



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS
MAESTROS ESCOLARES HACIA LA SALUD ORAL EN
LA CIUDAD DE CASMA, DISTRITO CASMA, REGIÓN
ÁNCASH 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA**

AUTOR:

Bach. LEIDY MURGA GARCIA

ASESOR:

Mgtr. ALAN MAYKOL BERMEJO TERRONES

CHIMBOTE – PERÚ

2019

1. Título de la tesis

**“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE
LOS MAESTROS ESCOLARES HACIA LA SALUD
ORAL EN LA CIUDAD DE CASMA, DISTRITO
CASMA, REGIÓN ÁNCASH 2017”**

2. Hoja de firma del jurado y asesor

Dr. ELÍAS AGUIRRE SIANCAS

PRESIDENTE

Mgtr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE

MIEMBRO

Mgtr. SALLY CASTILLO BLAZ

MIEMBRO

Mgtr. ALAN MAYKOL BERMEJO TERRONES

ASESOR

3. Agradecimiento y dedicatoria

Agradecimiento

Quiero expresar mi más sincero
agradecimiento:

A los directores de las Instituciones
Educativas que me abrieron las puertas de
sus Instituciones para poder elaborar mi
tesis.

A los docentes que me enseñaron y
guiaron durante mi formación tanto
profesional como humanística

Dedicatoria

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi amado esposo por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión y amor.

A mi amado hijo Thiago por ser mi fuente de inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depara un futuro mejor.

A mi amada madre, padre y hermana quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales

4. Resumen y abstract

Resumen

La investigación tuvo por **objetivo**, Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo y transversal; de nivel descriptivo y de diseño epidemiológico. La población estuvo conformada por 142 maestros escolares; la muestra se constituyó por 60 maestros escolares determinados por muestreo aleatorio simple y que cumplieron con los criterios de selección; a quienes se les aplicó un cuestionario elaborado por 24 preguntas. **Resultados:** El conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral son regular con el 65%. El conocimiento de los maestros escolares hacia la salud oral es regular con el 58%. La actitud de los maestros escolares hacia la salud oral es alto con el 55%. La práctica de los maestros escolares hacia la salud oral en mayor proporción es regular con el 62%. **Conclusión:** Se determinó los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017, es regular con el 65%.

Palabras clave: conocimiento, actitud, prácticas, salud bucal, maestros.

Abstract

The **objective** of the research was to determine the knowledge, attitudes and practices of school teachers towards oral health in the City of Casma, District of Casma and Province of Ancash in 2017. **Methodology:** An observational, prospective and transversal type study was carried out; of descriptive level and epidemiological design. The population consisted of 142 school teachers; the sample consisted of 60 school teachers determined by simple random sampling and who met the selection criteria; to whom a questionnaire prepared by 24 questions was applied. **Results:** The knowledge, attitudes and practices of school teachers towards oral health are regular with 65%. The knowledge of school teachers towards oral health is regular with 58%. The attitude of school teachers towards oral health is high with 55%. The practice of school teachers towards oral health in a greater proportion is regular with 62%. **Conclusion:** The knowledge, attitudes and practices of school teachers towards oral health in the City of Casma, District of Casma and Province of Ancash in 2017 was determined, is 65% regular.

Key words: Knowledge, attitude, practices, oral health, teachers.

5. Contenido

1. Título de la tesis	ii
2. Hoja de firma del jurado y asesor	iii
3. Agradecimiento y dedicatoria.....	iv
4. Resumen y abstract.....	vi
5. Contenido.....	viii
6. Índice de gráficos, tablas y cuadros	ix
I. Introducción	xi
II. Revisión de la literatura	14
III. Hipótesis	40
IV. Metodología	41
4.1 Diseño de la investigación	41
4.2 Población y muestra	41
4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores	43
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
4.5 Plan de análisis.....	47
4.6 Matriz de consistencia	49
4.7 Principios éticos.	51
V. Resultados.....	52
5.1. Resultados:	52
5.2. Análisis de resultados	56
VI. Conclusiones.....	59
Aspectos complementarios	60
Referencias bibliográficas:.....	61
ANEXOS.....	67

6. Índice de gráficos, tablas y cuadros

Índice de tablas

<i>Tabla 1.-</i> Conocimientos, actitudes, práctica y programas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017.....	52
<i>Tabla 2.-</i> Conocimientos de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017	53
<i>Tabla 3.-</i> Actitud de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017	54
<i>Tabla 4.-</i> Práctica de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017	55

Índice de gráficos

Gráfico 1.- Conocimientos actitudes práctica y programas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017.....	52
Gráfico 2.- Conocimientos de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017	53
Gráfico 3.- Actitud de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017	54
Gráfico 4.- Práctica de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017	55

I. Introducción

La presente investigación fue de tipo cualitativo, observacional, prospectivo, transversal; de nivