año 2010, por esto se empleó tres cuestionarios de recolección de datos, la primera la escala de Evaluación de Miedos en Niños - Subescala Dental *CFSS-SD*, para medir el grado de miedo durante la visita al consultorio para la realización del tratamiento odontológico en párvulos, la Escala de Ansiedad de *Corah* para medir el grado de ansiedad de las madres de familia y un cuestionario de situaciones dentales vividas por los niños, de esta manera se encontró que el 84,5% de los niños presentaron bajo miedo y que el 13,2% de los niños presentaron grados elevados de temor al tratamiento odontológico. Los pequeños entre edades comprendidas de 4 a 6 años tenían grados de miedo considerablemente más elevados que los otros grupos de edad. Los pequeños que habían pasado vivencias dentales de forma negativa resultaron con grado más elevado de miedo, así como los párvulos con grados con mayor porcentaje de miedo tenían madres mucho más ansiosas que los pequeños con bajo miedo al tratamiento odontológico, durante su permanencia en el consultorio, finalmente esta investigación permitió conocer que los pequeños con grados más elevados de miedo tenían madres más ansiosas que los niños con bajo temor al tratamiento odontológico.

Briceño (2009), en cuya investigación que tuvo por título *Niveles de ansiedad y miedo a la Atención Odontológica en pacientes adultos que acuden a consulta en la Clínica Estomatológica de Moche de la Universidad Nacional de Trujillo*, la que fue de carácter transversal, descriptivo, donde se evaluaron los grados de incertidumbre y miedo a la atención odontológica de una muestra de 185 pacientes que acudieron a la consulta. Se aplicaron la escala de incertidumbre dental de *Corah* y la escala de temores de *Pal-Hegedus y Lejarza* para que los mismos pacientes contesten a través de alternativas planteadas, es

decir a manera de autoencuestas, sus resultados concluyeron que los niveles de ansiedad de los pacientes el 76.8% se presentaron sin ansiedad, el 16.7% ansioso, 5.4% muy ansioso, y 1.1% extrema ansiedad, en cuanto a los niveles de miedo que presentaron los pacientes arrojó como resultado un 45.6% con escaso o nulo miedo y un porcentaje de 54.1% con medio o elevado miedo.

1.3. Teorías relacionadas con el tema

1.3.1. Bases teóricas de la variable miedo a la consulta odontológica

Conceptualización del miedo

De acuerdo al diccionario de la Lengua Española (2014), el vocablo miedo que proviene del latín *metus*, viene a ser:

La sensación agobiante del espíritu de la persona causada por la creencia de estar en peligro o que algo o alguien le causará daño, estos sentimientos pueden ser ciertos o producto de la imaginación. Es la desconfianza, suspicacia o sospecha que una persona presenta en un determinado momento a causa de la percepción de que algo le ocurrirá contrario a su voluntad (s.p.).

El miedo es la percepción de un estremecimiento que siente el individuo debido a la creencia de que acontecerá algo que lo ponga en peligro.

Asimismo, Gonzales (2005) nos habla del miedo que es cultivado a causa de ciertas experiencias, al respecto nos dice:

El miedo es causado por una serie de experiencias y vivencias negativas, las cuales son aprendidas, además que determinan una conducta y reacciones fuera del contexto normal. Es una condición, es un estado de alerta, por el cual el individuo se siente amenazado, es el conjunto de situaciones que no están necesariamente en ese momento presentes, pero que pueden ocurrir (p.197).

Según los autores Sassaroli y Lorenzini (2000) nos refieren que el miedo es consecuencia del dolor, al respecto sostienen:

El miedo es una emoción poco agradable, aparece antes del dolor, es producto de la evolución, es una sensación muy necesaria, ya que se produce con anticipación de que una persona sufrirá un posible daño en un futuro inmediato, es una alarma que anuncia que ocurrirá una lesión y ayuda a preparar a nuestro cuerpo para enfrentar a la situación de riesgo. Al sentir temor se producen una serie de eventos cambiantes en la anatomía del ser humano, además que no todas las personas tienen la misma predisposición genética a percibir y sentir miedo, ya que es algo no aprendido, sino genéticamente determinado y comprensible para todos los individuos sin distinción (pp.13-14).

El miedo es el resultado de una serie de sensaciones de peligro y temor, se puede manifestar como un sentimiento de intranquilidad, que genera daño, dolor, pero puede llegar a grados altos de estremecimiento, angustia o pavor (Fernández y Gil, 2000, p. 154).

De acuerdo con Pires Correa (2002) el miedo puede ser cierto o irreal, se presenta como una reacción innata ante un peligro, por esto señala:

El miedo es considerado como un estado de alerta frente a una situación de peligro, la que puede ser verdadera o estar en la imaginación del individuo, por un conocimiento intelectual del mismo y de control cortical, ya que busca mantener su integridad y conservarse a buen recaudo, se da como un instinto de supervivencia (p.216).

Por otro lado, Christophe (2005), dice que el miedo es un sentimiento necesario que prepara nuestro cuerpo para enfrentar experiencias peligrosas, por lo que refiere:

El miedo es un sentimiento desagradable, que lo manifiestan no solo las personas, sino también los animales al sentirse en peligro, se da por instinto, es propio de la naturaleza, es necesario, se presenta como una reacción fisiológica dada por el sistema nervioso y por el cual el individuo esta alerta, a la defensiva para protegerse de

situaciones adversas, se intensifica cuando se suscita verdaderamente el acto que lo pone en peligro (p.18).

De acuerdo a lo señalado, el miedo se manifiesta como una señal de alarma ante la presencia y manifestación de un daño que nos permite estar preparados para encarar situaciones desesperantes.

Definición del Miedo Dental

Según Navarro y Ramírez (1996), propusieron que el miedo es un patrón que involucra varios aspectos, se presenta también por la imitación de otros comportamientos que resultan negativos en relación al tratamiento odontológico, cuyo fundamento lo hicieron en la teoría de Rachman sobre las vías de adquisición del miedo, donde la persona no puede enfrentar una situación nueva, también puede generarse por vivencias, experiencias, que se escuchan de amistades, familiares, compañeros de trabajo ,personas más cercanas, asimismo por la influencia que pueden transmitir los medios de comunicación, programas televisivos, comedias, avisos publicitarios (p.166).

El miedo dental cuya definición es un estado de angustia, inseguridad y malestar que presenta el paciente. La presentan con mayor frecuencia los pacientes más pequeños, especialmente cuando deben acudir a un lugar nuevo para ellos, como es su primera visita al odontólogo, ya que no conocen el consultorio y al profesional que allí atiende (Klingberg y Broberg,2007, p.392).

Según Carrillo, Crego y Romero (2012) señalan:

es una respuesta emocional normal que todo ser humano tiene, éste ocurre cuando la persona presenta situaciones de stress y duda, para poder sentir esta reacción de miedo, hay que tener desarrollada la inteligencia que va permitir diferenciar aquello que exige temor por ser dañino o doloroso, de aquello que es subjetivo (p. 24).

De la misma manera Kuhn y Keith (1994):

la sensación de miedo al tratamiento en Odontología de párvulos y adolescentes se manifiesta de diferentes maneras: brusca y con crisis de pánico, duradera, generalizada y con estrés, la que se origina por experiencias o situaciones traumáticas anteriores o por causas subjetivas, asimismo no es común encontrar niños que quieran ir gustosos a su cita dental, la mayoría presenta un miedo exacerbado cuando debe acudir a la consulta odontológica, por los recuerdos de situaciones pasadas y que al estar frente a la unidad dental, se intensifica su miedo aparentemente sin motivo (p.13).

Así también, para Díaz y Cruz ,2004 el miedo dental se presenta:

porque la familia y el entorno social transmiten a los pacientes ciertas creencias acerca del tratamiento dental, las que no son ciertas, pero depende aún más del manejo del profesional, de sus habilidades y destrezas para cambiar esa actitud temerosa del paciente cuando acude a su consultorio, así como también cada paciente presenta una percepción del dolor diferente que es causante principal del miedo a la consulta con el odontólogo.

A través de muchas investigaciones se ha demostrado que el miedo tiene un origen diverso, cuyas causas pueden ser la ansiedad, la educación, la timidez (Versloot, Veerkamp, Hoogstraten y Martens,2004).

Según Beks (1998), los factores más frecuentes que ocasionan gran miedo en los pacientes pediátricos en la consulta dental, son los siguientes: El sonido de la pieza de mano, escuchar a un paciente que está recibiendo tratamiento gritar de dolor, visualizar los instrumentos que están en el consultorio especialmente la aguja, una exodoncia dental, el sonido que emite la compresora, cuando ve sangrar a alguien o cuando ve su propia sangre, porque tiene miedo de ser inyectado, cuando ve anestesiar con la aguja a otro paciente, al tener que sentarse en la unidad dental, al percibir el olor de los medicamentos, observar la bata blanca del cirujano dentista (p.1).

Teoría de adquisición del miedo de Rachman

El modelo propuesto por Rachman (1977), es uno de los más usados para explicar el miedo en el tratamiento dental. Manifiesta que existen 3 vías para la adquisición de la sensación de desconfianza que causa el miedo:

Condicionamiento Directo. Para adquirir el miedo se necesita una experiencia desagradable o negativa, la que se relaciona con un acontecimiento que nos causa miedo o también un factor o estímulo que lo provoque, el que posteriormente será causante del miedo. Hay una estrecha vinculación entre un estímulo condicionado, el que puede ser por la aplicación de la anestesia con un estímulo incondicionado el que puede ser un proceso de infección o dolor (Rachman, 1977, p.375). Pongamos una situación en la que el paciente acude al consultorio por un proceso infeccioso, el profesional de odontología debe usar la pieza de mano, para retirar el tejido malo, pero este ruido escuchado durante la consulta odontológica es causante de relacionarlo con el dolor, por el sonido peculiar y característico de la pieza de mano. Por esto, para algunos escuchar este sonido aun en la sala de espera y sin atenderse con el odontólogo lo relaciona inconscientemente al miedo.

Por otra parte, según los estudios de Costa (2002), los condicionamientos pueden ser por experiencias médicas negativas, invasivas, complejas, como cirugías, tratamiento de conductos, extracciones, etc., debido a que causaron dolor durante su realización, lo que ocasiona la discontinuidad del tratamiento, el paciente desiste ir a la consulta, lo que atrasa y dificulta su tratamiento (pp.2-3). Para Milson, Tickle, Humphris y Blinkhorn, (2003) hay una relación entre el miedo y el tipo de tratamiento de los pacientes, por lo que encontró relación de las extracciones dentales con el miedo del paciente, mas no con las curaciones de los dientes.

Aprendizaje Vicarious. Esta vía se refiere a la adquisición del miedo a través del comportamiento y manifestaciones de conducta de otras personas, a pesar de que no hayan sido protagonistas de una experiencia desagradable. Para González (2005), los niños imitan el comportamiento de sus progenitores y cuidadores a la que se le conoce como referencia social o transmisión social conocido como modelado a la que se le señala como factor que contribuye del aprendizaje vicario del miedo (p.10).

Según Rachman (1977) esto también se aplica a la sensación de temor para acudir al consultorio para la realización del tratamiento que se necesita en el área odontológica, en donde el miedo se da por la imitación de comportamientos negativos, el niño se ve influenciado cuando observa la conducta y reacciones de sus padres en la consulta dental e imita las respuestas de miedo, a pesar que no haya tenido nunca contacto directo con la situación o factor temido (p. 378).

En el estudio hecho por Pertinhes (2004) donde señala que la comunicación debe ser fluida con los padres, ya que sus actitudes en cuanto a la odontología afectan la conducta del infante durante su tratamiento dental. Los padres que interrumpen al odontólogo durante su entrevista con el niño, por orientar o animar a sus hijos, pueden causar confusión, lo que facilita la conducta negativa del niño (p.64).

Vía Información. Está relacionado al ambiente donde el paciente acude a recibir un tratamiento, se relaciona con la información que recibió sobre un determinado procedimiento, lo que puede provocar reacciones de miedo hacia ese estímulo (Rachman, 1977, p. 378).

Cuando se busca y adquiere información sobre los peligros de un determinado estímulo, genera reacciones temerosas frente a ese episodio, las informaciones negativas acentúan el temor, haciendo difícil corregir las ideas erradas, el aprendizaje social se hace a partir de historias, las que son narradas por padres, amigos, familiares, vecinos, allegados, aun de no haber pasado por una situación negativa durante la realización de la rehabilitación dental, la información que es transmitida podría ocasionar que la persona desarrolle el recelo y negativa de asistir a la consulta dental. (Chun Hong, 2008).

Modelo de Vulnerabilidad Cognitiva

El modelo de Vulnerabilidad Cognitiva ha sido aplicado en personas que presentan miedo a la consulta odontológica, y lo manifiestan con náuseas, dificultad al respirar, mareos, ya que muchos no pueden controlar sus emociones y se dejan llevar por relatos de familiares y amigos. Los estudios demuestran que la vulnerabilidad se da con mayor frecuencia en los pensamientos, en

comparación con experiencias desagradables previas, o por lo visto cuando acompañaron a sus familiares y vieron la conducta de ellos. Además, se señala que las situaciones que generan temor activan de forma automática cuatro sensaciones en el individuo: Una situación extraña puede causarles algún peligro, un estímulo o situación puede causar malestar, reflejado en asco, repugnancia, la cual se manifiesta a través de vómitos, mareos, etc., ciertas situaciones son impredecibles, el individuo desconoce cuándo aparecerán, ni por cuánto tiempo, etc., en las situaciones que nos causan miedo tenemos la percepción que no las podemos controlar (Armfield,2010) (Carrillo, et al.,2012).

Para Carrillo y et al. (2012) esas situaciones de miedo a la consulta odontológica se dan por:

a) Peligrosidad, donde el grado de peligro o daño que nos sugiere un estímulo determinado, es un elemento implicado en el miedo específico (p.110). En la práctica odontológica el episodio de peligrosidad puede relacionarse con el instrumental odontológico, porque los pacientes piensan que les puede causar daño y son peligrosos si el dentista pierde el control sobre ellos, por ejemplo, que el odontólogo pierda el control de la pieza de mano y se deslice dañando el tejido de la cavidad oral del paciente. También puede relacionarse con la sensación que tienen algunos pacientes durante la realización del tratamiento dental, imaginando que sienten que pueden dejar de respirar, sensación de ahogamiento durante la toma de impresiones o que pueden llegar a sufrir un infarto durante la aplicación de la anestesia (p.111).

b) Desagradabilidad, para Davey y colaboradores están relacionados con la repugnancia, por ejemplo, las características de algunos animales que son más temidos por su aspecto que por el peligro que representan. En la parte odontológica, está relacionado con el olor que desprenden ciertos materiales odontológicos, sabores de algunos productos y por el miedo a la contaminación por gérmenes o enfermedades de otros pacientes debido a una mala esterilización del instrumental (Carrillo, et al. ,2012, p.112).

c) Impredecibilidad o incertidumbre, Armfield, Slade y Spencer (2008), la señalan como una falta de conocimiento sobre algún estímulo como su identidad, movimiento o ubicación. En el ámbito odontológico como el instrumental de trabajo, los sonidos, las sensaciones que se experimentan, son totalmente desconocidos para los pacientes, además existe la duda respecto a la conducta del odontólogo, sobre sus movimientos, con respecto al diagnóstico y al tratamiento que le realizaran, existe gran incertidumbre sobre la duración del tiempo del tratamiento dental (Carrillo, et al.,2012, pp.113-114).

d) Incontrabilidad, Armfield, Spencer y Stewart (2006), presentan la hipótesis de que la falta de control es una variable que causa el miedo, si una persona cree que no tiene los medios necesarios para hacer frente a un tratamiento dental, además se siente impotente y percibe falta de control, todos estos aspectos les pueden causar miedo, por el contrario, los individuos que sienten que tienen el control de la situación, tienen menos posibilidades de sentir miedo a la consulta dental, asimismo, la percepción de falta de control sobre el comportamiento del profesional de odontología , sobre sus movimientos o la incapacidad para hacer que interrumpa el tratamiento en caso necesario, la falta de control sobre la duración del tratamiento , sobre como uno va a reaccionar y a comportarse durante la consulta (Carrillo, et al. 2012, pp.115-117).

Dimensiones de la variable Miedo Dental

De acuerdo a los estudios de Navarro y Ramírez (1996) sobre prevalencia del miedo dental, así como también los estudios de investigación de Márquez, Navarro, Cruz y Gil (2004), que realizaron un análisis factorial con el objetivo de extraer las dimensiones del CMD-20, se estableció que el miedo a la consulta odontológica está determinado por 4 dimensiones: (a) Trato humano al paciente, (b) mala praxis profesional, (c) aspectos inherentes, (d) aspectos no profesionales, los que se describen a continuación:

Dimensión 1: Trato humano al paciente.

Comparte las principales ideas asociadas al concepto de trato digno, ya que, de acuerdo a la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, este concepto se establece como un derecho de los usuarios en la atención de salud (Márquez, et al., 2004).

Mediante la Ley 30023, se instituyó que cada 13 de agosto se celebra el “Día Nacional de la Salud y el Buen Trato al Paciente”, para que todas las entidades prestadoras de salud, en conjunto con los profesionales, técnicos y auxiliares, promuevan el buen trato a los pacientes (Minsa, 2015).

El ser tratado con dignidad y todo lo que ello representa: respeto, reconocimiento del valor intrínseco de la persona (Díaz, San Martín y Ruiz, 2013).

Dimensión 2: Mala Praxis Profesional.

Es la negligencia médica y se manifiesta en el miedo que sienten los pacientes, en el temor cuando al recibir el tratamiento dental, se les ocasione algún tipo de daño, como rotura de labios, heridas y sangrado de la boca, errores al colocar la inyección (Márquez, et al., 2004).

Para los autores Díaz, et al., (2013), es la realización de una acción profesional, el cual provoca un daño al paciente debido a la no observación del cumplimiento exacto de su tarea a desarrollar (p.54).

Dimensión 3: Aspectos inherentes.

En el caso de los aspectos relacionados con el tratamiento a realizar, o las actividades que forman parte de él, donde se encuentra que los pacientes sienten temor al hecho de sentir su boca dormida o que le inyecten anestesia en sus encías. (Márquez, et al., 2004).

De igual manera Díaz, et al., (2013) nos dicen que “es el desarrollo de las acciones que forman parte del trabajo dental o la actitud del dentista” (p.54).

Dimensión 4: Aspectos no profesionales.

Son los aspectos no relacionados con la profesión ni con el tratamiento a realizar (Márquez, et al., 2004).

Según refieren los investigadores Díaz, et al., (2013) son los factores relaciones con temas de gestión a la consulta o disposición del paciente (p.54).

Reacciones Fisiológicas al miedo dental

Las reacciones fisiológicas ante situaciones de miedo no dependen de la edad y se dan por una serie de manifestaciones clínicas en la anatomía del ser humano, causadas por acción de la adrenalina , noradrenalina , epinefrina, etc., estos cambios se manifiestan en reacciones fisiológicas como taquicardia, sudoración, temblores, palidez, náuseas, respiración agitada, dificultad para respirar, opresión en el pecho, sensación de boca y garganta seca, son sensaciones que se pueden dar en mayor o menor intensidad, independientemente de las situaciones y de los individuos, también se ha demostrado a través de las investigaciones que el flujo de sangre a algunas partes del cerebro disminuye de forma considerable (Pearce, 1995).

El organismo tiende a reaccionar para protegerse ante una situación de peligro, por eso se da el querer huir si valora que no puede enfrentarse ante un hecho de riesgo, el corazón palpita más rápido durante la taquicardia porque se quiere irrigar los músculos, la respiración se hace rápida por la necesidad de disponer mayor oxigenación, en la palidez la sangre se dirige a los músculos para incrementar la fuerza muscular, el organismo se prepara para limitar ciertas funciones que en ese momento no se necesitan con el fin de ahorrar energía (Sassaroli y Lorenzini, 2000). Si el miedo persiste por largo tiempo, da lugar a la fatiga, cansancio, el apetito y el sueño se ven alterados, hay gran irritabilidad (Marks, 1990a; American Psychiatric Association, 2002).

Signos y síntomas del miedo: Llantos desconsolados, gritos continuos, berrinches, timidez, hipersensibilidad al dolor, no colaborar con el profesional, no obedecer órdenes como negarse a abrir la boca. Además, algunos síntomas como: sudoración, dolor de pecho, náuseas, enrojecimiento, boca seca y problemas gastrointestinales. No querer permanecer en la unidad dental, sino querer salir huyendo (Peñaranda, 2000, p.39).

El odontólogo debe tomar ciertas medidas y precauciones mayores con aquellos pacientes que presenten miedo, deben de ayudarlo a tener seguridad, para que así pueda culminar su tratamiento. El miedo ocasiona que principalmente los niños tengan un comportamiento negativo e indiferente hacia el profesional, los pacientes presentan manifestaciones como: incremento del ritmo cardiaco, una respiración agitada y los reflejos aumentados, además de querer salir del consultorio y no volver más, pero si el odontólogo percibe estas señales o si sus familiares le comunican con anticipación, deberá empezar por tratamientos simples (Vela 2007, pp.10-11).

Reacciones motoras-comportamentales al miedo dental

Cada persona reacciona de distinta forma ante el miedo, se puede manifestar por quedarse callado, sin tener movimiento, con tendencia a petrificarse o tal vez por gritar, huir desesperadamente con movimientos del cuerpo desproporcionados, las que se pueden dar durante la sensación de miedo o después de haberlo sentido.

Manifestaciones cognitivo-subjetivas del miedo dental

Son manifestaciones subjetivas internas, que varían en cada individuo por su forma de percibir y valorar el miedo, se dan por sensaciones de peligro, pérdida de confianza, bloqueos de pensamiento, sensación de no poder reaccionar ni hacer nada, etc. Las reacciones fisiológicas, de conducta y cognitivas, están relacionadas y se pueden manifestar juntas o paulatinamente, dependiendo de la sensación del miedo, la intensidad puede variar de moderada a alta, dependiendo de la sensibilidad fisiológica y psicológica del individuo, y del contexto o situación que se presente en ese determinado momento (Echeburúa, 2000).

Como afirma Marks (1990a) ...

Los objetos y situaciones que los niños temen a medida que crecen se alteran a lo largo del proceso de desarrollo y a través de las exposiciones a situaciones nuevas. Cuando un niño se aterroriza bruscamente ante situaciones con las que ha tenido experiencia previa sin traumas o miedos, dicha reacción debe considerarse madurativa (p. 140).

El tratamiento para aquellos pacientes que presentan miedo durante el tratamiento odontológico, requieren de mayor tiempo y cuidado, lo que marca una situación de estrés para el cirujano dentista, lo que podría afectar en la calidad de atención brindada (Rivera,2005).

Tipos de miedo

El miedo que un paciente siente hacia el odontólogo, tiene origen en dos tipos de miedo fundamentales:

Miedos subjetivos

Se dan como consecuencia de episodios que se van formando en la mente, empieza cuando otros pacientes, ya sean amigos o familiares comparten sus experiencias, las cuales no son buenas ni agradables, además que muchos padres, para retarlos o castigarlos los amenazan de manera frecuente con llevarlos a la consulta dental. Son los temores que carecen de lógica y fundamento (Sanchez,1994)

Miedos objetivos

Esta clase de miedo se da como consecuencia de experiencias previas, las que han sido negativas y desagradables con uno o varios odontólogos, ya que hay dentistas que no tienen el suficiente conocimiento, capacidad, habilidad y destreza para realizar de forma eficiente el tratamiento que debe ejecutar, por lo que los pacientes infantiles se niegan a asistir a la consulta o terminar su tratamiento programado (Milgrom, Macl y King, 1995).

Importancia del estudio del miedo

En estos tiempos, el miedo a la consulta odontológica frena o dificulta la visita dental y que pone en riesgo la salud bucal, cabe señalar que estos miedos se han incrementado porque muchos pacientes desde que son pequeños escuchan vivencias de familiares y personas de su entorno más cercano, amigos, padres, compañeros de colegio, acerca de experiencias desagradables, de situaciones

que sienten, escuchan, ven, huelen, ya que el miedo no es hereditario , también lo pueden adquirir a través del mensaje de una película, un dibujo animado, programas de magazine, experiencias y hechos de la vida diaria (Finn, 1976, p. 987).

El modelo de Vulnerabilidad Cognitiva se ha aplicado en el miedo de las personas a la consulta dental. Se ha comprobado que los individuos con mayor miedo, son los que no tienen conocimientos sobre el tema y temen que no puedan manejar la situación en el consultorio. La importancia de los cuatro pensamientos que conforman el esquema de vulnerabilidad señala si somos capaces de diferenciar lo que es realidad y otra las ideas erradas que almacenamos en nuestros pensamientos, estos nos vuelven vulnerables al miedo. En este sentido, reducir la concepción de que determinados estímulos o situaciones son peligrosas, inciertas, incontrolables o causan malestar físico puede contribuir a disminuir el nivel de miedo que alguien siente ante ellos (Carrillo, et al. ,2012, pp.110-112).

En este trabajo se busca comprender la conducta del estudiante, por ello se ha estudiado las teorías del desarrollo cognitivo, sobre situaciones y eventos que le causan miedo a la consulta dental, los factores que determinan esta conducta, para poder entenderlo y así saber cómo llegar a tener un buen manejo durante la ejecución de su tratamiento. Se le debe hacer entender al estudiante que no debe tener miedo a la consulta porque no existe el peligro, es indispensable empezar con tratamientos sencillo y dejar al final los tratamientos especializados, los que requieren mayor tiempo, se le debe explicar sobre las funciones de los instrumentos y equipos dentales, para que se sientan familiarizados.

1.3.2. Bases teóricas de la variable Estado Bucal

Definición de la variable Salud Bucal

La OMS, señala que la salud es el pleno goce de la satisfacción física, social, así como mental de la persona o comunidad y no se limita a la desaparición de enfermedades” (s.p.).

Se entiende por salud al bienestar del individuo, la cual es integral, es el equilibrio biológico y psicosocial, asimismo constituye un derecho y es fundamental para el progreso del individuo, la familia, la sociedad y el país (OMS,1998, p.10).

De acuerdo con Cuenca y Baca (2005), la salud bucal es el adecuado funcionamiento de las estructuras que forman parte de la boca, por lo que señala:

Como la condición de eficiencia y normalidad de los dientes y de los elementos que conforman su soporte, así como de las partes que integran la boca y de los demás componentes que hacen posible los movimientos y principales funciones como la masticación y el habla, adicionado a perseverar en el cumplimiento diario de la limpieza de la boca ,para así prolongar sus óptimas condiciones, ya que de lo contrario dejamos que se susciten enfermedades que causan dolor, por ello es conveniente prevenir las enfermedades para mantener la salud oral (p.47).

La Salud Bucal, según la OMS:

Es la ausencia de dolor, de las alteraciones durante el desarrollo embrionario y fetal del individuo que deforman el paladar o los labios, enfermedades que afectan a la encía, que atacan y desmineralizan los dientes provocando su pérdida y de otras estructuras que impiden su funcionamiento adecuado (p.1).

Franco, Santamaría y Kurzer (2004) señalan que el impacto positivo de la salud bucal es fundamental porque cumple con un rol importante, el de disminuir el índice de caries a través de la prevención y promoción de salud, pero solo cuando tiene énfasis en la vida cotidiana de la población (p.21).

Se llama Salud Bucal para Agnoli, Reinoso y Bogado (2009):

Cuando no solo están los dientes sanos, sino también las encías, los tejidos, la mucosa, el paladar, la lengua y todos sus componentes. La boca y las partes que la constituyen cumplen diversas actividades como hablar, comer, sonreír, por lo cual se debe preservar su correcto funcionamiento y recuperarla en caso de haberla perdido (p.29).

Por lo expuesto por los autores existe salud bucal cuando los elementos que forman la boca cumplen las funciones que le corresponden.

Según López (2010), una persona presenta su estado de salud oral sano cuando el índice COP es de 0, en cuanto a la dentición temporal establece que “se usa el índice de Gruebel o ceo donde, c: son los dientes cariados, e: con extracción indicada y o: dientes obturados” (p. 90).

Por lo señalado por Guada (2013), se entiende como salud bucal, “el equilibrio y estabilidad del sistema estomatognático”, donde no hay dolor de la cavidad oral, ni lesiones del tejido blando, ni cáncer oral, enfermedades periodontales, ni dientes con pérdida de tejido dental causada por caries (p.312).

Bordoni, Escobar y Castillo (2010) aseguran que nos podemos referir a salud oral:

Quando existe equilibrio entre las bacterias que se encuentran en la cavidad bucal y el huésped, se presentan diversos factores que modifican este ambiente, principalmente por la cantidad y severidad de bacterias en la estructura oral, la que se incrementa por la presencia de brackets, prótesis parciales o totales, por tratamientos dentales con recidiva, por exodoncias de piezas dentarias (p.52).

Teoría de las Ventanas Rotas

Esta teoría proviene del experimento de Zimbardo (como se citó por Wilson y Kelling,1970), que consistió en abandonar un auto en un barrio que era pobre, peligroso y gente del mal vivir, para observar qué ocurría, al cabo de tan solo diez minutos, la gente del lugar comenzó a llevarse todas las autopartes ,pero también abandona otro auto de la misma marca y las mismas buenas condiciones en un barrio muy adinerado y tranquilo, aconteció que durante una semana nada le pasó al vehículo, Zimbardo rompe una de las ventanas, de esta forma el auto pasó de estar en buenas condiciones y tiene signos de maltrato y abandono, fue en ese momento que los habitantes de esa jurisdicción lo desmantelan, porque trasmite el mensaje que dicho vehículo está abandonado.

Posteriormente Wilson y Kelling (1970), desarrollaron “La Teoría de las Ventanas Rotas”, esta teoría da el ejemplo de que cuando se rompe una ventana de un edificio y si no se repara pronto no tardara en aparecer personas que rompan el resto de ventanas, ya que la gente supone que no hay nadie quien cuide esa propiedad, igualmente si permitimos que se pinten paredes de nuestro barrio, esto fomentara que el resto de paredes también sean pintadas con grafitis, o quizá si dejamos una bolsa de basura en una esquina, nos daremos cuenta que al poco tiempo amontonen basura en el mismo lugar, porque piensan que es normal, ya que una vez que se rompan las normas que mantienen el orden, todo empieza a ser transgredido, comienzan a desencadenarse los malos hábitos, ya que los comportamientos inadecuados se modelan, se transmiten, se multiplican y una buena medida para prevenir el vandalismo es arreglar mientras son pequeños, en periodos cortos, no permitiendo que los problemas se incrementen e intensifiquen (pp.3-4).

Esta teoría se aplica en muchas vivencias de nuestra vida, Zalba, (2015) llevó esta teoría al cuidado de nuestra salud bucal por ejemplo un cristal roto podría representar un diente dañado o enfermo, equivale al descuido en el mantenimiento diario de nuestros dientes, también se manifiesta en la negativa de ir al dentista para recibir tratamientos preventivos, nos descuidamos e inclusive alargamos la cita o nos negamos a acudir a consulta odontológica, por estos motivos no debemos esperar a que los dientes presenten gran daño, para recién empezar a tratarlos, ya que a medida que pasa el tiempo y se los deja van perdiendo valor en todos sus aspectos, pero no hacerlo todavía es peor, y nos lleva a un deterioro cada vez mayor y que explica el mal estado de salud oral de muchas personas, es fundamental no dejar pasar u omitir pequeños síntomas y detalles que a simple vista podrían parecer poco importantes, pero que pueden ocasionar que repercuta negativamente en la salud dental, debemos entender que pasar por alto o ignorar el mantenimiento de nuestra salud oral nos llevara a sufrimientos y complicaciones, porque permitimos que un problema pequeño, una dolencia que recién presenta síntoma, se agrave porque no le damos la debida importancia, nos descuidamos, es primordial tomar conciencia que nunca será lo mismo un diente sano que uno rehabilitado (p.1)

Dimensiones de Estado Salud Oral

Dimensión 1: Experiencia de caries

Los cuales se miden a través de la presencia de caries, para Barceló (2010), la caries es una enfermedad infectocontagiosa, el cual tiene múltiples factores como la higiene y se caracteriza por la destrucción de las estructuras de la pieza dentaria (p.101).

Dimensión 2: Estado Gingival

Índice gingival, se utiliza para evaluar el tejido gingival, nos ayuda a reconocer la inflamación de las partes de la encía que están en los bordes del cuello de las piezas dentarias y que las rodea. Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional (Prenoc, 1999, p.95).

Dimensión 3: Higiene Oral

El cual se mide a través del índice O'Leary, de donde se obtiene la presencia de la placa dental en los dientes (Prenoc, 1999, p.27).

Caries Dental

Según los autores Boj, Catalá, García-Ballesta, Mendoza y Planells (2011) la caries es el mayor inconveniente de salud dental en la mayoría de los países en vías de desarrollo afectando al 60-90% de la población escolar y a la inmensa mayoría de la población adulta” (p. 835).

Para Barceló (2010), la caries es una enfermedad infectocontagiosa, el cual tiene múltiples factores como la higiene, las bacterias, la resistencia inmunológica y dentaria de cada persona, la dieta y se caracteriza por la destrucción de las estructuras de la pieza dentaria ,para la formación de los ácidos, son usados por las bacterias los residuos alimenticios principalmente los carbohidratos y alimentos azucarados, que se adhieren a las superficies dentarias y forman la placa sobre las piezas dentarias, del cual se alimentan las bacterias, cuanto mayor sea el grado de acidez se dará con mayor acentuación la proliferación de las bacterias y la destrucción del esmalte, iniciando la caries (pp. 101-103).

Las incidencias de lesiones cariosas a temprana edad constituyen un grave problema respecto a salud pública, porque los párvulos presentan caries en sus primeros años de vida, tienen mayor riesgo de desarrollar caries tanto en dentición decidua como en permanente, con sintomatología de dolor al momento de comer, internamiento en hospitales, por la infección severa y complicaciones dentales, hinchazón de cara, consultas de emergencia (Pérez y Mayor, 2010).

De acuerdo a lo señalado por Sapp, Eversole y Wysocky (2006), la caries dental empieza cuando la estructura del esmalte ha sido tomada por los microorganismos y tienden a avanzar desde la dentina hacia la pulpa del diente y si esto no es detenido, el diente empezará a ser socavado y destruido, ya que al dejarse sin tratamiento la caries penetra hasta la profundidad de la pieza dentaria y provoca un proceso inflamatorio e infeccioso, manifestándose gran dolor y sensibilidad (p.62).

Sapp et al. (2006), es una forma singular cuya infección es causada por la acumulación de cepas de microorganismos sobre el esmalte, siendo el lugar donde se desarrollan las bacterias que elaboran los productos ácidos y proteolíticos que desmineralizan la superficie y eliminando su matriz orgánica (p.68).

Palomer (2006) es la enfermedad prevalente en los más pequeños, se da por acción de las bacterias cariogénicas que desmineralizan al diente, ya que, a través de los carbohidratos ingeridos y no eliminados con el cepillado dental, producen ácidos que destruyen la estructura dentaria (pp.59-60).

Gómez, Villaroel, Simoza, Guevara y Rivera (1997) señalan que la caries dental y los abscesos perjudican el estado de salud del adolescente y originan dolor dental e infecciones sistémicas que lo hacen ausentarse por periodos cortos o largos de la escuela y truncan el término académico (p.128).

Cuantificación de caries

Es muy utilizado el índice de piezas cariadas, perdidas, es decir las que no se encuentran en su alveolo correspondiente y las tratadas con material de

restauración, esta investigación fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio sobre la condición de las piezas dentarias y el requerimiento urgente de tratamiento de niños estudiantes quienes acudían a instituciones educativas primarias ubicadas en Estados Unidos en 1935. Es un estudio muy importante y a la vez muy usado en estudios odontológicos que se realizan para conocer el estado de los dientes en una comunidad o institución. Nos indica la presencia de caries que presenta cada individuo ya sea pequeño, adolescente o adulto en sus dientes, entonces permite realizar estadísticas en dentición primaria, mixta y permanente, a través de la cual se obtiene si el índice cariogénico es alto, medio, bajo o también si hay presencia de caries o es una boca sana (Frías, 2000).

Según el estudio realizado por Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional (Prenoc,1999) los índices más frecuentemente empleados para medir la caries dental son el CPOD para dentición permanente y el ceod para dentición temporal fueron los realizados por Klein, Palmer y Knutson, en 1936 y se realiza mediante el empleo de índices específicos que pueden referirse a distintas unidades de medida (p.67).

Recomendaciones para determinar y ordenar el índice COPD

Índice COPD: Según la OMS, 2007, se suma las piezas dentarias que presentan lesiones con caries incipientes o avanzadas, los dientes con material de restauración que no presenten recidiva alguna, es decir desprendimiento de alguna parte de este material, o las piezas dentarias ausentes en la boca, las cuales tuvieron que ser extraídas por caries.

Pieza dentaria que presenta caries (C) es el diente que presenta falta de continuidad, es decir hay pérdida de tejido dentario de una pared, de varias paredes o del piso que forma parte del diente, además si presenta tejido dentario reblandecido, cabe señalar que, si aquella pieza dentaria presenta o contiene en su interior un material de restauración provisional, se considerara como un diente sano. Pieza dentaria con material de restauración (O) es aquel diente que

contiene una o más paredes con restauraciones definitivas y que no presenta recidiva, es decir desprendimiento de dicho material colocado, y no hay presencia de caries en el resto de la superficie dentaria. Pieza dentaria ausente en boca debido a caries (P), al realizar el odontograma y visualizar de manera directa la ausencia de un diente que no se encuentra en su alveolo correspondiente, se le pregunta al paciente o estudiante las causas de la exodoncia de dicha pieza dentaria, de esta manera se identifica como extraído como consecuencia de una destrucción coronaria, o que presentaba un daño profundo, se produjo porque la caries dentaria avanzó hasta donde estaba ubicada la pulpa, causando gran daño e infección, pero que no se pudo realizar a tiempo el tratamiento de conductos para salvar ese diente.

Asimismo, si una pieza dentaria contiene material restaurativo y además presenta recidiva de caries, debido a que no se limpió completamente el tejido contaminado o por otros factores, se le considera como pieza con presencia de caries, se considera diente ausente al que no se encuentra en la boca después de tres años de su tiempo normal de erupción; la tercera molar y las piezas dentarias con presencia de sellantes en sus fosas y fisuras no se considera para esta evaluación, si al realizar el examen bucal están presentes tanto el diente temporal como su sucesor permanente, se clasificará solamente la condición del diente permanente, asimismo, no se consideran para este indicador los dientes supernumerarios, dientes fracturados, malformados, pilares de puentes o restaurados por indicación que no sea a consecuencia de caries, si un diente fue extraído por cualquier razón que no sea caries, no forma parte del indicador. Mientras sea menor el resultado del COPD obtenido, menor será la experiencia de caries de los participantes, es decir, menor será el daño producido por la caries dental en los dientes del individuo, Prenoc (1999, p.68).

Enfermedades que afectan al periodonto

Para Genco y Williams(2011) la gingivitis es la inflamación gingival asociada a la acumulación de bacterias debido a la presencia de la película dentobacteriana y también por cálculos, es una enfermedad muy común, puede evolucionar a una periodontitis, donde hay pérdida de hueso alveolar e inserción clínica, los

antígenos bacterianos y sus productos metabólicos (endotoxinas) estimulan las células epiteliales que provocan una inflamación localizada, presentándose en el lugar del edema células inflamatorias y citoquinas, enzimas y antígenos, así como también se da una respuesta de anticuerpos (pp.6-7).

De acuerdo con Guedes-Pinto, Bonecker, y Martins (2011), la primera característica de la gingivitis en una persona adulta es el sangrado al sondaje, en el niño la primera característica clínica que se presenta es la inflamación y el color alterado, pero al avanzar la gingivitis surge el sangrado al sondaje, el que también con el tiempo se hace espontáneo, en el niño, así como en los adultos, el principal factor que causa la gingivitis es la falta de higiene bucal (pp.155-156).

Es la alteración que afecta a los tejidos que dan soporte a los órganos dentarios, que perjudica la zona de la gingiva, la mayoría se manifiestan porque hay edema y enrojecimiento, que se pone de manifiesto por la presencia de lesiones inflamatorias gingivales, con formación de una bolsa periodontal, que lleva a la pérdida de hueso alveolar y la del diente, su principal causa es infecciosa, por la presencia de la placa bacteriana, la cual permanece en los dientes a causa de falta de higiene oral, Carranza (1996, p. 15).

Lindhe (1986) afirma que la gingivitis es una enfermedad muy común en niños, especialmente se manifiesta a partir de 6 años de edad hacia adelante, no hay pérdida de hueso alveolar ni de encía adherida, causada por bacterias patogénicas que se reproducen con gran facilidad y rapidez, se manifiesta con el enrojecimiento de la superficie que rodea a los dientes, cambios clínicos en la textura y forma del tejido conectivo, producto de una mala higiene oral, depósito continuo de materia alba, tiempo, dieta azucarada (pp.59-68).

Pautas y recomendaciones a seguir para el diagnóstico gingival

Para establecer el diagnóstico es necesario determinar con precisión los criterios clínicos que lo ayudan a valorar y se utilizan para el índice gingival de Loe y Silness (Loe y Silness, 1963). Las piezas dentarias para ser evaluadas según los autores son seis en total, tres piezas por cada arcada tanto superior como inferior, así tenemos al diente incisivo central izquierdo, la primera premolar izquierda y a

la primera molar derecha, todas estas ubicadas en la zona superior de la boca, y tenemos al incisivo central derecho, a la primera premolar derecha y primer molar izquierdo en el nivel inferior de la boca; y se evaluará por los cuatro lados de cada diente : distal (lado opuesto al mesial), vestibular (la zona que está por delante, cercana a los labios), mesial (la que está cercana a la línea media de la boca) y palatino (zona que esta por atrás del diente, es el área que colinda con el paladar en el área superior y colinda con la lengua en la región inferior). De esta manera, obtendremos las mediciones correspondientes para cada persona, el cual usaremos como resultado del estado de las encías para toda la boca, Prenoc (1999, p.94).

Criterios clínicos para el diagnóstico gingival

Para realizar la valoración de una encía que no presente hinchazón ni anomalías, es necesario conocer las características clínicas de una encía normal, en cuanto a su color normal es rosa pálido (casi rosado), en personas de tez oscura, se torna ligeramente azulada, el tamaño de la encía normal es con borde cortado a filo de cuchillo, su aspecto es de puntilla, su consistencia es firme y no hay sangrado ni hemorragia durante el ingreso de la sonda periodontal.

Las características clínicas para una encía inflamada son: su color peculiar es rojo, presenta aumento de tamaño, es decir hay hinchazón del área, su aspecto es liso, la consistencia durante la palpación es depresible, hay presencia de sangrado y hemorragia espontánea durante el sondaje periodontal, Prenoc (1999, p.67).

De acuerdo a la OMS, para evaluar el estado gingival será necesario utilizar el índice gingival con ayuda de una sonda periodontal para el examen. Para poder obtener los resultados de la presencia de inflamación de las encías que rodean a las piezas dentarias, se deben tomar en cuenta ciertas pautas y criterios, es necesario usar además una puntuación por lo cual 0 será para distinguir a una encía con características clínicas normales y 1 a una encía que presenta cambio de color, edema, brillo, enrojecimiento, hemorragia durante el sondeo periodontal o hemorragia espontánea (Loe y Silness, 1964).

Higiene oral

Según Barrancos (2006) la higiene bucal permite el control de enfermedades orales, ya que facilita la eliminación de residuos alimenticios y con ello contribuye con la remoción de bacterias, permitiendo el control de microorganismos en la cavidad bucal, para esto es necesario realizar una adecuada limpieza diaria desde antes de la aparición del primer diente, se debe mantener limpias las encías, tejidos blandos y espacios situados entre una pieza dentaria y la siguiente, pues sino realizamos el protocolo de higiene y cuidado oral se permitirá la acumulación y proliferación de bacterias que causaran enfermedades orales, además debemos asistir periódicamente a la consulta dental, para que nos realicen la profilaxis y el destartraje , es decir es imprescindible la remoción de placa blanda y cálculos que muchas veces el cepillo no puede retirar.

Por los estudios realizados por Enrile (2009), la frecuencia de la higiene bucal debe ser tres veces al día, después de cada comida , agregada al uso del hilo dental, dentífricos ,colutorios orales, ya que esto permitirá que no se acumule ni se adhiera en los dientes la placa bacteriana, que ocasiona la caries, principalmente se recomienda higiene oral diaria ,poner énfasis en áreas de difícil acceso , entre diente y diente o zonas ubicadas entre diente y diente, es muy necesario no acostarse sin haberse cepillado los dientes, para prevenir la fermentación de los residuos de alimentos , ya que esto se incrementa por la noche (p.89).

Para mantener una limpieza óptima de los dientes se debe realizar el cepillado después de cada comida, lo que ayuda a desechar los residuos que quedan muchas veces adosados a las superficies dentarias y que si no se retira a tiempo son usadas por las bacterias para formar la placa bacteriana y hacer el proceso completo de destrucción del tejido que conforma cada pieza dentaria , también es necesario después de cada cepillado complementar la higiene haciendo uso del hilo dental para las zonas interproximales , se debe cepillar también la lengua ya que es un lugar donde se almacenan las bacterias impregnados en los desechos de alimentos y usar una sustancia antimicrobiana dos veces al día para complementar la limpieza bucal , lo que ayudará a mantener

el aliento fresco y también emplear este líquido antiséptico para enjuagar el cepillo dental por treinta segundos a fin de evitar la proliferación e incremento de los microorganismos que lesionan los dientes y tejidos (Jason et al.,2011) .

Índice O'Leary

Este índice es utilizado para medir la acumulación de la placa bacteriana, es necesario utilizar un colorante que es compatible con el tejido y componentes de la boca, el cual viene en dos presentaciones: en forma de una pastilla o también en forma líquida que se agrega a las zonas del diente y que después el paciente con ayuda de la lengua las dispersa por todas las superficies dentales y procede a enjuagarse la boca con agua, esta sustancia reveladora ayuda a encontrar la presencia de placa dental. Para registrar y determinar el índice de O'Leary se realiza marcando la superficie teñida sobre los diagramas de la ficha dental, resultará con puntaje 0 si hay ausencia de placa dental y puntaje 1 si hay presencia de placa dental sobre las superficies de los dientes, lo cual permitirá saber si el paciente o estudiante mantiene la higiene oral entre sus hábitos de limpieza, finalmente permite conocer el resultado que influye en el estado bucal el cual está en los niveles de bueno, regular o malo (OMS).

Características epidemiológicas de la enfermedad bucodental

A través de diferentes estudios se ha demostrado la prevalencia de enfermedades periodontales con mayor porcentaje en países del tercer mundo que en países industrializados La enfermedad periodontal con gran prevalencia en nuestro país y el mundo es la caries dental. Investigaciones al respecto en 1990 en algunos países latinoamericanos como República Dominicana, Argentina, Venezuela y Ecuador, señalaban que entre 85% y 97% de la población presentaba caries dental. El 60%-90% de los escolares de todo el mundo tienen caries (OMS). Asimismo, estudios informan incremento mayor en el número de superficies con caries dental en los niños de 2-6 años que consumen medicinas en jarabes azucarados (Bordoni, Escobar y Castillo, 2010).

Por las investigaciones hechas para conocer las estadísticas de las afecciones que alteran la encía, la gingiva, el hueso alveolar y los elementos que sirven de soporte a las piezas dentarias señalaron una gran incidencia que sobrepasa el 75%, esta realidad se presenta en muchos países, la mayoría de América Central y del Sur. El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo (OMS, 2015). De acuerdo a las investigaciones realizadas por el Minsa, en nuestro territorio y llevado a cabo los años 2016-2017 resultó una incidencia de 76% de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad como consecuencia de una inadecuada higiene bucal y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de mal oclusiones es del 80%, adicionalmente la prevalencia de caries dental en niños menores de 11 años es de 85% , por todas estas estadísticas tan elevadas la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nos ha declarado en un país que necesita urgentemente adoptar estrategias que mejoren la salud bucal especialmente en niños de temprana edad.

Estrategias Sanitarias de Salud Bucal

Se ha creado mediante RM N° 649 – 2007 los procedimientos para prevenir, mejorar y fortalecer en cuanto a la Salud Bucal a nivel nacional (ESNSB), en agosto del 2007, emitiendo seis políticas:

Primera política: priorizar y fortalecer las intervenciones de promoción y prevención en salud bucal.

Segunda política: Desarrollo de la Atención Estomatológica según el modelo de atención integral de salud en el sistema de aseguramiento.

Tercera política: Consolidación del sistema único de información en salud oral en todo el territorio nacional.

Cuarta política: Fortalecer la oferta de atención estomatológica en todos los niveles de atención para ampliar la cobertura.

Quinta política: Adquisición y distribución de medicamentos e insumos estomatológicos estandarizados a nivel nacional.

Sexta política: Fortalecer la rectoría en salud bucal dentro del proceso de reforma y descentralización de la salud.

Por los estudios realizados por el Minsa (2015) ,se ha encontrado a través del tiempo y por las estadísticas, las cuales son altas, que la mayor afectación a la estructura de los componentes de la boca ,es la presencia de caries dental, seguida muy de cerca de lesiones que perjudican el periodonto, las encías, los huesos y elementos de soporte, que son la gingivitis y la periodontitis, ocasionadas principalmente por el descuido de la persona en tener hábitos de limpieza de sus dientes y un continuo control dental, sumado al sentimiento de temor a acudir a un consultorio de odontología para rehabilitar sus dientes dañados.

Debido a múltiples enfermedades que merman la salud dental y de acuerdo al diagnóstico de la situación de la población en general , se creó el Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020, el cual tiene como objetivo disminuir las enfermedades bucales, el índice CPOD, incluir a las gestantes en actividades de prevención dental, pues las enfermedades bucales afectan también el estado de nutrición del individuo, su calidad de vida ,su salud mental y su salud de forma general (Resolución Ministerial N° 516-2008, p.1-5).

Factores Determinantes en la Salud Oral

Dentro de los factores determinantes en la salud oral se tiene lo siguiente: a) placa bacteriana o biopelícula b) Detección de placa bacteriana c) Cepillado y remoción de la placa bacteriana

Placa bacteriana o biopelícula

Las biopelículas son un conjunto de microorganismos que se encuentran en el tejido bucal, pero frecuentemente presentes sobre las piezas dentarias , este conjunto de comunidades microbianas envían señales químicas para mantenerse comunicadas entre si y obtener información sobre su entorno para alterar la expresión genética y obtener ventaja sobre otras bacterias, están envueltos en un

material polimérico orgánico de origen bacteriano, para abundar en número y crecimiento (Rinaudi y González , 2009).

La constitución de la placa también se ve facilitada por la producción de múltiples bacterias extracelulares que permiten la adhesión celular; entre estos destacan los estreptococos, que sintetizan polímeros a partir de la sacarosa , lo cual facilita la producción de polímeros extracelulares bacterianos, que permiten la adhesión celular ,las que también se desarrollan por la proliferación de colonias pioneras y están en las diversas partes anatómicas de la pieza dentaria, que presentan la aglomeración y acumulación de bacterias de la misma especie o de otras, que generalmente permiten uniones entre diferentes especies (Scheie,1994).

Detección de placa bacteriana

La mayoría de la población realiza el cepillado dental por solo dos minutos, pero este tiempo es insuficiente ya que solo removerá una parte de la placa, para brindar un mayor control de placa dental, se aplican sustancias reveladoras sobre los dientes, una vez que se puede observar la placa, se mide a través indicadores diseñados para determinar aproximadamente la acumulación de la misma en los dientes, Corchuelo (2015).

El agente revelador es un material que contiene colorante y que ayuda en la detección a través de la tinción, su presentación es en forma líquida o en tabletas, se usan en consultorios dentales, el paciente lo puede usar en su domicilio, es una gran ayuda en los programas de higiene oral. Un agente revelador ideal debe tener las siguientes características: No ser tóxico, tener un sabor agradable, debe ser fácil de eliminar de dientes, labios y lengua al enjuagar, brindar contraste de color con dientes y tejidos blandos, ser económico (Castillo, Milgrom, Kharash e Izutsu,2001)

Para detectar la placa bacteriana (publicaciones didácticas) se utiliza el espejo y sonda exploradora cuando está en grandes cantidades, pero para pequeñas cantidades es necesario la utilización de los marcadores de placa, para identificarla, ayudan al paciente para hacer un control de placa dental, tipos de

marcadores de placa: líquidos, contienen eritrosina, ayudan a teñir las zonas con placa dentaria, son aplicables con algodón y pastillas, se caracteriza porque el paciente disuelve la pastilla durante unos minutos en la boca, se le debe dar al paciente un espejo para que el mismo vea y así tome conciencia y ponga mayor voluntad y énfasis a su tratamiento manteniendo en su casa una adecuada higiene bucal (p.156).

Para Bordoni, Escobar y Catillo (2010) es una materia alba que no tiene color, que se encuentra sobre las superficies dentinarias y está conformada por colonias de microorganismos, se debe señalar que en sus etapas de inicio no pueden ser vistos a simple vista, por esto es necesario el uso de sustancias marcadoras, las que una vez aplicadas colorean las regiones donde existe placa dental aferrada al diente (p. 151).

Cepillado y remoción de la placa bacteriana

Por los estudios de Loscos, Aguilar, Cañamas e Ibañez (2005) señalan al cepillado como el procedimiento con mejores resultados para la eliminación mecánica de la placa dental, la que se realiza la persona en su hogar, usando sus capacidades motoras y sus sentidos, es una norma de higiene para mantener el buen estado de salud oral (p.44).

Para un correcto cepillado dental, se debe realizar en por lo menos cinco minutos, para saber si estamos en el tiempo adecuado, se debe utilizar un controlador de tiempo, ya que la mayor parte de los adultos no se cepillan en el tiempo señalado, lo cual no garantiza un adecuado cepillado, se debe hacer movimientos cortos y suaves, siguiendo los bordes de la encía, poniendo mayor atención en los dientes posteriores de difícil acceso y las zonas dentarias que tengan obturaciones, coronas , prótesis y otras piezas dentarias con rehabilitación (Marcelino,2011,p.3).

Hay muchas técnicas de cepillado dental como: frotación, Barrido, Bass, Stillman, Stillman modificada, Fones, Charters, aún está en investigación la técnica que sea superior, aunque la técnica de frotación no alcanza a limpiar el surco gingival ni las zonas interdetales en comparación con las otras técnicas ,

está recomendada para niños pequeños, los cuales aún no tengan erupcionado ningún diente en boca, ya después de la presencia de piezas dentarias, se les motiva a aprender otra técnica de cepillado (Cisneros y Hernández,2011).

Cepillos Dentales.

Es un dispositivo dental muy importante, está formado por varias partes, una de ellas son los filamentos, la eficacia limpiadora de este elemento del cepillo depende de su consistencia y firmeza ,pero es necesario que al desgastarse sea cambiado y el tiempo de duración es un periodo de tres meses como máximo, el uso del cepillo es imprescindible para mantener una boca sana ,ya que ayudan a desechar los restos de alimentos y a que no se forme la placa dental en las superficies dentinarias (Arteagoitia y Diez ,2002, p. 69).

Bezerra (2008) señala que se debe eliminar las bacterias del cepillo todos los días, para prevenir la formación de bacterias, se debe lavar después de cada uso, secarlo y pasarlo con un antiséptico en spray o sumergirlo en clorhexidina que es un antimicrobiano, luego proceder a guardarlo en un lugar seco, ya que al colocarlo en un lugar de condiciones inadecuadas por ejemplo lugares con humedad se contaminará con la presencia de microorganismos causantes de la caries los que se insertan con firmeza en las cerdas del cepillo donde se propagan (pp.81-85).

El cepillo dental es un elemento importante y de mucha utilidad para la higiene bucal, de acuerdo con la American Dental Association (ADA), los cepillos deben ser reemplazados cada 3 meses, por la deformación que por el uso y el tiempo sufren las cerdas, sino también por la pérdida de la flexibilidad y por las colonias de bacterias que se acumulan en ellos.

Importancia de la Salud Bucal

Es de vital importancia en las revisiones odontológicas la detección y cuantificación de placa bacteriana para poder dar recomendaciones terapéuticas con el objeto de sensibilizar sobre el cuidado oral al paciente. Estas recomendaciones están dirigidas sobre todo a conseguir un control eficaz de la

placa mediante instrucciones de higiene oral, y de este modo evitar la aparición de caries y enfermedades periodontales.

Los índices de placa constituyen un indicador para cuantificar la placa bacteriana, puesto que, a mayor cantidad de placa bacteriana, mayor será el índice y se asocia asimismo con una higiene deficiente de los pacientes la misma que se debe corregir, entre los índices de placa más utilizados, tanto a nivel epidemiológico como clínico, se encuentran el de OLeary.

Se le debe recomendar a los progenitores o al cuidador del menor a una adecuada higiene oral y la visita periódica a la consulta odontológica para tratamientos de prevención, las que deben empezar desde la aparición de su primer diente en boca, así el niño se sentirá en confianza y percibirá que el consultorio dental forma parte de su rutina, ya que cuando acuden por dolor y no lo han hecho antes, perciben el ambiente con miedo, además que un tratamiento especializado dura varias citas y en la mayoría de veces es doloroso . La institución educativa es el lugar apropiado para desarrollar programas de prevención y es en esa etapa donde se crea hábitos y conductas que influirán de manera significativa en la salud del individuo a lo largo de su vida y es en esta etapa donde el estado debe poner más énfasis, ya que la escuela es el segundo hogar donde se imparte conocimientos.

1.4. Formulación del Problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018?

Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es la relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018?

Problema específico 2

¿Cuál es la relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018?

Problema específico 3

¿Cuál es la relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018?

1.5. Justificación del estudio

1.5.1. Justificación Teórica

En la justificación teórica se tiene como finalidad investigar para promover y buscar la meditación, la concientización, la controversia, los puntos e ideas coincidentes sobre una serie de hechos e información existente, alegar sobre otras teorías, confrontar resultados y debatir sobre los conocimientos y filosofías de estudios anteriores con los obtenidos (Bernal ,2010, p. 106).

El miedo al tratamiento en odontología puede afectar la salud bucal seriamente ,porque la mayoría de los pacientes influenciados por amigos, familiares y personas de su entorno evitan las citas, poniendo muchas excusas o simplemente dejando de asistir a sus tratamientos ya programados , por esto hay estadísticas elevadas de problemas en el estado bucal , especialmente en escolares , la cual se incrementa con el correr del tiempo, por ello este estudio busca analizar los factores que han provocado este gran problema para brindar opciones y una serie de medidas a seguir, que abarque a los profesionales cirujanos dentistas, a los maestros, los padres de familia, a las instituciones tanto públicas como privadas y a los propios pacientes.

El presente estudio permitirá aportar información sobre el miedo dental, y si este guarda relación con la salud bucal de los niños, a fin de conocer la relación mencionada como determinante de la salud bucodental.

1.5.2. Justificación Práctica

Esta investigación contiene justificación práctica porque su estudio permite brindar diversas posibilidades que al ser puestas en práctica las necesidades y los

conflictos sean resueltos, además que contribuye a dar pautas y estrategias para su ejecución en la búsqueda de la resolución de problemas .Los estudios de investigación de pregrado y posgrado, en el campo de las ciencias económicas y administrativas en general son de carácter práctico o bien describen o analizan un problema o plantean estrategias que podrían solucionar problemas reales si se llevaran a cabo (Bernal ,2010, p. 106).

El presente estudio busca dar a conocer los niveles del miedo a la atención odontológica y describir los aspectos que la determinan como son el trato humano al paciente que incluye los ítems: que el dentista este de mal humor, que me regañe, que sea maleducado, brusco o que atienda a muchos pacientes a la vez. Mala praxis profesional, que incluye los ítems: que me rompa los labios con algún instrumento, que me lastime la boca, equivocarse al poner la anestesia, o por cualquier mal procedimiento ocasione sangrado de la boca. Aspectos inherentes que incluye: que me duerma la boca o inyecte las encías y Aspectos no profesionales que incluyen: la limpieza y orden que hay en el consultorio, que tenga mal aliento el odontólogo y que demore para atender al paciente. Es fundamental conocer los niveles del miedo para saber el manejo de conducta del paciente y mejorar el concepto negativo que tiene y no contribuir con errores por causa de impericias del profesional a que el temor que ya siente el paciente se acreciente y le afecte aún más, a tal punto que desista de acudir a su tratamiento, ya que está estrechamente vinculado con el estado de salud oral, lo que se busca es contribuir con la disminución del miedo al tratamiento de los dientes y de esta manera encontraremos disminución en cuanto a los altos porcentajes de caries, salud gingival e índice de higiene oral, brindando atención adecuada y favorable durante la visita al consultorio.

1.5.3. Justificación Metodológica

La justificación metodológica se refiere porque gracias a esta investigación se dan a conocer nuevas informaciones, métodos, estrategias, de la cual se obtiene conocimientos novedosos con validez y confiabilidad (Bernal ,2010, p. 107).

En este estudio las técnicas, los métodos, los procedimientos y los instrumentos adecuados se validan para medir el nivel de miedo dental y el

estado de salud oral, los cuales contribuirán a investigaciones futuras, los resultados permitirán establecer una base de datos que permita el análisis de esta relación y el establecimiento del miedo como determinante para la salud dental.

1.6. Hipótesis

1.6.1 Hipótesis general

Existe relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

1.6.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1.

Existe relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

Hipótesis específica 2.

Existe relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

Hipótesis específica 3.

Existe relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar el nivel de miedo a la consulta odontológica y su relación con el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

1.7.2. Objetivos específicos

Objetivo específico 1

Determinar el nivel de miedo a la consulta odontológica y su relación con la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

Objetivo específico 2

Determinar el nivel de miedo a la consulta odontológica y su relación con el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

Objetivo específico 3

Determinar el nivel de miedo a la consulta odontológica y su relación con la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

II. Método

2.1. Tipo de investigación

El método de esta investigación fue el hipotético deductivo, puesto que parte de preguntas iniciales de investigación, se derivaron aseveraciones en calidad de hipótesis y buscaron refutar las hipótesis, deduciendo conclusiones que se confrontaron con los hechos (Bernal, 2010, p.60).

Según su finalidad es básica porque se encargó de contrastar teorías, su objetivo es explicar y predecir los fenómenos (Valderrama 2013, p.62).

Esta investigación se desarrolló a través del enfoque cuantitativo (Hernández, et. al, 2015) porque es un conjunto de procesos, una serie de secuencias que pueden ser probadas, donde el orden es riguroso, parte de una idea, de donde se derivan objetivos y preguntas de investigación, se elabora una perspectiva teórica en función de teorías preexistentes revisadas y en función de ellas se establecen las hipótesis, variables y dimensiones, para medir las variables, se analizan los datos obtenidos empleando la estadística, para finalmente emitir conclusiones (p. 4).

Diseño de investigación

Es una investigación no experimental, porque el estudio se realizó de manera objetiva sobre la variable planteada observando el hecho expuesto para sus análisis, sin manipulación de las variables (Hernández, et al.,2015, p.162).

Asimismo, correlacional, porque este estudio tuvo como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos o variables de la muestra, para esta investigación se analizó la correlación entre el miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA “Javier Heraud” del distrito de San Juan de Miraflores (Hernández, et. al, 2015, p. 93).

El alcance de la investigación fue transversal porque se estudió un aspecto de desarrollo de los sujetos en un momento dado (Valderrama 2013, p.62).

El gráfico característico de este diseño es el siguiente:

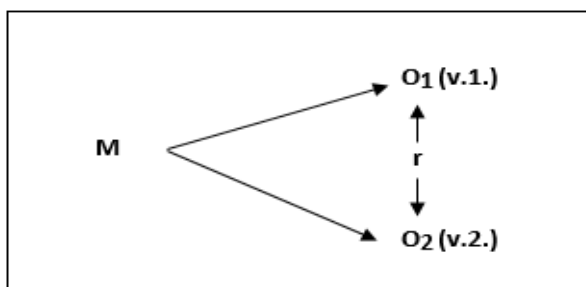


Figura 1. Diagrama del diseño correlacional

En donde:

M= Muestra de Investigación

$O_1(v.1.)$ = Observación de la variable 1: Miedo a la consulta odontológica

$O_2(v.2.)$ = Observación de la variable 2: Estado bucal

r = Relación existente entre las variables de investigación: miedo a la consulta odontológica y estado bucal

2.2. Variables, operacionalización.

2.2.1. Miedo a la consulta odontológica

Definición conceptual

Navarro y Ramírez (1996) definió al miedo a la atención odontológica como: un patrón multidimensional y aprendido de comportamientos que resulta negativo en relación al tratamiento odontológico (p. 166).

Definición operacional

La variable miedo a la consulta odontológica se midió a través de un cuestionario de 20 ítems, plantea cuatro dimensiones que son: (a) trato humano al paciente, con seis ítems; (b) mala praxis profesional, con siete ítems; (c) aspectos inherentes, con cuatro ítems; (d) aspectos no profesionales, con tres ítems; con respuesta tipo Lickert, con una escala de valores de 0= sin miedo, 1 = poco

miedo, 2= ligeramente, 3= moderadamente, 4= mucho miedo y 5= muchísimo miedo.

Tabla 4.

Operacionalización de la variable Miedo a la Consulta Odontológica

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y rango
Trato humano al paciente	Atención odontólogo	13, 14, 15,		
	Atención personal	16, 17, 18		
Mala praxis Profesional	Seguridad	6, 8, 9, 10,	(0) Sin miedo (1) Poco miedo	Miedo Nulo (0-33)
	Daño físico	11, 12, 20	(2) Ligeramente (3) Moderadamente (4) Mucho miedo	Miedo Moderado (34-67) Miedo Alto (68-100)
Aspectos Inherentes	Al tratamiento Al paciente	1, 5, 7, 19	(5) Muchísimo miedo	
Aspectos no profesionales	Odontólogo Consultorio Atención	2, 3, 4		

Fuente: Adaptada de Navarro y Ramírez (1996).

2.2.2. Salud Bucal

Definición conceptual

La Salud Bucal, según la OMS, es la ausencia de dolor, de las alteraciones durante el desarrollo embrionario y fetal del individuo que deforman el paladar o los labios, enfermedades que afectan a la encía, que atacan y desmineralizan los dientes provocando su pérdida y de otras estructuras que impiden su funcionamiento adecuado (p.1).

Definición operacional

La variable estado bucal plantea tres dimensiones que son: (a) experiencia de caries con indicador presencia de caries; con valores de si (1) = dientes cariados, no (0) = dientes sanos, (b) estado gingival, con indicador de inflamación gingival; con valores de si (1) = presencia de inflamación, no (0) = ausencia de inflamación (c) higiene oral, con presencia de placa; con valores de si (1) = presencia de placa dental, no (0) = ausencia de placa dental.

Tabla 5.

Operacionalización de la variable Estado Bucal

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles y rango
Experiencia de caries	Presencia de caries	1	si(1)=dientes cariados no(0)=dientes sanos	Buen estado bucal (0)
Estado gingival	Inflamación Gingival	2	si(1)=presencia de inflamación no(0)=ausencia de inflamación	Regular estado bucal (1-2) Mal estado bucal (3)
Higiene Oral	Presencia de placa dental	3	si(1)=presencia de placa dental no(0)=ausencia de placa dental	

Fuente: Adaptado de la OMS (2007).

2.3. Población y muestra

Población

La población la constituyó el universo de estudio, para esta investigación fue una población finita, para Hernández, et al. (2015), la población se define como toda la colectividad, es el conjunto el cual se va a estudiar y presentan atributos comunes

los cuales sirven al estudio y arrojan los datos de investigación, en tal sentido debe establecerse en función a “sus características de contenido, de lugar y en el tiempo” (p. 174). Por ser una población pequeña se trabajó con el total de la misma y estuvo conformada por un total de 102 estudiantes de CEBA “Javier Heraud”, del distrito de San Juan de Miraflores, Lima.

Criterios de Inclusión

Se consideró como criterios de inclusión, a los estudiantes que hayan recibido tratamiento dental, estudiantes de ambos sexos, aquellos que aceptaron participar de la encuesta y estudiantes de 12 a 18 años de edad.

Criterios de Exclusión

Se excluyó a los estudiantes que presentaron alguna alteración física, psicológica o cognitiva, que les impidieran realizar la encuesta, estudiantes que no quisieron participar en la encuesta, aquellos quienes no respondieron a todas las preguntas del cuestionario, estudiantes que estuvieron con tratamiento de Ortodoncia, usando aparatología o brackets, o quienes presentaron patologías o tumoraciones en la cavidad oral.

Muestreo

El muestreo fue no probabilístico intencional, según Hernández, et al. (2015) porque es una cuidadosa y controlada elección a criterio del investigador de elementos con ciertas características, especificadas previamente en el planteamiento del problema (p.190).

Para Kinnear y Taylor (2000), el muestreo fue no probabilístico intencional porque el elemento se selecciona debido a su fácil disponibilidad, según el experto considera que esos elementos contribuyen en particular a responder la pregunta de investigación inmediata (p.406).

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En cuanto a la técnica para la medición de la variable miedo a la consulta odontológica se utilizó la encuesta, que según Hernández, et al., (2015), es un

procedimiento basado en una serie de preguntas, aplicadas a un buen número de individuos , se emplean formularios cuyo contenido son indagaciones sobre temas específicos , las cuales contienen alternativas y que son efectuadas de manera presencial e individual ,por teléfono ,a través de mensajería , los cuales nos permiten conocer sobre calidad de vida, modos, costumbres, usos, características específicas, gustos, sentimientos, cultura, sensaciones, instrucción en una institución, organización o población .

Para la variable Estado Bucal se empleó el método de observación directa, ya que se evaluó la salud oral de los estudiantes, mediante una historia clínica odontológica según Álvarez-Gayuo (2009), es una técnica donde el que investiga hace uso de todos sus sentidos para recopilar los datos que se necesitan para el estudio (p.103).

El instrumento utilizado fue el cuestionario, para Bernal, 2010, es una técnica de recolección de información más usada, una serie de preguntas que se utilizan para obtener información (p.194). Según la técnica del estudio realizado, el instrumento para medir la variable miedo a la consulta odontológica fue el cuestionario de Pal-Hegedus y Lejarza, que son de 20 preguntas.

El instrumento que se usó para la variable Estado Bucal fue el odontograma para la dimensión experiencia de caries, el índice gingival de Loe y Sillnes para la dimensión índice gingival y el índice de Oleary para la dimensión higiene oral.

Ficha Técnica del instrumento Miedo a la Consulta Odontológica

Nombre:	Cuestionario de miedos dentales CMD-20
Autor y Año:	Pal-Hegedus y Lejarza, 1992
Procedencia:	Costa Rica
Institución:	Universidad Cesar Vallejo
Universo de Estudio:	CEBA Javier Heraud
Nivel de Confianza:	95.0 %
Margen de error:	5.0%
Tamaño maestral:	102 estudiantes

Tipo técnica: El cuestionario que fue aplicado a cada estudiante, no es una prueba de uso colectivo. Puede ser aplicado a cualquier estudiante cuya edad fluctúen entre los 12 a 18 años.

Tipo de instrumento: Es una encuesta que permitió conocer el nivel de miedo que los estudiantes manifiestan sentir cuando acuden a la consulta odontológica, en relación a unas preguntas establecidas por sus indicadores, determinando si el nivel es muy alto medio o no tiene miedo.

Fecha trabajo de campo: Junio 2018

Escala de medición: A través de una encuesta confeccionada para los estudiantes que pertenecen a CEBA, Javier Heraud, la encuesta contiene 20 preguntas cuyas valoraciones son: sin miedo = 0, poco miedo = 1, Ligeramente = 2, moderadamente =3, mucho miedo =4, muchísimo miedo = 5.

Tiempo utilizado: El tiempo de duración para desarrollar el cuestionario fue de un tiempo aproximado de 20 minutos.

Baremación

Para la baremización se consideraron las puntuaciones típicas transformadas a escalas, las que se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6.

Baremo de la variable Miedo a la consulta odontológica

Rango	Miedo a la consulta odontológica	Trato humano al paciente	Mala praxis profesional	Aspectos inherentes	Aspectos no profesionales
Nulo	0 - 33	0 - 10	0 - 12	0 - 7	0 - 5
Moderado	34 - 67	11 - 20	13 - 24	8 - 14	6 - 10
Alto	68 - 100	21 - 30	25 - 35	15 - 20	11 - 15

Ficha Técnica del instrumento Estado Salud Bucal

Nombre:	CPOD, Índice Gingival e Índice de Oleary
Autor y Año:	Klein, Palmer y Knutson, 1938, Loe y Silness 1963.
Procedencia:	Estados Unidos
Institución:	Universidad Cesar Vallejo
Universo de Estudio:	CEBA Javier Heraud
Nivel de Confianza:	95.0 %
Margen de error:	5.0%
Tamaño maestral:	102 estudiantes
Tipo técnica:	La observación directa fue aplicada a cada estudiante, cuyas edades fluctuaron entre los 12 a 18 años.
Tipo de instrumento:	Se empleó la ficha bucodental, donde está el odontograma, el índice gingival y el registro de limpieza de los dientes, que permitió conocer el estado de salud bucal de cada estudiante.
Fecha trabajo de campo:	Junio 2018
Escala de medición:	A través de una ficha bucodental confeccionada para los estudiantes que pertenecen a CEBA, Javier Heraud, la cual contiene el odontograma, el registro de la condición de las encías y el registro de higiene oral, cuyas escalas están comprendidas por bueno = 0, regular = 1 y malo= 2.
Tiempo utilizado:	El tiempo de duración para el llenado de la ficha bucodental fue de un tiempo aproximado de 15 minutos.

Baremación

Para la baremización se consideraron las puntuaciones típicas transformadas a escalas, las que se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7.

Baremo de la variable Estado Bucal

Rango	Estado bucal	Experiencia de caries	Estado gingival	Higiene oral
Bueno	0	si(1)=dientes	si(1)=presencia de	si(1)=presencia de
Regular	1-2	cariados	inflamación gingival	placa dental
Malo	3	no(0)=dientes sanos	no(0)=ausencia de inflamación gingival	no(0)=ausencia de placa dental

2.4.2. Validez y confiabilidad.

La validez es el “grado en que un instrumento realmente mide a la variable que pretende medir” (Hernández, et al.,2015). La validez de un instrumento básicamente busca demostrar cuan exitoso y eficiente es un instrumento en la medición de un constructo que está diseñado a evaluar (p.200).

Para determinar la validez del instrumento de la variable miedo dental se tomó de la validación hecha con anterioridad por juicio de expertos, descrita en la tabla 8, concerniente a la pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia de cada uno de los ítems, en el caso del instrumento.

El estado bucal se sometió a consideraciones de juicio de expertos. Según Hernández, et al. (2015), el juicio de expertos consiste en preguntar sobre el instrumento a personas expertas acerca de la pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia de cada uno de los ítems.

Tabla 8

Prueba de validez del instrumento de variable miedo a la consulta odontologica

Experto	Especialidad	Opinión
Mg. Vega Guevara Miluska	Metodólogo	Aplicable
Mg .Ramírez Auris Nelly	Temático	Aplicable
Mg. Rivera Castillo Samuel	Temático	Aplicable

Fuente:

Certificados de Validez, en Aguilar (2017).

Tabla 9

Prueba de validez de instrumento de variable Estado Bucal

Experto	Especialidad	Opinión
Mg. Reyes Saberben Jorge	Metodólogo	Aplicable
Mg .Palian Pucumucha Raúl	Temático	Aplicable
Mg. Tito Camones Efraín	Temático	Aplicable

Fuente: Certificados de Validez.

Las tablas 8 y 9 muestran que para los expertos los instrumentos para cada variable son aplicables por contener ítems pertinentes, relevantes, claros y suficientes para garantizar la medición de cada una de ellas.

Confiabilidad del instrumento

Según Hernández, et al (2015), “es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes” (p.200).

Tabla 10

Estadístico de fiabilidad de la variable: Miedo a la consulta odontológica

Variable	Alfa de Cronbach	N° de Ítems
Miedo a la consulta odontológica	0,875	20

Fuente: Resultados SPSS-V 22.

Para la variable Estado Salud Bucal, no se requiere de confiabilidad, puesto que el instrumento a utilizar será a través de odontogramas, historias clínicas de índices ya establecidos, los cuales son utilizados por el Ministerio de Salud a nivel nacional.

2.5. Métodos de análisis de datos

A través de una solicitud se pidió autorización a la institución correspondiente, para dar inicio a la aplicación de los instrumentos en los estudiantes para ambas variables, se construyó la matriz de datos, donde se ingresó los valores según las escalas establecidas y se inició el análisis, para dar a conocer el informe final a través de los resultados, las conclusiones y recomendaciones, por lo cual se trabajaron bajo los siguientes pasos:

1er paso: Se elaboró la matriz de datos, para codificar e interpretar la información recogida, después de la aplicación de los cuestionarios y para hacer la comprobación de la dependencia entre el nivel de miedo al tratamiento odontológico y el estado bucal de los estudiantes del CEBA Javier Heraud, con una escala de valores de 0= sin miedo, 1 = poco miedo, 2= ligeramente, 3= moderadamente, 4= mucho miedo y 5= muchísimo miedo y con niveles de estado bucal de buen estado bucal=0, regular estado bucal=1-2 y mal estado bucal=3.

Posteriormente se totalizaron las respuestas por estudiante con la finalidad de ubicar cada puntaje en una escala diseñada para tal fin. Seguidamente se elaboró la base de datos en una hoja de cálculo Excel para realizar el procesamiento de los datos mediante el uso del paquete estadístico SPSS-V22.

2do paso: Para realizar la estadística descriptiva se empleó tablas de resumen de resultados, donde se señalaron las frecuencias y porcentajes de cada dimensión, apoyadas con gráficos de barras, los cuales son elementos que ayudarán a visualizar, mostrar y comprender si existe relación entre la variable miedo al tratamiento en odontología con respecto al estado bucal de los estudiantes y como las variables son de tipo cualitativa medidas en escala ordinal, para su análisis se apoyó en niveles y rangos lo cual permitió identificar cuál es el nivel predominante en las variables de estudio, asimismo se realizaron la tabla de contingencia, donde se hace el cruce entre las variables y sus dimensiones.

3er paso: Para el análisis e integración de los datos obtenidos, se los relacionó y comparó los datos obtenidos. Debido a que las variables fueron cualitativas, se empleó, para la contrastación de las hipótesis la prueba Rho de Spearman que es no paramétrica, esta prueba mide la magnitud de relación para

variables que requiere mínimamente de un nivel de cálculo ordinal, por lo que los individuos u objetos de la población puedan ordenarse por rangos.

2.6. Aspectos éticos

La presente tesis de investigación cumplió con los criterios establecidos por la Universidad César Vallejo, las que son señaladas según formato y se deben seguir en el proceso de investigación.

Se explicó a los estudiantes que participaron de forma clara y concisa el propósito y beneficios del estudio, además se les informó que el llenado de los cuestionarios es anónimo y los resultados de la ficha bucodental, por lo cual solo el investigador tiene acceso a dicha información, lo que garantiza su privacidad; después de lo cual se procedió a la firma del consentimiento informado.

La información obtenida en esta investigación fue recogida y la data procesada sin adulteraciones, con total veracidad, teniendo en cuenta la confidencialidad de datos de los estudiantes.

De la misma manera, se respetó la autoría de la información bibliográfica, por ello se hizo referencia de los autores con sus respectivos datos de editorial.

III. Resultados

3.1. Análisis Descriptivo

Tabla 8

Resultados hallados sobre la variable nivel de miedo a la consulta odontológica de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Miedo nulo	3	2.9%
Miedo moderado	52	51.0%
Miedo alto	47	46.1%
Total	102	100.0%

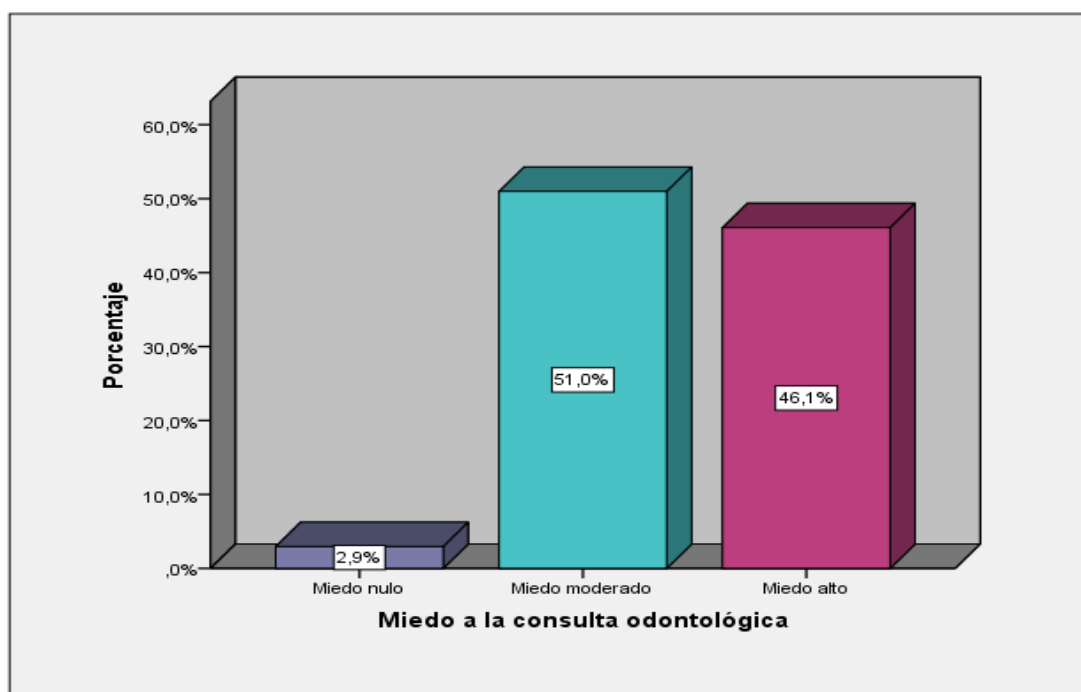


Figura 2. Resultados hallados sobre la variable nivel de miedo a la consulta odontológica de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 8 y Figura 2, el 51,0% de estudiantes presentaron un nivel moderado de miedo a la consulta odontológica, mientras que el 46,1% de estudiantes obtuvieron un nivel alto y un 2,9% de estudiantes presentaron un nivel nulo de miedo a la consulta odontológica. Por lo cual se expresa que existe un nivel moderado en cuanto al miedo a la consulta odontológica de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Tabla 9

Resultados hallados sobre el nivel de miedo al trato humano al paciente según los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Miedo nulo	4	3.9%
Miedo moderado	60	58.8%
Miedo alto	38	37.3%
Total	102	100.0%

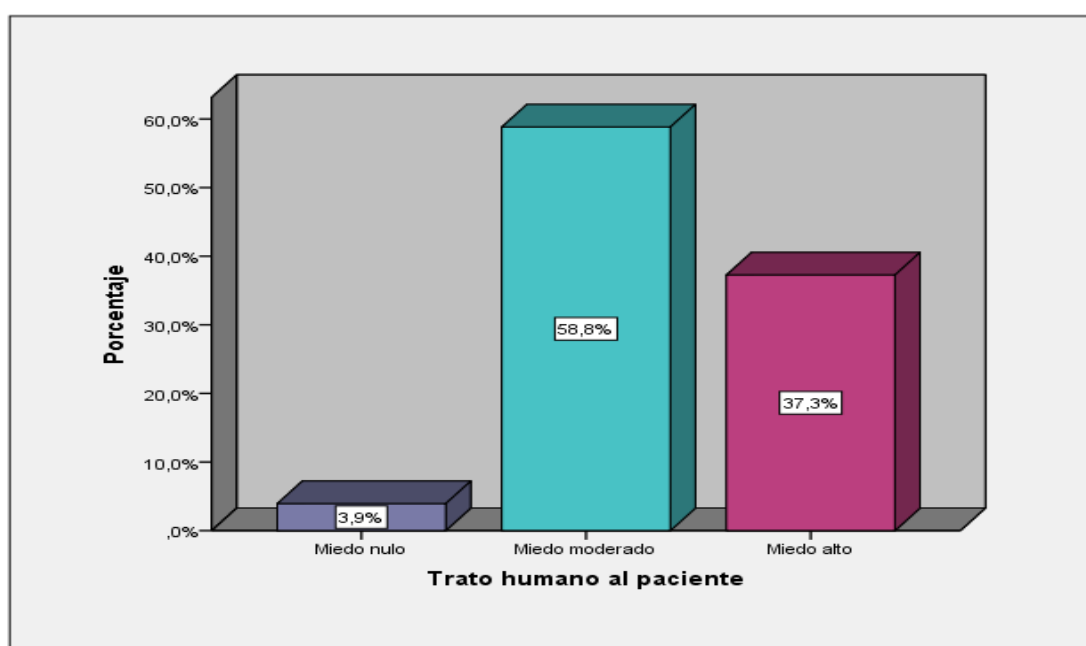


Figura 3. Resultados hallados sobre el nivel de miedo al trato humano al paciente según los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 9 y Figura 3 un 58,8% de estudiantes tuvieron un nivel moderado sobre el miedo al trato humano al paciente, mientras que el 37,3% de estudiantes presentaron niveles elevados de miedo en relación al trato humano al paciente y un 3,9% de estudiantes tuvieron un nivel nulo sobre el miedo al trato humano al paciente. Por lo cual se expresa que existe un nivel moderado en cuanto al miedo al trato humano al paciente de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Tabla 10

Resultados hallados sobre el nivel de miedo a la mala praxis profesional según los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Miedo nulo	3	2.9%
Miedo moderado	27	26.5%
Miedo alto	72	70.6%
Total	102	100.0%

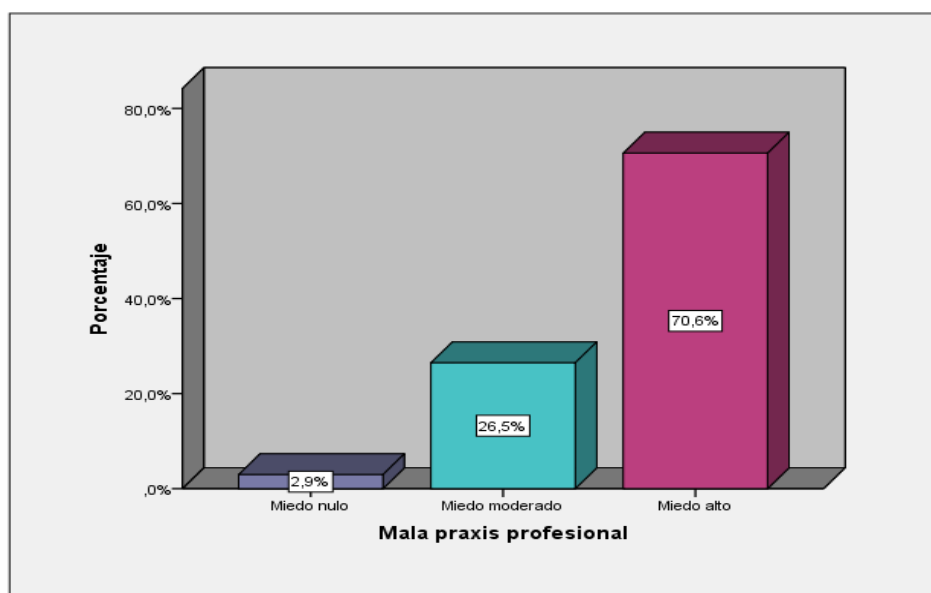


Figura 4. Resultados hallados sobre el nivel de miedo a la mala praxis profesional según los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 10 y Figura 4 un 70,6% de estudiantes tuvieron un nivel alto de miedo a la mala praxis profesional, mientras que el 26,5% de estudiantes presentaron niveles moderados de miedo a la mala praxis profesional y un 2,9% de estudiantes tuvieron un nivel nulo de miedo a la mala praxis profesional. Por lo cual se expresa que existe un nivel alto en cuanto al miedo a la mala praxis profesional de los estudiantes de CEBA Javier Heraud-Lima, 2018.

Tabla 11

Resultados hallados sobre el nivel de miedo a los aspectos inherentes según los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Miedo nulo	7	6.9%
Miedo moderado	42	41.2%
Miedo alto	53	52.0%
Total	102	100.0%

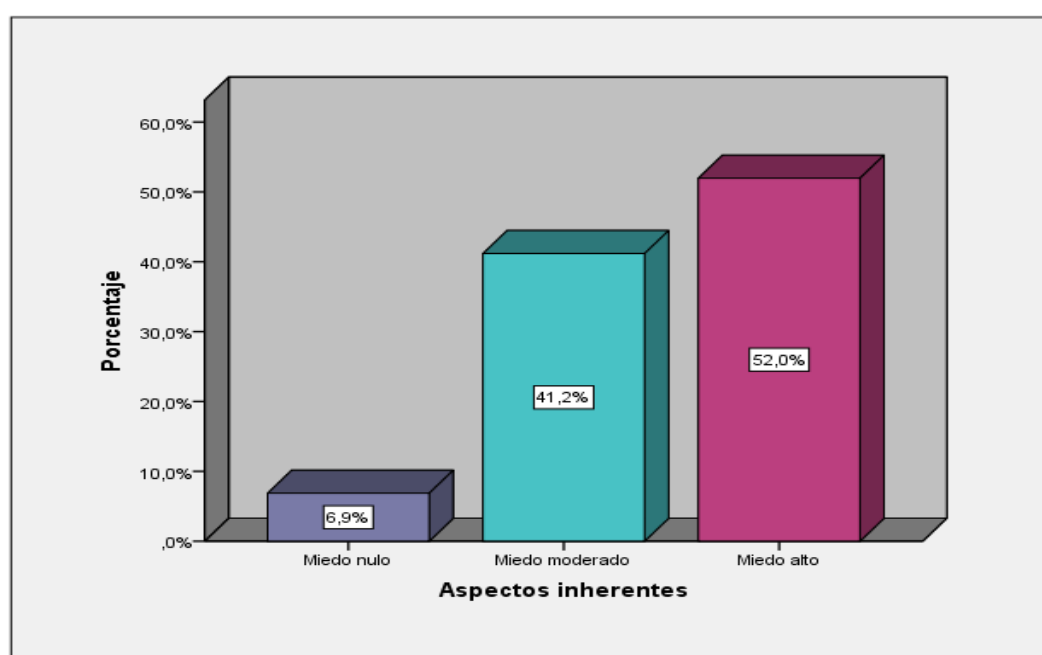


Figura 5. Resultados hallados sobre el nivel de miedo a los aspectos inherentes según los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 11 y Figura 5 un 52,0% de estudiantes tuvieron un nivel alto sobre el miedo a los aspectos inherentes, mientras que el 41,2% de estudiantes presentaron niveles moderados sobre el miedo a los aspectos inherentes y un 6,9% de estudiantes tuvieron un nivel nulo. Por lo cual se expresa que existe un nivel alto en cuanto al miedo a los aspectos inherentes por los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Tabla 12

Resultados hallados sobre el nivel de miedo a los aspectos no profesionales según los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Miedo nulo	5	4.9%
Miedo moderado	81	79.4%
Miedo alto	16	15.7%
Total	102	100.0%

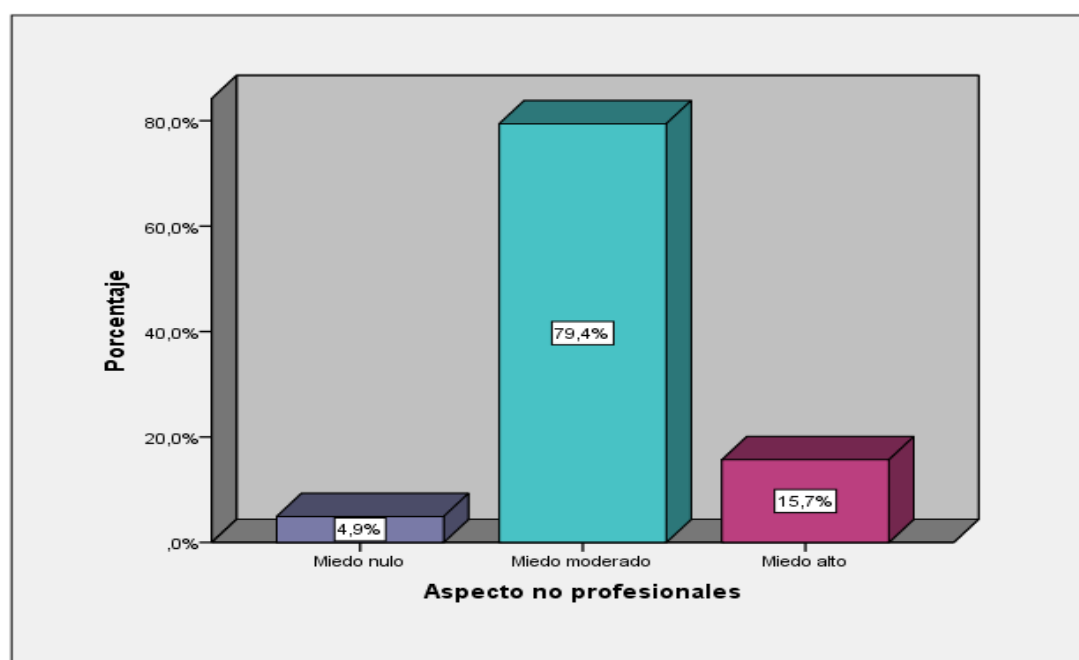


Figura 6. Resultados hallados sobre el nivel de miedo a los aspectos no profesionales según los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 12 y Figura 6 un 79,4% de estudiantes tuvieron un nivel moderado sobre el miedo a los aspectos no profesionales, mientras que el 15,7% de estudiantes presentaron niveles altos sobre el miedo a los aspectos no profesionales y un 4,9% de estudiantes afrontaron un nivel nulo sobre el miedo a los aspectos no profesionales. Por lo cual se expresa que existe un nivel moderado en cuanto al miedo a los aspectos no profesionales por los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Tabla 13

Resultados hallados de variable Estado Bucal en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Buen estado bucal	6	5.9%
Regular estado bucal	18	17.6%
Mal estado bucal	78	76.5%
Total	102	100.0%

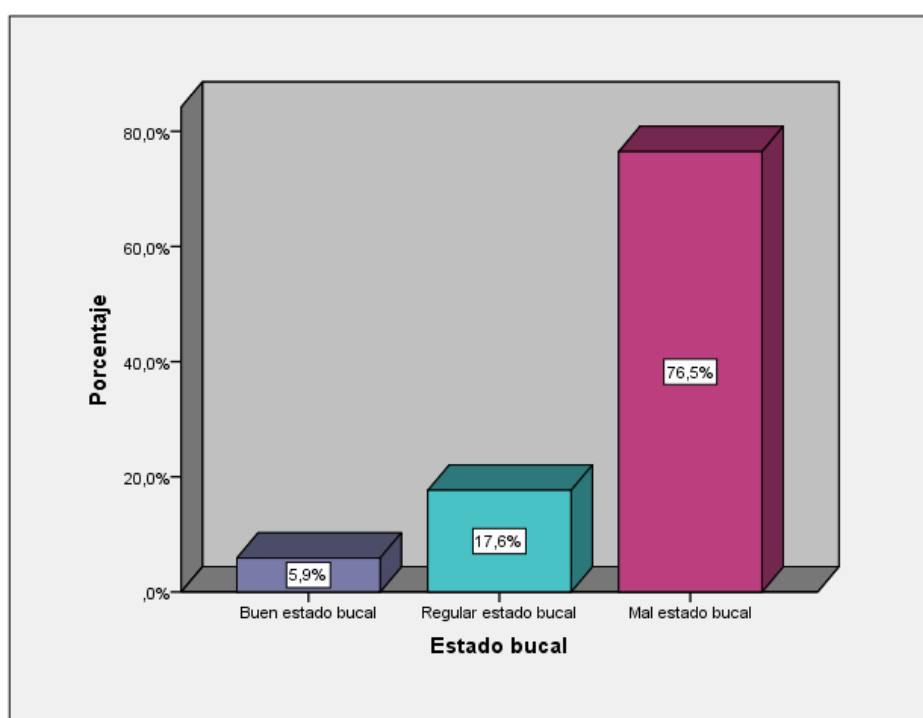


Figura 7. Resultados hallados sobre variable estado bucal en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 13 y Figura 7 un 76,5% de estudiantes presentaron un mayor porcentaje de mal estado bucal, mientras que el 17,6% de estudiantes obtuvieron regular estado bucal y un porcentaje menor de 5,9% de estudiantes tuvieron un buen estado bucal. Por lo cual se expresa que existe una mayor cantidad de estudiantes con mal estado bucal de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Tabla 14

Resultados hallados de experiencia de caries dental en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018

Experiencia de caries		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
dientes sanos	14	13.7%
dientes cariados	88	86.3%
Total	102	100.0%

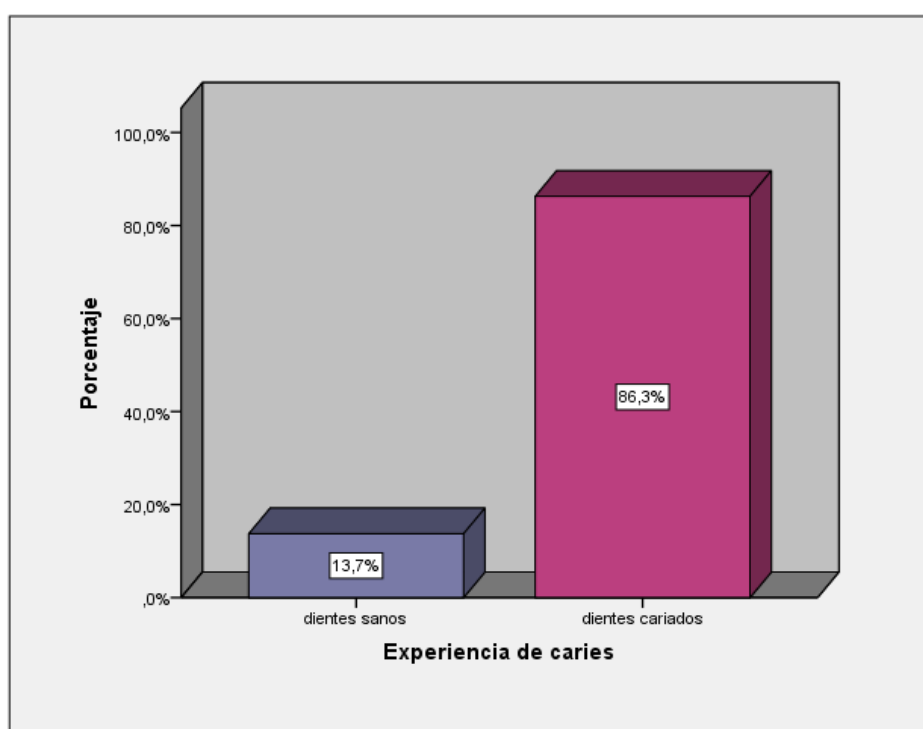


Figura 8. Resultados hallados sobre la experiencia de caries dental en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 14 y Figura 8 un 86,3% de estudiantes presentaron un mayor porcentaje de dientes cariados, mientras que el 13,7% de estudiantes obtuvieron un porcentaje menor de dientes sanos. Por lo cual se expresa que existe una mayor cantidad de estudiantes con experiencia de caries dental de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Tabla 15

Resultados hallados de estado gingival en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018

Estado gingival		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
ausencia de inflamación	16	15.7%
presencia de inflamación	86	84.3%
Total	102	100.0%

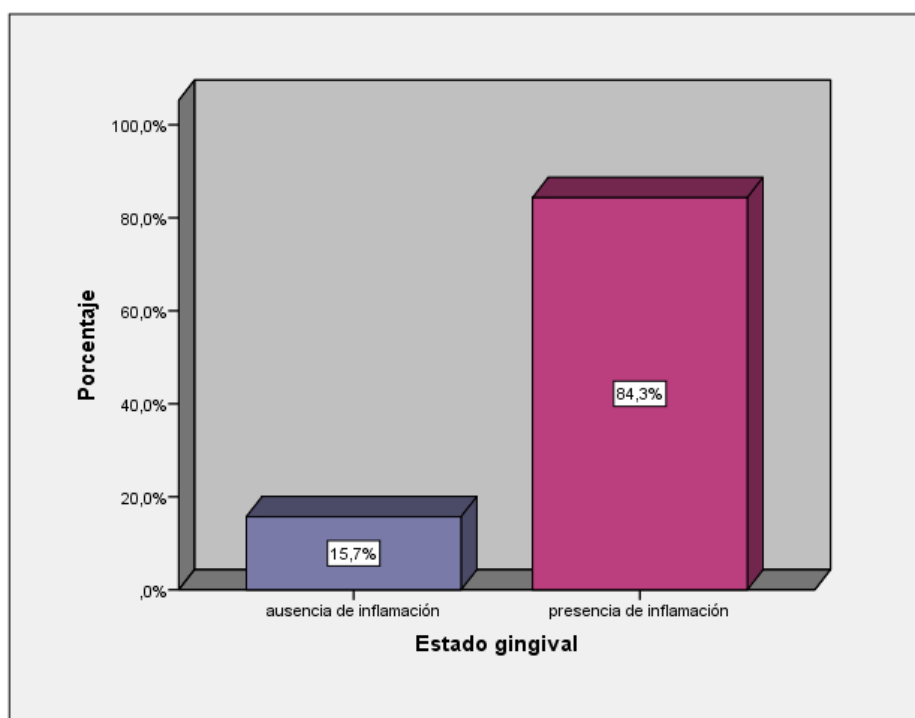


Figura 9. Resultados hallados sobre estado gingival en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 15 y Figura 9 un 84,3% de estudiantes presentaron un mayor porcentaje de inflamación, mientras que el 15,7% de estudiantes obtuvieron un porcentaje menor de ausencia de inflamación. Por lo cual se expresa que existe una mayor cantidad de estudiantes con presencia de inflamación gingival de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Tabla 16

Resultados hallados de higiene oral en los estudiantes de CEBA Javier Heraud-Lima, 2018

Higiene oral		
Nivel	Frecuencia	Porcentaje
ausencia de placa dental	11	10.8%
presencia de placa dental	91	89.2%
Total	102	100.0%

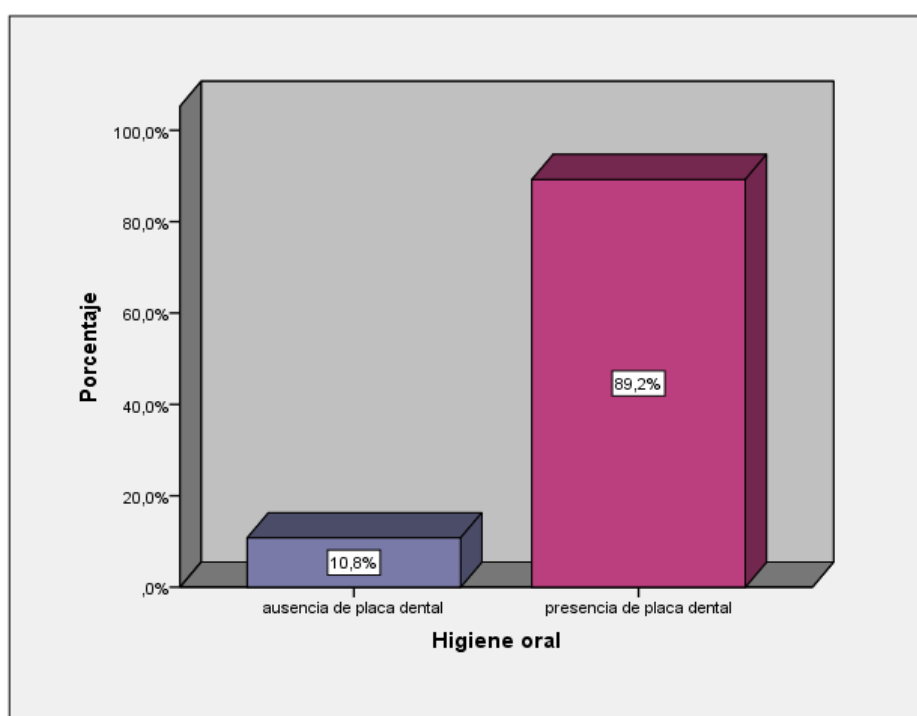


Figura 10. Resultados hallados sobre higiene oral en los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 16 y Figura 10 un 89,2% de estudiantes presentaron un mayor porcentaje de presencia de placa dental, mientras que el 10,8% de estudiantes obtuvieron un porcentaje menor de ausencia de placa dental. Por lo cual se expresa que existe una mayor cantidad de estudiantes con presencia de mala higiene oral de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

3.2 Análisis inferencial

Prueba de hipótesis general

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Ha: Existe relación significativa entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Tabla 17

Prueba de Rho de Spearman entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal

			Miedo a la consulta odontológica	Estado bucal
Rho de Spearman	Miedo a la consulta odontológica	Coeficiente de correlación	1.000	,742**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	102	102
	Estado bucal	Coeficiente de correlación	,742**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	102	102

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultados SPSS-V22

Interpretación

En la tabla 17 se evidencia el resultado del coeficiente de correlación de Spearman (= 0,742), siendo una correlación moderada y positiva, y un valor de significación ($\rho = 0,00$) inferior al 5%, lo que permite rechazar la hipótesis nula, y aceptar la hipótesis alterna, es decir existe relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud.

Prueba de hipótesis específica 1

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Hi: Existe relación significativa entre el miedo de miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Tabla 18

Prueba de Rho de Spearman entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la

			Miedo a la consulta odontológica	Experiencia de caries	<i>experiencia de caries</i>
Rho de Spearman	Miedo a la consulta odontológica	Coeficiente de correlación	1.000	,470**	
		Sig. (bilateral)		.000	
		N	102	102	
	Experiencia de caries	Coeficiente de correlación	,470**	1.000	
		Sig. (bilateral)	.000		
		N	102	102	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultados SPSS-V22

Interpretación

En la tabla 18 se evidencia el resultado del coeficiente de correlación de Spearman ($= 0,470$), siendo una correlación moderada y positiva, y un valor de significación ($p = 0,00$) inferior al 5%, lo que permite rechazar la hipótesis nula, y aceptar la hipótesis alterna, es decir existe relación entre el miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud.

Prueba de hipótesis específica 2

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Tabla 19

Prueba de Rho de Spearman entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado gingival

			Miedo a la consulta odontológica	Estado gingival
Rho de Spearman	Miedo a la consulta odontológica	Coeficiente de correlación	1.000	,367**
		Sig. (bilateral)		.000
		N	102	102
	Estado gingival	Coeficiente de correlación	,367**	1.000
		Sig. (bilateral)	.000	
		N	102	102

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultados SPSS-V22

Interpretación

En la tabla 19 se evidencia el resultado del coeficiente de correlación de Spearman ($= 0,367$), siendo una correlación baja y positiva, y un valor de significación ($p = 0,00$) inferior al 5%, lo que permite rechazar la hipótesis nula, y aceptar la hipótesis alterna, es decir existe relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud.

Prueba de hipótesis específica 3

Ho: No existe relación significativa entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Hi: Existe relación significativa entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Tabla 20

Prueba de Rho de Spearman entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la higiene oral

			Miedo a la consulta odontológica	Higiene oral
Rho de Spearman	Miedo a la consulta odontológica	Coeficiente de correlación	1.000	,296**
		Sig. (bilateral)		.003
		N	102	102
	Higiene oral	Coeficiente de correlación	,296**	1.000
		Sig. (bilateral)	.003	
		N	102	102

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Resultados SPSS-V22

Interpretación

En la tabla 20 se evidencia el resultado del coeficiente de correlación de Spearman (= 0,296), siendo una correlación baja y positiva, y un valor de significación ($p = 0,003$) inferior al 5%, lo que permite rechazar la hipótesis nula, y aceptar la hipótesis alterna, es decir existe relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud.

Tabla 21

Cruce de las variables nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes del CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Tabla de contingencia Estado bucal * Miedo a la consulta odontológica

		Miedo a la consulta odontológica			Total	
		Miedo nulo	Miedo moderado	Miedo alto		
Estado bucal	Buen estado bucal	Recuento	0	6	0	6
		% del total	0.0%	5.9%	0.0%	5.9%
	Regular estado bucal	Recuento	1	17	0	18
		% del total	1.0%	16.7%	0.0%	17.6%
	Mal estado bucal	Recuento	2	29	47	78
		% del total	2.0%	28.4%	46.1%	76.5%
Total		Recuento	3	52	47	102
		% del total	2.9%	51.0%	46.1%	100.0%

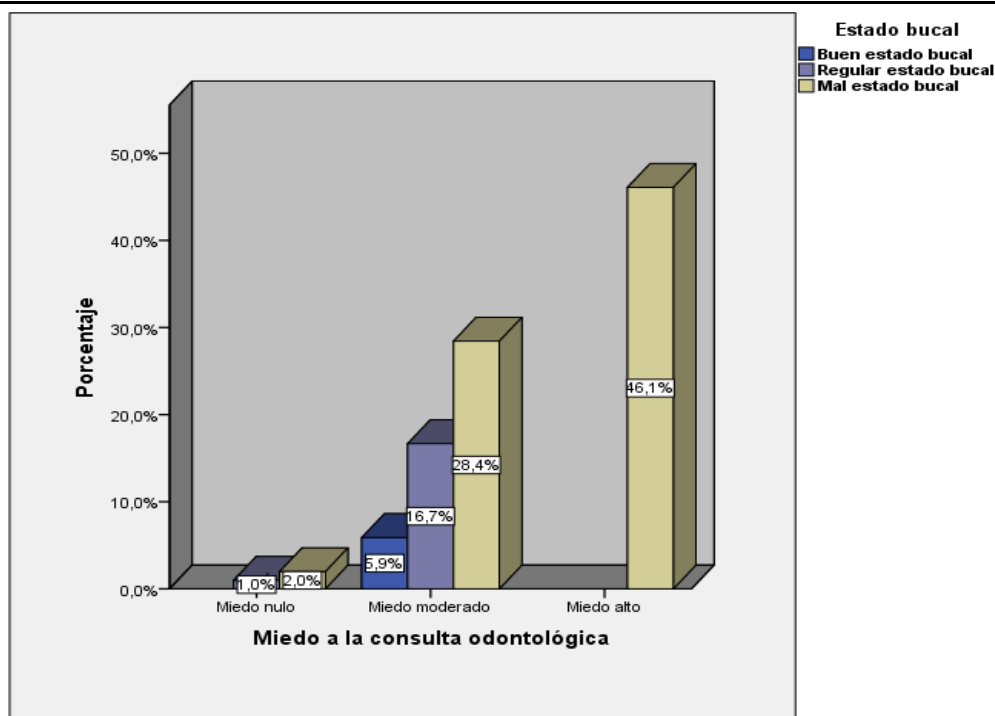


Figura 21. Relación nivel de miedo a la consulta odontológica y estado bucal de los estudiantes del CEBA Javier Heraud - Lima, 2018.

Interpretación

Como se observa en la Tabla 21 y Figura 11 los resultados arrojaron un 51% de miedo moderado a la consulta odontológica, seguido de 46,1% con miedo alto y de 76.5 % de estado bucal malo y 17.6% con estado bucal regular.

IV. Discusión

Con esta investigación se pretendió medir la relación entre el miedo dental y la salud bucal, se busca esta relación porque la literatura manifiesta que el miedo dental es una de las principales causas de deserciones para la búsqueda de atención de las personas a los especialistas en salud dental (Costa, 2002). En este contexto se investiga en una población de adolescentes cuyas edades fluctúan entre 12 y 18 años, por ser un grupo en formación lo que permite que pueda modificarse sus costumbres y favorecer el autocuidado de su salud oral.

El objetivo del estudio pretendía medir la relación entre el miedo dental y la salud bucal, se obtuvo como resultados que el 51% de los estudiantes expresan un nivel de miedo moderado, seguido de un 46,1% con nivel de miedo alto, esto repercute en la salud bucal pues el 76,5% de los estudiantes tienen una mala salud bucal, y el 17,6% una salud regular, solo un 5,9% mantiene una salud bucal adecuada, en la prueba de correlación de Spearman el resultado es de (7.42) que evidencia una correlación alta y positiva, y un nivel de significancia de (0.00) que permite aceptar la hipótesis alterna y rechazar la hipótesis nula, es decir que a mayor miedo a la consulta odontológica ,mayor es el mal estado bucal en los estudiantes.

Este estudio se complementa con el realizado por Valdés, et al., (2015), quienes llevaron a cabo una investigación donde se estudió la relación del miedo dental con el estado bucal en pacientes, dando como resultado el predominio de la categoría de mucho miedo al odontólogo en los estudiados, además de una correlación alta de la presencia de miedo al odontólogo y el estado de salud bucal, en conformidad por lo señalado por Agnoli y et al., (2009), que refiere que el individuo presenta salud bucal cuando no solo están los dientes sanos, sino también las encías, los tejidos, la mucosa, el paladar, la lengua y todos sus componentes. La boca y las partes que la constituyen cumplen diversas actividades como hablar, comer, sonreír, por lo cual se debe preservar su correcto funcionamiento y recuperarla en caso de haberla perdido (p.29).

El miedo dental cuya definición es un estado de angustia, inseguridad y malestar que presenta el paciente. La presentan con mayor frecuencia los pacientes más pequeños, especialmente cuando deben acudir a un lugar nuevo

para ellos, como es su primera visita al odontólogo, ya que no conocen el consultorio y al profesional que allí atiende (Klingberg y Broberg, 2007, p.392).

De la misma manera Kuhn y Keith (1994):

La sensación de miedo al tratamiento en Odontología de párvulos y adolescentes se manifiesta de diferentes maneras: brusca y con crisis de pánico, duradera, generalizada y con estrés, la que se origina por experiencias o situaciones traumáticas anteriores o por causas subjetivas, asimismo no es común encontrar niños que quieran ir gustosos a su cita dental, la mayoría presenta un miedo exacerbado cuando debe acudir a la consulta odontológica, por los recuerdos de situaciones pasadas y que al estar frente a la unidad dental, se intensifica su miedo aparentemente sin motivo (p.13).

Los resultados se corresponden con Sunil et al. (2013) cuyo objetivo fue evaluar el miedo dental en niños durante la primera visita dental, las puntuaciones de miedo fueron más altas para las preguntas relacionadas con "inyecciones", "estrangulamiento", "ruido de pieza de mano", que pertenecen a la dimensión de aspectos inherentes y mala praxis al tratamiento, en donde en el presente estudio los estudiantes del CEBA Javier Heraud presentaron 52% de miedo alto y 70,6% respectivamente. Por lo que se concluyó que en la dimensión mala praxis, que los pacientes sienten miedo porque en algún momento hubo negligencia y se equivocaron en ponerle la inyección de anestesia, la mala manipulación de los instrumentos le generó al paciente sangrado de la boca o le lastimaron los labios, en cuanto a la dimensión de los aspectos inherentes del tratamiento, muchos pacientes sienten temor ante el ruido de la pieza de mano, tienen miedo cuando llegan a ver la aguja durante la aplicación de la anestesia en las encías.

De acuerdo con Carrillo, et al. (2012) el miedo que presenta el paciente a la consulta dental, se da cuando el profesional odontólogo pierde el control sobre la pieza de mano y se desliza dañando el tejido de la cavidad oral del paciente. También puede relacionarse con la sensación que tienen algunos pacientes durante la realización del tratamiento dental, imaginando que pueden dejar de respirar, una sensación de ahogamiento durante la toma de impresiones o que pueden llegar a sufrir un infarto durante la aplicación de la anestesia (p.111)

En la primera hipótesis específica, existe relación entre el miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries en la prueba de correlación de Spearman el resultado es de (4.70) que evidencia una correlación moderada y positiva, y un nivel de significancia de (0.00), los resultados arrojaron un porcentaje alto de 86,3% en la presencia de caries en los estudiantes del CEBA Javier Heraud, el estudio que muestra resultados coincidentes con la presente investigación es el llevado a cabo por Huespe (2015) donde se determinaron los índices de caries a través de una exploración clínica por visión directa, se fijó un nivel de error igual al 5%, $p < 0,05$ para la significación estadística y los resultados arrojaron que la prevalencia de caries en los estudiantes participantes de este estudio fue del 81,8% y sólo el 18,2% de los estudiantes no presentó caries.

Para Boj y et al. (2011) la caries es el mayor inconveniente de salud dental en la mayoría de los países en vías de desarrollo afectando al 60-90% de la población escolar y a la inmensa mayoría de la población adulta” (p. 835). Además Gómez y et al., (1988) señala que la caries dental y los abscesos perjudican el estado de salud del adolescente y originan dolor dental e infecciones sistémicas que lo hacen ausentarse por periodos cortos o largos de la escuela y truncan el término académico (p.128).

En la segunda hipótesis específica, existe relación entre el miedo a la consulta odontológica y el estado gingival en la prueba de correlación de Spearman el resultado es de (3.67) que evidencia una correlación baja y positiva, y un nivel de significancia de (0.00), los resultados arrojaron un porcentaje alto de 84,3% en la presencia de inflamación de las encías en los estudiantes del CEBA Javier Heraud, este resultado se contrapone en cuanto al estado gingival a la investigación de Barcia y Paladines (2013) quienes hicieron un estudio en estudiantes de 6 a 11 años de edad de las escuelas fiscales de Portoviejo, donde los resultados de la población estudiada sobre la enfermedad de gingivitis fue relativamente baja, pero la presencia de caries dental de los niños evaluados fue considerablemente alta, ya que el resultado que se obtuvo fue el de 97%.

Para complementar estos conocimientos, Guedes-Pinto, Bonecker, y Martins (2011) refieren que la primera característica de la gingivitis en una persona adulta es el sangrado al sondaje, en el niño la primera característica

clínica que se presenta es la inflamación y el color alterado, pero al avanzar la gingivitis surge el sangrado al sondaje, el que también con el tiempo se hace espontáneo, en el niño, así como en los adultos, el principal factor que causa la gingivitis es la falta de higiene bucal (pp.155-156).

En la tercera hipótesis específica, existe relación entre el miedo a la consulta odontológica y la higiene oral en la prueba de correlación de Spearman el resultado es de (2.96) que evidencia una correlación baja y positiva, y un nivel de significancia de (0.00), los resultados arrojaron un porcentaje alto de 89,2% en la presencia de mala higiene bucal en los estudiantes del CEBA Javier Heraud, encontramos una similitud en los estudios hechos por Farías (2015) donde se evaluó el estado de salud oral de niños entre 4 y 5 años de edad, se les aplicó un examen oral básico, que incluyó índice de caries y el índice de *Oleary*, que sirvió para evaluar la higiene oral. Los resultados mostraron que solo el 8,2 %de los niños presentan dientes sanos, mientras que el 91,8% tiene dientes cariados, finalmente se evaluó la higiene oral, cuyo resultado fue el 83,8% con mala higiene oral, regular y buena higiene obtuvieron el 8,1%.

Estos resultados nos demuestran que hay una imperiosa necesidad de fomentar la higiene de los dientes, enseñar sobre su importancia, de vencer los temores y asistir de manera regular al consultorio dental, debe haber un enfoque para instaurar en los estudiantes y en la población en general actitudes que modifiquen conductas negativas, educando y brindando instrucciones del cuidado personal de las piezas dentarias. Debemos indicar que, por los estudios de Loscos, et al. (2005) señala al cepillado como el procedimiento con mejores resultados para la eliminación mecánica de la placa dental, la que se realiza la persona en su hogar, usando sus capacidades motoras y sus sentidos, es una norma de higiene para mantener el buen estado de salud oral (p.44).

En concordancia con Barrancos (2006) la higiene bucal permite el control de enfermedades orales, ya que facilita la eliminación de residuos alimenticios y con ello contribuye con la remoción de bacterias, permitiendo el control de microorganismos en la cavidad bucal, para esto es necesario realizar una adecuada limpieza diaria desde antes de la aparición del primer diente, se debe mantener limpias las encías, tejidos blandos y espacios situados entre una pieza

dentaria y la siguiente, pues sino realizamos el protocolo de higiene y cuidado oral se permitirá la acumulación y proliferación de bacterias que causaran enfermedades orales, además debemos asistir periódicamente a la consulta dental, para que nos realicen la profilaxis y el destartraje , es decir es imprescindible la remoción de placa blanda y cálculos que muchas veces el cepillo no puede retirar.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por el Minsa, en nuestro territorio y llevado a cabo los años 2016-2017 resultó una incidencia de 76% de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad como consecuencia de una inadecuada higiene bucal y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de mal oclusiones es del 80%, adicionalmente la prevalencia de caries dental en niños menores de 11 años es de 85% , por todas estas estadísticas tan elevadas la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nos ha declarado en un país que necesita urgentemente adoptar estrategias que mejoren la salud bucal especialmente en niños de temprana edad.

La mayoría de adolescentes no acuden a tiempo a la consulta odontológica, debido principalmente al miedo que presentan, pero se debe tener siempre en cuenta que no se puede esperar a que los dientes presenten gran daño, para recién empezar a tratarlos, ya que a medida que pasa el tiempo y se los deja, van perdiendo valor en todos sus aspectos, pero no hacerlo todavía es peor, ya que conlleva a un deterioro cada vez mayor, lo que explica el mal estado de salud oral de muchas personas y el no atenderse de forma oportuna agrava el estado de salud oral, que se manifiesta en la salud general.

V. Conclusiones

Primera Después de haber realizado el estudio se encontró que el coeficiente de correlación de Spearman calculado a la hipótesis general indica que la relación fue alta y positiva (0.742), es decir que a mayor miedo a la consulta odontológica se incrementó el mal estado bucal de los estudiantes del CEBA Javier Heraud, Lima 2018. Cabe señalar que el 51% de los estudiantes del CEBA Javier Heraud en el estudio arrojaron un nivel de miedo moderado a la consulta odontológica, un 46,1% afrontaron un nivel alto y un 2,9% un nivel nulo de miedo dental. De la variable estado bucal, los estudiantes presentaron 76,5% de mal estado bucal, seguido de 17,6% de regular estado bucal y de 5,9 % buen estado bucal.

Segunda El coeficiente de correlación de Spearman a la hipótesis específica 1 tuvo como resultado un (0.470) que conlleva a señalar que existe una relación moderada y positiva, es decir que a medida que se reduce el miedo a la consulta odontológica se reducirá también la experiencia de caries de los estudiantes del CEBA Javier Heraud, Lima 2018. Se ha demostrado que tomando en cuenta el valor de significación obtenido ($p = 0,00$) es menor al 5%, se rechaza la hipótesis nula, aceptándose la hipótesis alterna.

Tercera Además, el coeficiente de correlación de Spearman a la hipótesis específica 2, fue de (0.367) que señala que existe una relación baja y positiva, es decir que a medida que se reduce el miedo a la consulta odontológica se reducirá el estado gingival de los estudiantes del CEBA Javier Heraud, Lima 2018. Se ha demostrado que tomando en cuenta el valor de significación obtenido ($p = 0,00$) es menor al 5%, se rechaza la hipótesis nula.

Cuarta El coeficiente de correlación de Spearman calculado (0.296) en la hipótesis específica 3 conlleva a señalar que existe una relación baja y

positiva, es decir que a medida que se mejore el miedo a la consulta odontológica mejorará también la higiene oral en los estudiantes del CEBA Javier Heraud, Lima 2018. Se ha demostrado que tomando en cuenta el valor de significación obtenido ($p = 0,00$) es menor al 5%, se rechaza la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alterna, la cual señala que hay una relación significativa entre la variable nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes.

VI. Recomendaciones

Primera Al Ministerio de Salud implementar programas en las escuelas para realizar charlas sobre el miedo dental y educación bucal para estudiantes, padres de familia y docentes con la finalidad de sensibilizarlos y a su vez adquieran conocimientos y puedan reconocer tempranamente problemas de salud bucal incentivando actitudes positivas y de colaboración del paciente para evitar posponer su tratamiento dental y motivarlos a la visita odontológica sin la necesidad obligatoria de acudir solo cuando se presente dolor dental.

Segunda Para los profesionales odontólogos, los procedimientos del tratamiento odontológico deben ser realizados por ustedes, ya que han estudiado para tal fin, no se debe delegar esta responsabilidad a los asistentes. Es necesario mejorar la comunicación, explicando al paciente sobre los pasos que se seguirán en su tratamiento y sobre cada instrumento que se empleará antes de empezar con el procedimiento para que se vayan familiarizando y no sientan miedo, así con una atención personalizada y adecuada, de esta forma el paciente se sentirá en confianza y regresará hasta culminar con éxito la recuperación de su estado bucal.

Tercera A los profesionales odontólogos, deben tener la preparación requerida y estar a la vanguardia de nuevos conocimientos, para erradicar la mala praxis profesional, asimismo es imprescindible que el odontólogo complemente con estudios sobre el comportamiento de la personalidad tomando en cuenta que el paciente tiene sentimientos y es un ser humano, adicionado en aprender nuevas técnicas de relajación e implementar con distractores auditivos, visuales en el consultorio para ofrecer mejoras en la atención profesional. Es necesario actualizar constantemente sobre técnicas modernas que permitan emplear menos tiempo en los procedimientos.

Cuarta A los profesionales de la salud en odontología, motivarlos a que continúen capacitándose en el manejo de programas de miedo dental y salud bucal a razón de fortalecer sus capacidades en el buen trato de los usuarios y que el

Ministerio de Salud implemente políticas públicas en las escuelas, programas con consulta y seguimiento en enfermedades bucales con fácil acceso de los estudiantes a la atención odontológica no solo preventiva sino también recuperativa.

Quinta A los asistentes de odontología, mantener un ambiente relajado, agradable y pulcro, así como de todo el personal que labora en el consultorio, se debe desinfectar el sillón dental y el lavatorio donde se escupe cada vez que se termina con un paciente evitando olores desagradables, demostrar que los instrumentos utilizados están totalmente esterilizados (empleando la cinta “testigo” en cada caja metálica) donde se coloca el instrumental.

VII. Referencias

Referencias

- Abanto, J., Pinto, K., Bonecker, M., Nahas, F., y Nahas, M. (2010). Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatológica Herediana*.20 (2), 101-106.
- Agnoli, M., Reinoso M., y Bogado A. (2009). Promoción de la Salud Odontológica en Argentina e Italia. Estudio comparativo de dos realidades diferentes. *Curso de Auditoria Médica del Hospital Alemán*. Buenos Aires, Argentina.
- Aguilera, F., Osorio, R. y Toledano, M. (2002). Causas, factores y consecuencias implicados en la aparición de ansiedad en la consulta dental. *Revista Andaluza de Odontología y Estomatología*, 12,21-24.
- Álvarez-Gayuo, J. L. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México D.F., México: Paidós.
- American Psychiatric Association (APA) (2002): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - TR (DSMIV- TR)*. Washington, D.C.: APA. (Trad, al esp: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 2002)
- Aminabadi N., Puralibaba F., Erfanparast L., Najafpour E., Jamali Z., Adhami S., (2011). Impact of Temperament on child behavior in the dental setting. *Journal Dent Retorative Clinical Dental Prospects* 5(4):119-225.
- Armfield, J. M. (2010). Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear . *Psychological Assessment*, 22(2), 279-287.
- Arteagoitia, I., y Diez, A. (2002). Cepillos y accesorios. Limpieza bucal. *Revista Elsevier - Dermofarmacia*, 16(5), pp.68-70. Obtenido de <http://www.elsevier.es/esrevista-farmacia-profesional-3-articulo-cepillos-accesorios-limpieza-bucal13031768#elsevierItemBibliografias>
- Barceló, E. B. (2010). *Odontología para bebés*. México D. F. México: Trillas

- Barrancos, M. (2006). *Operatoria dental*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Barcia, J. y Paladines, L. (2013). *Estado nutricional y su asociación con la salud bucal, en los niños de 6 a 11 años de las escuelas fiscales Naciones Unidas, Horacio Hidrovo y Hermógenes Barcia, de Portoviejo* (Tesis de maestría). Universidad de San Gregorio de Portoviejo. Ecuador
- Beks, K. (1998). *Situaciones más comunes que producen temor en los pacientes durante la consulta odontológica*. Disponible en:
<http://momento.miedo.paciente/odontologia.htm>. [Consulta en 11/06/ 2004].
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (3ª ed.). Universidad de la Sabana, Colombia.
- Bezerra, L. A. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Sao Paulo, Brasil: Amolca.
- Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta C, Mendoza A., Planells P. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano
- Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Briceño, F.E. (2015). *Niveles de ansiedad y miedo a la Atención Odontológica en pacientes adultos que acuden a la Clínica Estomatológica de Moche de la Universidad Nacional de Trujillo* (Tesis para optar grado de Cirujano Dentista). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Carranza, F. (1996). *Compendio de periodoncia. Clasificación de la Enfermedad Periodontal*. (5ta ed). Buenos Aires, Argentina: Mc Graw Hill.
- Carrillo, M., Crego, A. y Romero, M. (2012). *Miedo dental en la infancia y adolescencia*. Estados Unidos: Lulu Press.
- Castillo J., Milgrom P, Kharasch E, Izutsu K. (2001) *Evaluation of fluoride release from commercially available fluoride varnishes*. [Internet] 2001 [citado el 11

de mayo de 2015] Disponible
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11680353>.

- Cerrón, M. (2010). *Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el instituto de salud oral de la fuerza aérea del Perú*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú.
- Christophe, A. (2005). *Psicología del miedo - temores, angustias y fobias*. Barcelona, España: Kairos.
- Cisneros G y Hernández Y. (2015). La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *Revista Scielo* [internet].2011 [citado el 10 de abril de 2015] .15 (10): 1-14 Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192011001000013&script=sci_arttext
- Chun – Hong, E. (2008). *The reliability of retrospective methods for exploring onset of height fear*. (Thesis for the degree of Master of Science in Psychology). Massey University. Palmerston North New Zealand.
- Costa, A. (2002). Psicología aplicada a odontopediatría: Uma introdução. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2, 2.
- Corchuelo, J. (2015). Sensibilidad y especificidad de un índice de higiene oral de uso comunitario. *Revista Scielo* [internet] 2011 [citado el 3 de mayo de 2015]. 42 (4): 448-457. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n4/v42n4a5.pdf>
- Cuenca, E. y Baca, P. (2005). *Odontología Preventiva. Principios, métodos y aplicaciones*. (3ra ed). Barcelona, España: Masson S.A.
- De la Cruz, E. (2011). *Ansiedad y miedos dentales en niños de edad escolar de la esc. primaria francisco h. santos de Coatzacoalcos*. (Tesis de pregrado). Universidad Veracruzana, México.
- Díaz E, San Martín, L. y Ruiz, M. (2013). Miedo al dentista e intervenciones para reducirlo. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*.9:53-55.

Díaz, M. y Cruz, C. (2004). Cómo lograr la óptima colaboración del niño en el consultorio dental. *Boletín Odontología Argentina de Niños*, 33, 13-18.

Diccionario de la Lengua Española (2014). Vigésimo tercera edición publicado por la Real Academia Española.

Echeburua, E. (1993). *Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid, España: Fundación Universidad-Empresa.

— (2000): *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.

Eleuza, R. (2003). O medo do paciente ao tratamento odontológico. *Revista da Faculdade de Odontologia da Univ. Federal RGS Porto Alegre*, 41, 39 - 42

Eisenberg J. (1993). Orígenes del miedo al odontólogo. January-July. Disponible en: URL <http://origen.miedo.paciente/odontología>.

Enrile F. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.

Farias J. (2015). *Estado de salud oral de niños de 4-5 años y nivel de conocimientos materno, Concepción 2015*. (Tesis de maestría). Universidad Andrés Bello Concepción, Chile.

Finn, J. (1967). The effect of a dicalcium phosphate chewing gum on caries incidence in children: 30-month results. *The Journal of the American Dental Association*, 74(4), 987-995.

Franco, A., Santamaria, A., y Kurzer, E. (2004). El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal. *Revista CES Odontología*, 17(1), pp. 20-29. Obtenido de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461/261>

Frías, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*, Barcelona: Masson.

- Genco, R. J., y Williams, R. C. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico*.
- Gómez, B., y Villaroel, M., Simoza C., Guevara L., y Rivera N., (1997). *Examen Clínico Integral en Estomatopediatría*. Caracas: Lauper.
- González, S. (2005). *Miedos infantiles y estilo de educación: Diferencias y similitudes entre España y Costa Rica*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Goyal A., Sharma A., Gaur T., Singh J., Pachori Y., Chhabra K. y Chhabra C. (2014). Impact of dental fear on oral health-related quality of life among school going and non-school going children in Udaipur city: A crosssectional study. *Contemp Clin Dent* , volumen 5.PMC4012116.
- Guada, N. (2013). La salud bucal como un derecho humano. *Revista Anuario. Volumen 36. ISSN 1316-5852*
- Guedes, A., Pérez, N., González, C., y Nahás, M. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Revista Cubana Estomatológica*,39(3).
- Guedes-Pinto, A. C., Bonecker, M., y Martins, C. R. (2011). *Fundamentos de la odontología: Odontopediatría*. Brasil: Santos.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2015). *Metodología de la Investigación*. (6ta. ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Hernández, G.J. (2016). *Influencia de la ansiedad materna sobre el miedo a la consulta odontológica en niños de 7 a 12 años de edad en la Clínica Estomatológica UPAO-2015* (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.
- Huespe V. (2015). *Evaluación del estado dentario y gingival de estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba y su correlación con el grado de*

conocimiento en salud bucal (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Jason, D., Nickerson, T., Poklepovic, T., Imai, P., Tugwell, H., Worthington, V. (2011). *Uso de hilo dental para el tratamiento de las periodontopatías y caries dentales en adultos*. [Internet] 2011 [citado el 5 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.update-software.com/PDF-ES/CD008829.pdf>

Kinncar T. y Taylor J. (2000). *Investigación de mercados*. (5ta ed). Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill.

Klingberg, G. y Broberg, A. (2007). Dental fear anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*; 17(6): 391-406.

Kuhn, B. y Keith, D. (1994). Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. *En Pediatric Dentistry*. 16(1), 13-17.

Manyari, C.K. (2015). *Programa de conocimiento en salud oral para disminuir el miedo dental del cuarto grado de la IE 3059, Comas 2015* (Tesis de maestría). Universidad Cesar Vallejo, Perú.

Marcano, A., Figueredo, A., y Orozco, G. (2012). Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2(2).

Marcelino, M. (2011). *Manual de técnicas de higiene oral* [Internet] 2011. [citado el 12 de junio de 2015] disponible en <http://www.uv.mx/personal/abarranca/files/2011/06/Manual-de-tecnicas-deHigiene-Oral.pdf>.

Marks, I. (1990a): *Miedos, fobias y rituales 1. Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.

- (1990b) *Miedos, fobias y rituales 2. Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Márquez, J.A., Navarro, M.C., Cruz, D., y Gil, J. (2004). ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE*, 9(2), 165-174.
- Marti, S. E., Levinzon, G., Domingo, S., Giaouinta, M. y Pascucci J.O. (2012). Escala de medición del miedo a la atención dental. *Revista de la Facultad de Odontología*. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina, 6(1):1622.
- Martínez, B., y Ruiz, F. (2005). Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. *Avances en Periodoncia*, 17(3), pp.147-156. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v17n3/147enfermedades.pdf>
- Milgrom, P., Macl, L., y King, B. (1995). Origins of childhood dental fear. *En: Journal Behaviour Research and Therapy*, 33(3),313-319.
- Milson, K., Tickle, M., Humphris, G. y Blinkhorn, A. (2003). The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5 year old children. *British Dental Journal*, 194, 503 – 506.
- Moses, A. (2014). *Caries dental asociada al índice de higiene oral simplificado en niños de 6 a 12 años de una institución educativa pública del distrito de Ate – Vitarte 2013* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú.
- Navarro, H. y Ramírez R. (1996). Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicología Conductual* 1996; 4(1):79-95.
- Lima M, Guerrier L. y Toledo A. (2008). Técnicas de relajación en pacientes con miedo al tratamiento odontológico. *Revista Humanid Méd*, 8(3),1-12.

- Lee C., Chang Y., y Huang S. (2008). The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *International Journal Pediatric Dent*; 18(6),415-22.
- Lindhe J. (2009). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Loe, H. y Silness J. (1964). Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Revista Acta Odontológica Scand* 22:112-35.
- Loscos, F., Aguilar, M., Cañamas, M., e Ibañez, P. (2005). Sistemática de la higiene bucodental: El cepillado dental. *Periodoncia y Oseointegración*, 15(1), 43-48.
- López, J. H. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Colombia: Zamora.
- Organización Mundial de la Salud (OMS,1989). Educación para la Salud. *Manual sobre Educación Sanitaria en atención primaria de Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS,1998). *Glosario Promoción de la Salud*. Ginebra, p.10.
- Palomer, L. (2005). Caries dental en el niño. La enfermedad contagiosa. *Revista Chilena Pediatría*, vol 77(1), p.56-60.
- Pearce, J. (1995). *Ansiedades y miedos*. Madrid, España: Paidós
- Peñaranda (2000). *Psicología odontológica, interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología*. (3ra. ed). Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.
- Pérez J.A., Mayor, F. y Pérez, A. (2010). La caries dental como urgencia y su asociación con algunos factores de riesgo en niños. *Revista Médica Electrónica*. 32 (2). ISSN 1684-1824.
- Pertinhes, R. (2004). *Representação social do Cirurgiao Dentista e o comportamento infantil face ao tratamento odontopediátrico*. (Dissertação

para obtenção do título de mestre em Psicologia). Universidade Católica Don Bosco, UCDB, Brazil.

Pires Corrêa, M. (2002). *Sucesso no atendimento odontopediátrico: Aspectos psicológicos*. Sao Paulo: Santos.

Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional (Prenoc ,1999). Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicaciones Didácticas (2011) Recuperado

<http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/018040/articulo-pdf>

Rachman, (1977). The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. *Behaviour research and therapy*, 15(5), 375-387

Rinaudi, L. y González, J., (2009). The Low-Molecular-Weight Fraction of the Exopolysaccharide II from *Sinorhizobium meliloti* is a Crucial Determinant of Biofilm Formation. *Journal Bacteriology*.

Rivera, I. y Fernández, A. (2005). Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología* ,37(3):461-475.

Robles, C.K. (2016). *Nivel de ansiedad y miedo al tratamiento odontológico de los pacientes que acuden al CAP I San Pedro de Lloc, Pacasmayo, Trujillo, 2016*. (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Perú.

Sánchez, L. (1994). Géneros del Miedo Dental. *Revista Española de Odontología*; 32: 10-18.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica*. (2a ed.). Lima, Perú: Visión Universitaria.

Sapp P., Eversole L., y Wysocky G. (2004). *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. (2a ed.). Madrid, España: Elsevier.

Sassaroli, I, y Lorenzini, R. (2000): *Miedos y fobias: causas, características y terapias*. Barcelona: Paidós

- Scheie A. (1994). Mechanisms of Dental Plaque Formation. *Adv Dent Res*, 8: 246-55.
- Soto, R., y Reyes, D. (2005). Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*, 4, 1-3.
- Sunil, R., Manisha A., Kiran, A., Sapna K., Nagakishore V. (2013). Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *International Journal Clinical Pediatric Dent* .6(1):12–15.
- Thomson, W. M., Broadbent, J.M., Locker, D. y Poulton, R. (2009). Trajectories of dental anxiety in a birth cohort. *Journal Community Dentistry and Oral Epidemiology*. Vol. 37, p. 209–219.
- Valderrama, S. (2013) Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. (5ta. Ed.) Lima: San Marcos. ISBN 978-612-302-878-7
- Vela, F.L. (2007). *Separación Padre - Hijo: Elección de los padres durante la atención dental en la Clínica del Posgrado de Odontopediatria de la UANL*. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Valdés, J., Ghanman, Y., Castellanos, D., y Delgado, L. (2015). Caracterización de pacientes con miedo al odontólogo. *Revista de la Federación colombiana*,5 (2).
- Versloot, J., Veerkamp, J., Hoogstraten, J., y Martens L. (2004). Children's coping with pain during dental care. *CDOE*; 32 ,456-611.
- Wilson, J. y Kelling, G. (1970).” Broken Windows: the pólce anda neighborhood safety”. *The Atlantic*, p .1-10.
- Zalba, J.I. (2015). La Teoría de las Ventanas Rotas en la Salud Bucodental. Recuperado <https://capdental.net/?p=4214>

ANEXOS

Anexo A

Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.

AUTOR: Br. Ruth Acosta Orejón

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
ROBLEMA GENERAL:	OBJETIVO GENERAL:	HIPÓTESIS GENERAL:	VARIABLE 1: Nivel de miedo a la consulta odontológica				
¿Cuál es la relación del nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud Lima 2018?	Determinar el nivel de miedo a la consulta odontológica y su relación con el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.	Existe relación entre el miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA Y VALORES	NIVEL
PROBLEMAS ESPECÍFICOS:	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS:	D1 Trato humano al paciente	-Atención Odontólogo -Atención personal.	13,14,15,16,17,18	(0) Sin miedo (1) Poco miedo (2) Ligeramente (3) Moderadamente (4) Mucho miedo (5) Muchísimo miedo	Miedo Nulo(0-33) Miedo Moderado(34-67) Miedo Alto (68-100)
			D2 Mala praxis profesional	-Seguridad -Daño físico	6,8,9,10,11,12,20		
			D3 Aspectos inherentes	-Al tratamiento -Al paciente	1,5,7,		
			D4 Aspectos no profesionales	-Odontólogo -Consultorio -Atención	2,3,4		
Problema específico 1	Objetivo específico 1	Hipótesis específica 1					
¿Cuál es la relación del nivel de miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018?	Determinar el nivel del miedo a la consulta odontológica y su relación con la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.	Existe relación del miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.					
Problema específico 2	Objetivo específico 2	Hipótesis específica 2					
	Determinar el nivel del	Existe relación del miedo					

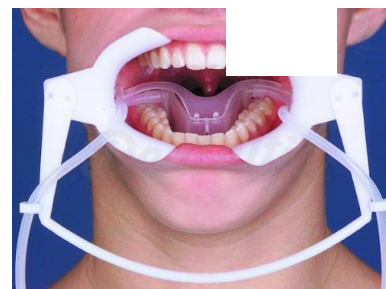
¿Cuál es la relación del nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018?	miedo a la consulta odontológica y su relación con el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.	a la consulta odontológica y el estado gingival de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.	VARIABLE 2: Estado Salud Bucal				
Problema específico 3	Objetivo específico 3	Hipótesis específica 3	Dimensiones	Indicadore	Ítems	Escala y valores	Nivel
¿Cuál es la relación del nivel de miedo a la consulta odontológica y la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018?	Determinar el nivel de miedo a la consulta odontológica y su relación con la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.	Existe relación del miedo a la consulta odontológica y la higiene oral de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018.	D1 Experiencia de caries	Presencia de caries	1	si(1)= dientes cariados no(0)=dientes sanos	Buen estado bucal (0) Regular estado bucal (1-2) Mal estado bucal (3)
			D2Estado Gingival	Inflamación Gingival	2	si(1)=presencia de inflamación no(0)=ausencia de inflamación	
			D3Higiene Oral	Presencia de placa dental	3	si (1) =presencia de placa dental no (0) =ausencia de placa dental.	

Anexo B
Instrumentos

CUESTIONARIO MIEDO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

GÉNERO 1 Femenino 2 Masculino

EDAD 12-18



Abrebocas

INSTRUCCIONES: Marque con una X o círculo el número que crea conveniente de acuerdo al miedo que presenta a las siguientes situaciones:

	Ítem	Sin miedo	Poco miedo	Ligeramente	Moderadamente	Mucho miedo	Muchísimo miedo
1	Que me coloquen el abrebocas						
2	Que el odontólogo tenga mal aliento						
3	La limpieza del consultorio						
4	Que se demore en atenderme						
5	Que me duerma la boca						
6	Que se equivoque al ponerme la inyección (anestesia)						
7	Que me inyecte en las encías						
8	Que me haga sangrar la boca						
9	Que el odontólogo no use guantes						
10	Que el odontólogo no se lave las manos después de cada atención						
11	Que el trabajo lo hagan los asistentes						
12	Que me lastimen los labios con algún instrumento						
13	Que el asistente sea desagradable						
14	Que sea un odontólogo maleducado						
15	Que atienda a muchos pacientes a la vez						
16	Que sea el odontólogo brusco						
17	Que me regañe el odontólogo						
18	Que el odontólogo este de mal humor						
19	Que me introduzcan los dedos en la boca						
20	Que me pueda transmitir las infecciones con los instrumentos						

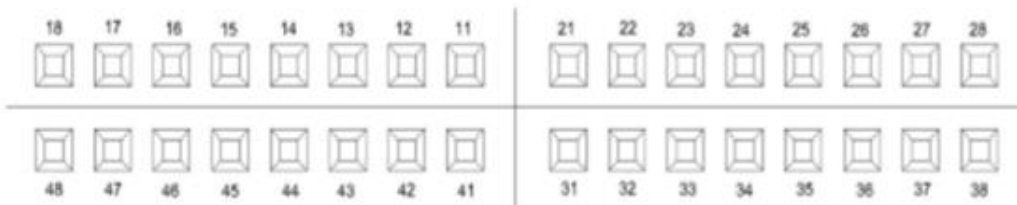
FICHA BUCODENTAL N°

FECHA: EDAD:

SEXO: AÑO Y SECCION:

REGISTRO PARA EXPERIENCIA DE CARIES

ODONTOGRAMA:



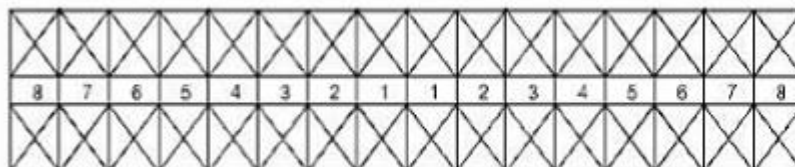
Resultado de: presencia de caries dental: ausencia de caries dental:

REGISTRO PARA ESTADO GINGIVAL

Elemento	D	V	M	P/L	Promedio del diente
16					
12					
24					
36					
32					
44					

Resultado de: inflamación gingival: ausencia de inflamación gingival:

REGISTRO PARA HIGIENE ORAL



Resultado de: presencia de placa dental: ausencia de placa dental:

Anexo C

Certificación de validez del instrumento

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE ESTADO BUCAL

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1: Experiencia de caries Dientes con caries, dientes perdidos y obturados por causa de caries (dentición permanente)	✓		✓		✓		
2	Dientes cariados, con indicación de extracción y obturados (dentición decidua)	✓		✓		✓		
3	DIMENSIÓN 2: Estado Gingival Características clínicas de la encía	Si	No	Si	No	Si	No	
		✓		✓		✓		
4	DIMENSIÓN 3: Higiene Oral Proceso que mantiene limpia y sana nuestra boca y elimina la placa dental	Si	No	Si	No	Si	No	
		✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []
 Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Mg. Jorge Ortega Mosquera DNI: 08150756

Especialidad del validador: CLINICIA ODONTOLÓGICA
MG. EN INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA UNIVERSITARIA
MG. EN GERENCIA PÚBLICA

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

04...de...del 20...

 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE ESTADO BUCAL

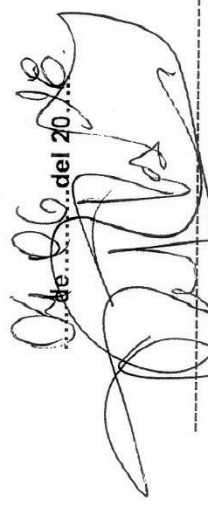
Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1: Experiencia de caries Dientes con caries, dientes perdidos y obturados por causa de caries(dentición permanente)	X		X		X		
2	Dientes cariados, con indicación de extracción y obturados (dentición decidua)	X		X		X		
3	DIMENSIÓN 2: Estado Gingival Características clínicas de la encía	Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 3: Higiene Oral	X		X		X		
4	Proceso que mantiene limpia y sana nuestra boca y elimina la placa dental	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si, existe suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./ Mg: Palacio PUCUNAYENIA RAIL CAOFR DNI: 08934217

Especialidad del validador: Cirujano Dentista
M.G. Gestión Pública

De 06 del 20


Firma del Experto Informante.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE ESTADO BUCAL

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1: Experiencia de caries Dientes con caries, dientes perdidos y obturados por causa de caries (dentición permanente)	✓		✓		✓		
2	Dientes cariados, con indicación de extracción y obturados (dentición decidua)	✓		✓		✓		
3	DIMENSIÓN 2: Estado Gingival Características clínicas de la encía	Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 3: Higiene Oral	✓		✓		✓		
4	Proceso que mantiene limpia y sana nuestra boca y elimina la placa dental	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si, hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable []


Apellidos y nombres del juez validador. Dr. (Mg): Efraim Tito Camargo DNI: 09692922

Especialidad del validador: Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud.

06 de 06 del 2018

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión


 Firma del Experto Informante.

Anexo D
Base de Datos

MIEDO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Estudiante	SEXO	TRATO HUMANO AL PACIENTE						MALA PRAXIS PROFESIONAL								ASPECTOS INHERENTES				ASPECTOS NO PRESIONALES			ESTADO BUCAL		
		P13	P14	P15	P16	P17	P18	P6	P8	P9	P10	P11	P12	P20	P1	P5	P7	P19	P2	P3	P4	F1	F2	F3	
1	2	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	0	4	5	5	0	3	3	1	1	1	
2	2	3	1	1	3	3	2	5	0	2	3	2	1	5	2	4	4	3	1	4	2	1	0	0	
3	2	3	5	4	5	4	3	5	4	5	5	5	5	1	4	3	4	2	2	0	1	1	1		
4	1	5	2	3	2	2	2	5	1	0	3	4	2	5	1	3	4	3	1	3	3	0	0	0	
5	1	3	3	1	4	2	3	5	4	2	3	3	4	5	1	4	4	3	0	3	4	0	0	0	
6	1	4	4	0	1	3	4	5	1	1	4	4	5	4	2	5	5	5	1	5	3	1	0	0	
7	2	2	2	3	4	3	4	5	3	1	1	4	4	4	2	4	5	5	2	1	5	0	1	1	
8	1	2	1	2	5	5	5	4	3	2	2	0	1	5	1	4	5	4	2	2	4	1	1	1	
9	1	3	4	0	5	4	2	4	4	3	5	2	1	4	4	5	5	5	1	2	2	0	1	1	
10	2	4	3	2	4	3	1	4	4	3	3	1	4	5	2	5	3	5	3	1	2	1	0	1	
11	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	2	4	2	1	1	1	
12	2	3	3	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	2	5	4	4	1	3	5	1	1	1	
13	1	4	0	2	3	2	4	5	5	5	5	3	5	1	1	4	4	3	2	3	3	1	0	0	
14	1	4	3	3	4	2	2	4	3	4	3	4	3	5	0	4	4	3	4	4	3	0	0	1	
15	1	4	4	5	5	3	3	5	5	3	4	5	4	5	1	4	5	4	2	3	5	1	1	1	
16	2	2	2	2	3	3	4	3	4	2	2	5	5	5	1	4	3	3	0	3	4	1	1	1	
17	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	5	3	3	1	2	4	1	1	1	
18	1	2	2	3	4	2	3	4	4	2	2	5	5	1	2	5	5	2	1	3	3	0	1	1	
19	1	1	4	1	4	5	4	3	4	3	4	5	5	1	1	4	4	1	3	3	1	1	1	1	
20	2	2	1	3	3	4	2	3	4	3	3	5	4	4	0	4	4	3	0	2	4	1	0	1	
21	2	2	1	1	3	3	2	5	5	1	1	4	5	4	0	2	2	3	0	4	4	0	0	0	
22	2	2	1	4	4	5	4	4	3	2	1	4	1	5	1	5	5	3	2	5	3	1	1	1	
23	2	1	4	1	1	0	5	5	5	4	5	5	4	5	1	3	5	4	4	5	4	1	1	1	
24	1	4	5	3	3	0	0	5	5	5	4	4	5	5	1	4	5	4	1	2	3	1	1	1	
25	1	0	3	2	4	2	2	5	5	2	1	5	5	2	2	4	4	2	3	3	3	1	0	0	
26	1	2	0	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	0	2	3	1	1	1	
27	2	2	3	4	3	5	4	4	5	3	4	4	4	5	4	5	5	3	3	2	2	1	1	1	
28	2	3	4	3	5	5	4	5	5	4	5	4	4	5	2	5	3	3	3	1	4	1	1	1	
29	2	5	5	5	5	4	4	2	1	3	5	5	4	5	2	4	3	5	1	5	4	1	1	1	
30	2	1	3	1	3	0	3	4	5	1	1	4	3	4	1	2	2	2	2	3	4	1	1	0	
31	2	1	3	2	3	2	1	1	2	3	4	3	2	5	1	4	4	4	1	2	5	0	1	1	
32	2	1	5	4	5	1	5	5	5	5	3	4	5	1	3	4	3	5	5	1	1	1	1	1	
33	1	3	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	4	3	2	5	1	1	1	
34	2	1	3	4	2	4	2	5	5	3	4	4	4	2	1	4	3	4	0	4	4	1	1	1	
35	2	3	4	2	4	2	4	5	5	4	5	4	5	5	1	3	3	3	5	4	4	1	1	1	
36	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	0	1	1	1	
37	2	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	0	1	1	1	
38	2	2	4	5	4	1	1	5	4	4	5	3	4	5	2	4	4	4	4	2	3	1	1	1	
39	1	4	4	4	4	3	4	5	5	4	5	5	5	5	1	4	3	4	5	5	0	1	1	1	
40	1	4	5	4	4	5	4	1	2	3	4	5	4	3	1	4	2	3	1	3	4	1	1	1	
41	2	5	5	5	5	0	0	5	5	5	5	5	5	5	0	4	4	4	0	2	5	1	1	1	
42	1	2	2	3	5	1	3	3	3	4	5	1	3	5	3	4	3	2	3	3	5	1	1	1	
43	2	0	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	0	1	1	
44	1	4	4	3	4	1	0	2	2	1	1	4	4	5	3	4	3	4	3	3	2	0	1	1	
45	1	5	4	3	4	1	1	5	5	5	5	5	5	5	1	4	5	3	1	3	3	1	1	1	
46	1	1	2	2	1	3	1	5	5	4	5	5	4	5	4	4	5	4	3	3	2	1	1	1	
47	1	4	4	5	4	5	3	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	2	1	1	1	
48	1	4	5	3	5	4	4	5	4	0	5	4	5	5	1	4	5	5	0	5	4	1	1	1	
49	1	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	0	5	4	5	4	5	1	1	1	1	
50	1	2	4	5	5	3	3	5	3	2	5	5	0	4	1	3	4	4	0	5	3	1	1	1	
51	1	5	5	3	3	3	3	5	5	3	3	3	5	5	4	5	5	3	4	4	5	1	1	1	
52	2	3	3	1	4	0	2	3	4	4	4	1	4	5	1	5	3	3	2	2	5	1	1	1	

53	1	3	4	3	5	4	3	0	4	0	4	5	5	5	1	3	3	4	4	5	3	1	1	1
54	2	5	5	5	2	5	5	0	5	5	5	5	0	5	2	4	4	2	5	3	0	1	1	1
55	2	1	2	1	1	3	4	4	4	1	3	4	4	4	3	5	4	3	2	5	5	1	1	1
56	2	4	0	1	4	4	0	5	5	4	4	5	5	5	2	5	4	4	4	1	2	1	1	1
57	1	1	3	5	4	0	5	4	3	4	1	3	3	3	5	5	5	3	1	2	5	1	1	1
58	2	2	2	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	5	2	5	4	2	2	5	2	1	1	1
59	2	1	4	5	4	5	4	4	4	1	4	4	1	1	1	3	3	5	1	2	4	0	0	0
60	2	5	2	4	3	0	0	1	5	4	4	4	5	0	3	4	5	3	2	3	1	1	1	1
61	2	2	4	3	2	0	0	4	4	3	2	3	4	5	1	2	5	3	2	4	2	1	1	1
62	2	5	5	4	5	3	3	5	4	5	5	5	4	5	1	4	4	5	3	2	5	1	1	1
63	1	2	2	5	5	5	0	5	5	5	5	5	5	5	0	5	5	0	5	5	2	1	1	1
64	1	1	1	4	4	1	3	5	4	5	5	0	1	1	4	4	5	3	1	4	4	1	1	1
65	1	4	3	5	5	5	4	5	4	2	3	1	5	5	5	4	5	5	0	4	3	1	1	1
66	1	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	1	5	4	5	0	3	5	1	1	1
67	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	3	2	3	1	1	1
68	1	4	4	1	1	1	1	4	4	4	4	1	4	5	1	4	4	1	1	4	4	1	0	1
69	1	0	2	2	4	3	2	3	3	2	3	4	3	4	5	5	3	4	3	1	5	1	1	1
70	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1
71	2	1	1	3	1	4	4	3	4	2	1	2	4	4	2	4	3	2	3	3	2	1	1	1
72	2	4	4	5	5	2	0	4	1	5	5	1	4	5	4	3	4	2	1	4	3	1	1	1
73	1	1	2	1	3	1	3	5	5	5	5	4	3	5	4	3	4	4	0	5	4	1	1	1
74	1	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	1	1	1
75	1	5	3	5	5	5	4	5	4	5	5	4	3	5	0	5	5	4	5	1	4	1	1	1
76	1	4	5	5	5	1	0	5	5	5	5	5	4	5	4	1	4	4	4	4	1	1	1	1
77	1	5	5	4	5	5	5	4	5	3	4	5	5	5	0	5	5	4	0	2	4	1	1	1
78	2	3	4	0	4	5	3	2	3	4	5	3	5	2	1	4	5	4	1	5	5	1	1	1
79	1	1	1	5	5	1	1	5	3	1	0	5	5	5	1	5	5	5	3	0	4	1	1	1
80	2	3	3	3	5	4	5	1	4	1	4	4	5	5	2	4	5	5	1	5	5	1	1	1
81	2	2	3	1	3	2	2	4	1	2	2	3	3	4	3	5	3	3	1	2	5	1	1	1
82	1	3	2	1	3	3	2	2	1	3	3	2	1	3	2	4	4	2	4	2	3	1	1	1
83	2	1	3	1	4	2	2	5	5	1	2	5	5	1	1	5	3	1	5	5	2	1	0	1
84	2	5	0	4	0	5	5	5	5	1	3	3	5	2	1	5	5	4	1	5	4	1	1	1
85	2	0	3	1	4	2	3	4	4	2	3	3	4	4	4	5	3	3	2	3	2	1	1	1
86	2	4	4	3	4	1	5	4	4	5	4	1	5	5	5	5	3	1	4	5	3	1	1	1
87	1	5	5	5	5	1	1	3	1	4	5	4	5	3	5	0	1	5	4	4	2	1	1	1
88	2	4	3	4	3	4	0	5	2	1	3	1	3	3	3	5	3	3	2	4	3	1	1	1
89	1	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	2	4	5	5	1	2	4	1	1	1
90	2	2	2	1	4	2	3	3	3	3	2	4	3	4	2	3	2	4	3	3	4	1	1	1
91	2	4	5	1	5	4	5	4	5	1	4	2	5	2	4	3	4	2	1	2	4	1	1	1
92	2	1	3	2	3	3	2	4	4	4	5	5	3	4	2	4	2	5	0	3	5	0	0	0
93	1	0	3	1	3	4	4	2	1	2	4	2	3	4	2	4	4	5	1	3	3	1	1	1
94	2	2	2	2	4	4	1	5	5	3	2	2	5	4	1	2	2	2	0	5	4	1	0	1
95	1	1	5	4	4	4	5	5	4	5	5	0	4	5	4	4	4	5	5	1	2	1	1	1
96	2	2	3	1	3	2	3	3	4	2	2	3	1	3	3	3	3	5	2	2	3	1	1	1
97	1	4	3	2	5	1	4	4	4	5	4	4	4	2	2	4	4	2	3	4	2	1	1	1
98	2	1	2	1	1	3	4	5	2	2	3	2	3	5	1	5	3	2	0	5	5	0	1	1
99	2	4	5	4	5	5	5	4	2	4	4	4	4	5	2	5	5	2	4	2	2	1	1	1
100	1	4	2	3	2	3	4	5	4	2	2	3	4	5	1	4	3	3	1	2	5	0	0	0
101	2	2	3	3	2	2	0	3	3	2	2	3	4	4	2	1	2	2	5	4	5	1	1	1
102	1	3	2	2	3	3	2	5	5	4	3	4	5	5	2	5	5	3	2	3	4	1	1	1

Anexo E

Autorización de la institución

Lima, 12 de junio del 2018

Carta N°006- 2018-CEBA/J.H.

Srta.

RUTH MARIBEL ACOSTA OREJÓN

Presente. -



Asunto: Autorización para la aplicación del cuestionario sobre nivel de miedo a la consulta odontológica y ficha del estado bucal.

Referencia: Carta N° 001-2018-Odontología

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención al documento de la referencia, se le autoriza efectuar la aplicación del cuestionario y ficha dental a los estudiantes de 3° y 4° de secundaria, ciclo atelerado que será utilizado en su proyecto de investigación "Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes del CEBA Javier Heraud, Lima 2018", ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



Lic. Miriam R. Maldonado Espejo
DIRECTORA
CEBA "JAVIER HERAUD"

Mirian Maldonado Espejo

Directora CEBA "Javier Heraud"

Anexo F

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado estudiante:

Le informo sobre el desarrollo del presente estudio de investigación que estoy llevando a cabo sobre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal, los beneficios que se obtengan permitirá reducir los niveles de miedo dental y los altos índices de mal estado bucal, así mismo permitirá mejorar la atención odontológica brindada por el profesional de salud y los asistentes, el enfoque que debe tener el ambiente del consultorio dental y dar a conocer sobre la importancia y beneficio del cuidado oral.

Por este motivo necesito su colaboración, para conocer el nivel del miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de cada estudiante.

Atentamente, la investigadora

Ruth Maribel Acosta Orejón
Cirujano Dentista – COP25356

Manifiesto que, tras haber leído este documento, me considero adecuadamente informado y haber aclarado mis dudas con la profesional investigadora.

Por tanto, acepto participar en el estudio de investigación Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud - Lima, 2018, dando mi consentimiento voluntario para responder el cuestionario que me hagan llegar y permitir el examen odontológico requerido.

Firma

Anexo G

Tablas Secundarias de Género

Tabla 22

Resultados hallados de variable nivel de miedo a la consulta odontológica según el género de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018

Miedo a la consulta odontológica	GENERO			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Miedo nulo	2	4.0%	1	1.9%
Miedo moderado	24	48.0%	28	53.8%
Miedo alto	24	48.0%	23	44.2%
Total	50	100.0%	52	100.0%

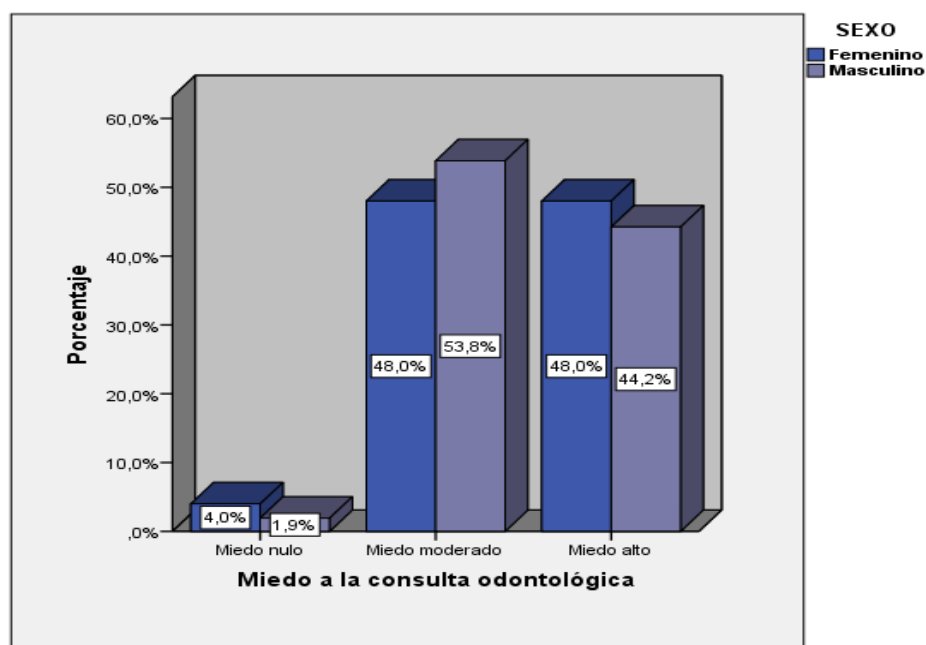


Figura 12. Resultados hallados variable nivel de miedo a la consulta odontológica según el género de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 22 y Figura 12 se presentó un mayor porcentaje de 53,8% de género masculino y un 48% del género femenino en el nivel de miedo moderado a la consulta odontológica, un 48,0% de género femenino y 44,2% de género masculino en el nivel de miedo alto a la consulta odontológica, mientras que el 4,0% del género femenino y 1,9% de género masculino obtuvieron un nivel de miedo nulo a la consulta odontológica.

Tabla 23

Resultados hallados de variable Estado Bucal según el género de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Estado Bucal	GENERO			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Buen estado bucal	3	6.0%	3	5.8%
Regular estado bucal	8	16.0%	12	19.2%
Mal estado bucal	39	78.0%	37	75.0%
Total	50	100.0%	52	100.0%

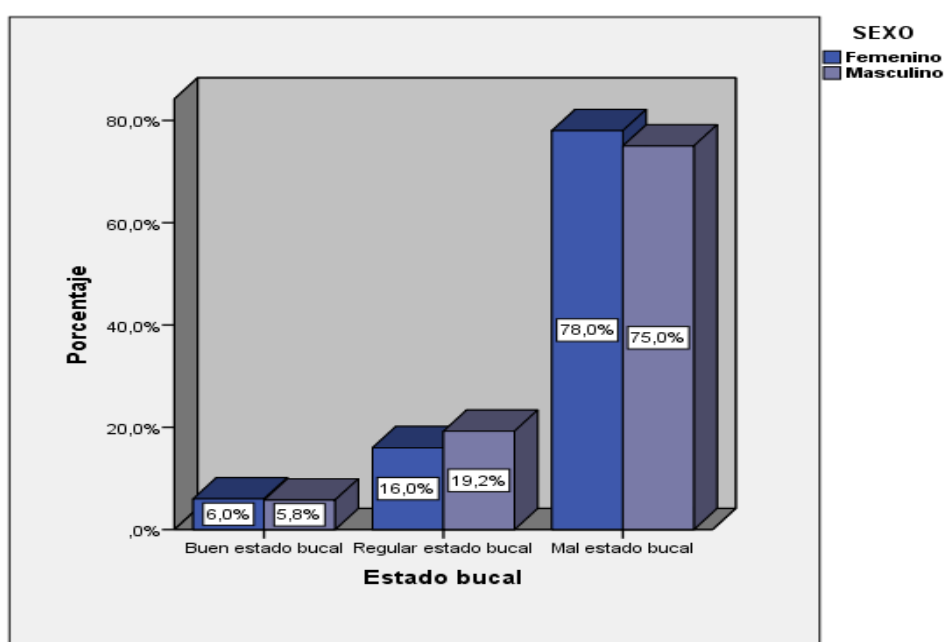


Figura 13. Resultados hallados variable estado bucal según el género de los estudiantes de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018.

Interpretación

De acuerdo con los datos expuestos en la Tabla 23 y Figura 13 se presentó un mayor porcentaje de 78% de género femenino y un 75% del género masculino en mal estado bucal, un 19,2% de género masculino y 16% de género femenino en regular estado bucal, mientras que el 6% del género femenino y 5,8% de género masculino tuvieron buen estado bucal. Por lo expuesto, el género femenino obtuvo mayor porcentaje (78%) de mal estado bucal.

Anexo H
Artículo Científico

ARTÍCULO CIENTIFICO

1. TÍTULO: Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018

2. AUTOR: Ruth Maribel Acosta Orejón

3. RESUMEN

El Objetivo del estudio fue determinar la relación entre nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018. El trabajo se elaboró bajo los parámetros de una investigación descriptiva - correlacional, con diseño no experimental de corte transeccional o transversal. La información se recolectó a través de la aplicación de un cuestionario, con un alfa de Cronbach de 0.875 para la variable miedo a la consulta odontológica y de ficha odontológica para estado bucal, validados por juicios de expertos. La población fue de 102 estudiantes del Centro de Educación Básica Alternativa (CEBA) Javier Heraud. Los resultados reflejaron que un 51% de los estudiantes presentaron nivel moderado de miedo a la consulta odontológica contrariamente el 46% de los encuestados presentaron un nivel de miedo alto y un 2,9 % un nivel de miedo nulo además de 76.5% estado bucal malo, de 17,6% estado bucal regular y de 5,9% de estado bucal bueno. Por lo que podemos concluir que se ha demostrado que la correlación es significativa entre el miedo a la consulta odontológica y el estado bucal según el coeficiente de Spearman calculado (0.742) que señala una correlación moderada y positiva con una significancia de ($p=0.00$).

4. PALABRAS CLAVES

Miedo consulta odontológica, miedo dental, salud oral.

5. ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between the level of fear of dental consultation and the oral status of CEBA students Javier Heraud, Lima 2018. The work was elaborated under the parameters of a descriptive -

correlational investigation, with non - experimental design of transectional or transversal cut. The information was collected through the application of a questionnaire, with an alpha of Cronbach of 0.875 for the variable fear of dental consultation and of dental record for oral status, validated by expert judgments. The population was 102 students of the Center for Alternative Basic Education (CEBA) Javier Heraud.

The results showed that 51% of the students presented a moderate level of fear of dental consultation, while 46% of the respondents showed a high level of fear and 2.9% a level of fear, in addition to 76.5%, a poor oral state, 17.6% regular oral status and 5.9% good oral status. So we can conclude that it has been shown that the correlation is significant between fear of dental consultation and oral status according to the Spearman coefficient calculated (0.742) that indicates a positive and moderate correlation with a significance of ($p = 0.00$).

6. KEY WORDS

Fear of dental consultation, dental fear, oral health.

7. INTRODUCCION

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018, la investigación estuvo estructurada de acuerdo a los patrones de redacción y estructura que la Universidad César Vallejo ha solicitado y que comprende los siguientes puntos:

En la primera parte tenemos: Aspectos teóricos donde se encuentran lo siguiente:

Capítulo I. se presenta la introducción, la cual contiene los antecedentes y fundamentación científica, técnica o humanística, se plantea la justificación y se formulan los problemas, hipótesis y objetivos de la investigación. En la segunda parte, el Capítulo II. Marco metodológico se presenta la variable de estudio, la operacionalización de las variables, se desarrolla la metodología, tipo, diseño y

se detalla la población y muestra de estudio. En la tercera parte tenemos el Capítulo III de los resultados que comprende: Tratamiento estadístico e interpretación de datos. Seguidamente el Capítulo IV se desarrolla la discusión. En el Capítulo V se plantea las conclusiones, Capítulo VI se presentan las recomendaciones, en el Capítulo VII se presentan las referencias bibliográficas consultadas en el proceso de investigación y finalmente se presentan los anexos.

8.METODOLOGÍA

El método de esta investigación fue el hipotético deductivo, según su finalidad es básica, se desarrolló a través del enfoque cuantitativo no experimental, asimismo, correlacional, para saber si hay relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal y el alcance de la investigación fue transversal. Se trabajó con una población conformada por un total de 102 estudiantes de CEBA “Javier Heraud”, del distrito de San Juan de Miraflores, Lima. Para la variable Estado Bucal se empleó el método de observación directa, ya que se evaluó la salud oral de los estudiantes, mediante una historia clínica odontológica, el instrumento utilizado para la variable miedo a la consulta odontológica fue el cuestionario de Pal-Hegedus y Lejarza de 20 preguntas.

9. RESULTADOS

Se describieron los resultados obtenidos a través de tablas de frecuencia y figuras en barras obteniéndose en la tabla 8 y figura 2, que el 51,0% de estudiantes presentaron un nivel moderado de miedo a la consulta odontológica, mientras que el 46,1% de estudiantes obtuvieron un nivel alto y un 2,9% de estudiantes presentaron un nivel nulo, además se obtuvo como resultado según la tabla 13 y figura 7 que un 76,5% de estudiantes presentaron un mayor porcentaje de mal estado bucal, mientras que el 17,6% de estudiantes obtuvieron regular estado bucal

y un porcentaje menor de 5,9% de estudiantes tuvieron un buen estado bucal. Por lo cual se expresa que existe una mayor cantidad de estudiantes con mal estado bucal de CEBA Javier Heraud- Lima, 2018. En la tabla 17 se evidencia el resultado del coeficiente de correlación de Spearman ($= 0,742$), siendo una correlación moderada y positiva, y un valor de significación ($p = 0,00$) inferior al 5%, lo que permite rechazar la hipótesis nula, y aceptar la hipótesis alterna, es decir existe relación entre el nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, lo cual quiere decir que a un mayor nivel de miedo a la consulta odontológica también se incrementará el mal estado bucal del estudiante.

10.DISCUSION

Con esta investigación se pretendió medir la relación entre el miedo dental y la salud bucal, se busca esta relación porque la literatura manifiesta que el miedo dental es una de las principales causas de deserciones para la búsqueda de atención de las personas a los especialistas en salud dental (Costa, 2002). En este contexto se investiga en una población de adolescentes cuyas edades fluctúan entre 12 y 18 años, por ser un grupo en formación lo que permite que pueda modificarse sus costumbres y favorecer el autocuidado de su salud oral.

El objetivo del estudio pretendía medir la relación entre el miedo dental y la salud bucal, se obtuvo como resultados que el 51% de los estudiantes expresan un nivel de miedo moderado, seguido de un 46,1% con nivel de miedo alto, esto repercute en la salud bucal pues el 76,5% de los estudiantes tienen una mala salud bucal, y el 17,6% una salud regular, solo un 5,9% mantiene una salud bucal adecuada, en la prueba de correlación de Spearman el resultado es de (7.42) que evidencia una correlación alta y positiva, y un nivel de significancia de (0.00) que permite aceptar la hipótesis alterna y rechazar la hipótesis nula, es decir que a mayor miedo a la consulta odontológica ,mayor es el mal estado bucal en los estudiantes.

Este estudio se complementa con el realizado por Valdés, et al., (2015), quienes llevaron a cabo una investigación donde se estudió la relación del miedo

dental con el estado bucal en pacientes, dando como resultado el predominio de la categoría de mucho miedo al odontólogo en los estudiados, además de una correlación alta de la presencia de miedo al odontólogo y el estado de salud bucal, en conformidad por lo señalado por Agnoli y et al., (2009), que refiere que el individuo presenta salud bucal cuando no solo están los dientes sanos, sino también las encías, los tejidos, la mucosa, el paladar, la lengua y todos sus componentes. La boca y las partes que la constituyen cumplen diversas actividades como hablar, comer, sonreír, por lo cual se debe preservar su correcto funcionamiento y recuperarla en caso de haberla perdido (p.29).

El miedo dental cuya definición es un estado de angustia, inseguridad y malestar que presenta el paciente. La presentan con mayor frecuencia los pacientes más pequeños, especialmente cuando deben acudir a un lugar nuevo para ellos, como es su primera visita al odontólogo, ya que no conocen el consultorio y al profesional que allí atiende (Klingberg y Broberg,2007, p.392).

De la misma manera Kuhn y Keith (1994):

La sensación de miedo al tratamiento en Odontología de párvulos y adolescentes se manifiesta de diferentes maneras: brusca y con crisis de pánico, duradera, generalizada y con estrés, la que se origina por experiencias o situaciones traumáticas anteriores o por causas subjetivas, asimismo no es común encontrar niños que quieran ir gustosos a su cita dental, la mayoría presenta un miedo exacerbado cuando debe acudir a la consulta odontológica, por los recuerdos de situaciones pasadas y que al estar frente a la unidad dental, se intensifica su miedo aparentemente sin motivo (p.13).

Los resultados se corresponden con Sunil Raj et al (2013) cuyo objetivo fue evaluar el miedo dental en niños durante la primera visita dental, las puntuaciones de miedo fueron más altas para las preguntas relacionadas con "inyecciones", "estrangulamiento", "ruido de pieza de mano", que pertenecen a la dimensión de aspectos inherentes y mala praxis al tratamiento, en donde en el presente estudio los estudiantes del CEBA Javier Heraud presentaron 52% de miedo alto y 70,6% respectivamente. Por lo que se concluyó que en la dimensión mala praxis, que los pacientes sienten miedo porque en algún momento hubo negligencia y se equivocaron en ponerle la inyección de anestesia, la mala manipulación de los

instrumentos le generó al paciente sangrado de la boca o le lastimaron los labios, en cuanto a la dimensión de los aspectos inherentes del tratamiento, muchos pacientes sienten temor ante el ruido de la pieza de mano, tienen miedo cuando llegan a ver la aguja durante la aplicación de la anestesia en las encías.

De acuerdo con Carrillo, et al. (2012) el miedo que presenta el paciente a la consulta dental, se da cuando el profesional odontólogo pierde el control sobre la pieza de mano y se desliza dañando el tejido de la cavidad oral del paciente. También puede relacionarse con la sensación que tienen algunos pacientes durante la realización del tratamiento dental, imaginando que pueden dejar de respirar, una sensación de ahogamiento durante la toma de impresiones o que pueden llegar a sufrir un infarto durante la aplicación de la anestesia (p.111)

En la primera hipótesis específica, existe relación entre el miedo a la consulta odontológica y la experiencia de caries en la prueba de correlación de Spermán el resultado es de (4.70) que evidencia una correlación moderada y positiva, y un nivel de significancia de (0.00), los resultados arrojaron un porcentaje alto de 86,3% en la presencia de caries en los estudiantes del CEBA Javier Heraud, el estudio que muestra resultados coincidentes con la presente investigación es el llevado a cabo por Huespe (2015) donde se determinaron los índices de caries a través de una exploración clínica por visión directa, se fijó un nivel de error igual al 5%, $p < 0,05$ para la significación estadística y los resultados arrojaron que la prevalencia de caries en los estudiantes participantes de este estudio fue del 81,8% y sólo el 18,2% de los estudiantes no presentó caries.

Para Boj y et al. (2011) la caries es el mayor inconveniente de salud dental en la mayoría de los países en vías de desarrollo afectando al 60-90% de la población escolar y a la inmensa mayoría de la población adulta” (p. 835). Además Gómez y et al., (1988) señala que la caries dental y los abscesos perjudican el estado de salud del adolescente y originan dolor dental e infecciones sistémicas que lo hacen ausentarse por periodos cortos o largos de la escuela y truncan el término académico (p.128).

En la segunda hipótesis específica, existe relación entre el miedo a la consulta odontológica y el estado gingival en la prueba de correlación de Spermán el resultado es de (3.67) que evidencia una correlación baja y positiva, y un nivel

de significancia de (0.00), los resultados arrojaron un porcentaje alto de 84,3% en la presencia de inflamación de las encías en los estudiantes del CEBA Javier Heraud, este resultado se contrapone en cuanto al estado gingival a la investigación de Barcia y Paladines (2013) quienes hicieron un estudio en estudiantes de 6 a 11 años de edad de las escuelas fiscales de Portoviejo, donde los resultados de la población estudiada sobre la enfermedad de gingivitis fue relativamente baja, pero la presencia de caries dental de los niños evaluados fue considerablemente alta, ya que el resultado que se obtuvo fue el de 97%.

Para complementar estos conocimientos, Quedes, Bonecker, y Delgado (2011) refieren que la primera característica de la gingivitis en una persona adulta es el sangrado al sondaje, en el niño la primera característica clínica que se presenta es la inflamación y el color alterado, pero al avanzar la gingivitis surge el sangrado al sondaje, el que también con el tiempo se hace espontáneo, en el niño, así como en los adultos, el principal factor que causa la gingivitis es la falta de higiene bucal (pp.155-156).

En la tercera hipótesis específica, existe relación entre el miedo a la consulta odontológica y la higiene oral en la prueba de correlación de Spearman el resultado es de (2.96) que evidencia una correlación baja y positiva, y un nivel de significancia de (0.00), los resultados arrojaron un porcentaje alto de 89,2% en la presencia de mala higiene bucal en los estudiantes del CEBA Javier Heraud, encontramos una similitud en los estudios hechos por Farías (2015) donde se evaluó el estado de salud oral de niños entre 4 y 5 años de edad, se les aplicó un examen oral básico, que incluyó índice de caries y el índice de *O'leary*, que sirvió para evaluar la higiene oral. Los resultados mostraron que solo el 8,2 % de los niños presentan dientes sanos, mientras que el 91,8% tiene dientes cariados, finalmente se evaluó la higiene oral, cuyo resultado fue el 83,8% con mala higiene oral, regular y buena higiene obtuvieron el 8,1%.

Estos resultados nos demuestran que hay una imperiosa necesidad de fomentar la higiene de los dientes, enseñar sobre su importancia, de vencer los temores y asistir de manera regular al consultorio dental, debe haber un enfoque para instaurar en los estudiantes y en la población en general actitudes que modifiquen conductas negativas, educando y brindando instrucciones del cuidado

personal de las piezas dentarias. Debemos indicar que, por los estudios de Loscos, et al. (2005) señala al cepillado como el procedimiento con mejores resultados para la eliminación mecánica de la placa dental, la que se realiza la persona en su hogar, usando sus capacidades motoras y sus sentidos, es una norma de higiene para mantener el buen estado de salud oral (p.44).

En concordancia con Barrancos (2006) la higiene bucal permite el control de enfermedades orales, ya que facilita la eliminación de residuos alimenticios y con ello contribuye con la remoción de bacterias, permitiendo el control de microorganismos en la cavidad bucal, para esto es necesario realizar una adecuada limpieza diaria desde antes de la aparición del primer diente, se debe mantener limpias las encías, tejidos blandos y espacios situados entre una pieza dentaria y la siguiente, pues sino realizamos el protocolo de higiene y cuidado oral se permitirá la acumulación y proliferación de bacterias que causaran enfermedades orales, además debemos asistir periódicamente a la consulta dental, para que nos realicen la profilaxis y el destartraje, es decir es imprescindible la remoción de placa blanda y cálculos que muchas veces el cepillo no puede retirar.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por el Minsa, en nuestro territorio y llevado a cabo los años 2016-2017 resultó una incidencia de 76% de caries dental en niños de 3 a 5 años de edad como consecuencia de una inadecuada higiene bucal y en estudios referenciales se estima que la prevalencia actual de mal oclusiones es del 80%, adicionalmente la prevalencia de caries dental en niños menores de 11 años es de 85% , por todas estas estadísticas tan elevadas la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nos ha declarado en un país que necesita urgentemente adoptar estrategias que mejoren la salud bucal especialmente en niños de temprana edad.

La mayoría de adolescentes no acuden a tiempo a la consulta odontológica, debido principalmente al miedo que presentan, pero se debe tener siempre en cuenta que no se puede esperar a que los dientes presenten gran daño, para recién empezar a tratarlos, ya que a medida que pasa el tiempo y se los deja, van perdiendo valor en todos sus aspectos, pero no hacerlo todavía es peor, ya que conlleva a un deterioro cada vez mayor, lo que explica el mal estado

de salud oral de muchas personas y el no atenderse de forma oportuna agrava el estado de salud oral, que se manifiesta en la salud general.

11.REFERENCIAS

- Abanto, J., Pinto, K., Bonecker, M., Nahas, F., y Nahas, M. (2010). Propuestas no farmacológicas de manejo del comportamiento en niños. *Revista Estomatológica Herediana*.20 (2), 101-106.
- Agnoli, M., Reinoso M., y Bogado A. (2009). Promoción de la Salud Odontológica en Argentina e Italia. Estudio comparativo de dos realidades diferentes. *Curso de Auditoria Médica del Hospital Alemán*. Buenos Aires, Argentina.
- Barceló, E. B. (2010). *Odontología para bebés*. México D. F. México: Trillas
- Barrancos, M. (2006). *Operatoria dental*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la Investigación para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. (3ª ed.). Universidad de la Sabana, Colombia.
- Bezerra, L. A. (2008). *Tratado de Odontopediatría*. Sao Paulo, Brasil: Amolca.
- Boj, J.R., Catalá, M., García-Ballesta C, Mendoza A., Planells P. (2011). *Odontopediatría la evolución del niño al adulto joven*. Madrid, España: Ripano
- Bordoni, N., Escobar, A., y Castillo, R. (2010). *Odontología pediátrica*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Carranza, F. (1996). *Compendio de periodoncia. Clasificación de la Enfermedad Periodontal*. (5ta ed). Buenos Aires, Argentina: Mc Graw Hill.
- Carrillo, M., Crego, A. y Romero, M. (2012). *Miedo dental en la infancia y adolescencia*. Estados Unidos: Lulu Press.
- Christophe, A. (2005). *Psicología del miedo - temores, angustias y fobias*. Barcelona, España: Kairos.

- Costa, A. (2002). Psicología aplicada a odontopediatria: Uma introdução. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2, 2.
- Cuenca, E. y Baca, P. (2005). *Odontología Preventiva. Principios, métodos y aplicaciones*. (3ra ed). Barcelona, España: Masson S.A.
- Díaz E, San Martín, L. y Ruiz, M. (2013). Miedo al dentista e intervenciones para reducirlo. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*.9:53-55.
- Díaz, M. y Cruz, C. (2004). Cómo lograr la óptima colaboración del niño en el consultorio dental. *Boletín Odontología Argentina de Niños*, 33, 13-18.
- Eleuza, R. (2003). O medo do paciente ao tratamento odontológico. *Revista da Faculdade de Odontologia da Univ. Federal RGS Porto Alegre*, 41, 39 - 42
- Enrile F. (2009). *Manual de Higiene Bucal*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Frías, A. (2000). *Salud pública y educación para la salud*, Barcelona: Masson.
- Genco, R. J., y Williams, R. C. (2011). *Enfermedad periodontal y salud general: una guía para el clínico*.
- Gomez, B., y Villaroel, M., Simoza C., Guevara L., y Rivera N., (1997). *Examen Clínico Integral en Estomatopediatria*. Caracas: Lauper.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2015). *Metodología de la Investigación*. (6ta. ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Kinney T. y Taylor J. (2000). *Investigación de mercados*. (5ta ed). Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill.
- Kuhn, B. y Keith, D. (1994). Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. *En Pediatric Dentistry*.
- Márquez, J.A., Navarro, M.C., Cruz, D., y Gil, J. (2004). ¿Por qué se le tiene miedo al dentista?: Estudio descriptivo de la posición de los pacientes de la Sanidad Pública en relación a diferentes factores subyacentes a los miedos dentales. *RCOE*, 9(2), 165-174.
- Milgrom, P., Weinstein, P., Kleinknecht, R. y Getz, T. (1987). *Treating fearful dental patient's: A clinical handbook*. New York, Appleton.

- Milgrom, P., Macl, L., y King, B. (1995). Origins of childhood dental fear. *En: Journal Behaviour Research and Therapy*, 33(3),313-319.
- Navarro, H. y Ramírez R. (1996). Un estudio epidemiológico acerca de la prevalencia de ansiedad y miedos dentales entre la población adulta de la gran área metropolitana de Costa Rica. *Psicología Conductual* 1996; 4(1):79-95.
- Lima M, Guerrier L. y Toledo A. (2008). Técnicas de relajación en pacientes con miedo al tratamiento odontológico. *Revista Humanid Méd*, 8(3),1-12.
- Lee C., Chang Y., y Huang S. (2008). The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *International Journal Pediatric Dent*; 18(6),415-22.
- Lindhe J. (2009). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Loscos, F., Aguilar, M., Cañamas, M., e Ibañez, P. (2005). Sistemática de la higiene bucodental: El cepillado dental. *Periodoncia y Oseointegración*, 15(1), 43-48.
- López, J. H. (2010). *Odontología para la higiene oral*. Colombia: Zamora.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Educación para la Salud. *Manual sobre Educación Sanitaria en atención primaria de Salud*. Ginebra. 1989.
- Organización Mundial de la Salud. *Glosario Promoción de la Salud*. Ginebra 1998, p.10.
- Palomer, L. (2005). Caries dental en el niño. La enfermedad contagiosa. *Revista Chilena Pediatría*, vol 77(1), p.56-60.
- Pearce, J. (1995). *Ansiedades y miedos*. Madrid, España: Paidós
- Peñaranda (2000). *Psicología odontológica, interdisciplinaridad entre la psicología y la odontología*. (3ra. ed). Caracas, Venezuela: Universidad Central de Venezuela.

- Pires Corrêa, M. (2002). *Sucesso no atendimento odontopediátrico: Aspectos psicológicos*. Sao Paulo: Santos.
- Prenoc (Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional) 1999.
Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud.
- Rachman, (1977). The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. *Behaviour research and therapy*, 15(5), 375-387
- Sánchez, L. (1994). Géneros del Miedo Dental. *Revista Española de Odontología*; 32: 10-18.
- Sapp P., Eversole L., y Wysocky G. (2004). *Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea*. (2a ed.). Madrid, España: Elsevier.
- Sassaroli, I, y Lorenzini, R. (2000): *Miedos y fobias: causas, características y terapias*. Barcelona: Paidós
- Scheie A. (1994). Mechanisms of Dental Plaque Formation. *Adv Dent Res*, 1994; 8: 246-55.
- Soto, R., y Reyes, D. (2005). Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria*, 4, 1-3.
- Sunil, R., Manisha A., Kiran, A., Sapna K., Nagakishore V. (2013). Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *International Journal Clinical Pediatric Dent* .6(1):12–15.
- Thomson, W. M., Broadbent, J.M., Locker, D. y Poulton, R. (2009). Trajectories of dental anxiety in a birth cohort. *Journal Community Dentistry and Oral Epidemiology*. Vol. 37, p. 209–219.
- Valderrama, S. (2013) Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. (5ta. Ed.) Lima: San Marcos. ISBN 978-612-302-878-7

- Vela, F.L. (2007). *Separación Padre - Hijo: Elección de los padres durante la atención dental en la Clínica del Posgrado de Odontopediatría de la UANL*. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Valdés, J., Ghanman, Y., Castellanos, D., y Delgado, L. (2015). Caracterización de pacientes con miedo al odontólogo. *Revista de la Federación colombiana*,5 (2).
- Versloot, J., Veerkamp, J., Hoogstraten, J., y Martens L. (2004). Children's coping with pain during dental care. *CDOE*; 32 ,456-611.
- Wilson, J. y Kelling, G. (1970).” Broken Windows: the pólíce anda neighborhood safety”. *The Atlantic*, p .1-10.
- Zalba, J.I. (2015). La Teoría de las Ventanas Rotas en la Salud Bucodental. Recuperado <https://capdental.net/?p=4214>

ANEXO I

Declaración jurada de autoría del Artículo Científico

Declaración jurada de autoría y autorización para la publicación del artículo científico

Yo, Ruth Maribel Acosta Orejón, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 10057067, con el artículo titulado: "Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018", declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría.
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, la publicación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Ate Vitarte, 25 de agosto del 2018



Ruth Maribel Acosta Orejón

D.N.I. 10057067



Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Teresa de Jesús Campana Añasco, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, sede Ate, revisora de la tesis titulada "Nivel de miedo a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEBA Javier Heraud, Lima 2018" de la estudiante Ruth Maribel Acosta Orejón, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 21% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 18 de agosto del 2018


Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco
DNI: 31035536

Feedback Studio - Google Chrome
 Es seguro - https://exturnit.com/app/carta/es/31107513467564img/m26w-0537130706-04
 feedback studio Ruth Maribel Acosta Orejon mico dental

Todas las fuentes
 Coincidencia 1 de 128

- Entregado a Universidad... 7%
- repositorio uvu.edu.pe 6%
- docplayer.es 5%
- repositorio.upao.edu.pe 4%
- Entregado a Universidad 3%
- repositorio.universedu 3%
- www.cob.cig.pe 2%
- Entregado a Universidad 2%
- repositorioacademico 2%
- ISSUU.COM 2%

ESCUELA DE POSGRADO
 Universidad César Vallejo

Nivel de mico a la consulta odontológica y el estado bucal de los estudiantes de CEA Javier Heraud, Lima 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
 Maestra en Gestión de los servicios de la salud

AUTORA:
 Dr. Acosta Orejon, Ruth Maribel

ASESORA:
 Dra. Campana Alaseco, Teresa

SECCIÓN:
 Ministerio en Gestión de los Servicios de la Salud

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
 Calidad de las prestaciones asistenciales y Gestión del riesgo en Salud

LIMA-PERU
 2018

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
 CAMPUS ARE
 POSGRADO

Ruth Maribel Acosta Orejon

Página: 1 de 87 Número de palabras: 22978
 Text-only Report High Resolution Activado 12:56 17/06/2018

Cumplir



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DEL
PROGRAMA DE MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Br. ACOSTA OREJON, RUTH MARIBEL

TESIS TÍTULADA:

**NIVEL DE MIEDO A LA CONSULTA ODONTOLÓGICA Y EL ESTADO BUCAL DE LOS ESTUDIANTES DE
CEBA JAVIER HERAUD, LIMA 2018**

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

MAESTRA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

SUSTENTADO EN FECHA: 31 DE AGOSTO 2018

NOTA O MENCIÓN: **APROBADO POR MAYORIA**

T. Campana

Dra. Teresa de Jesús Campana Añasco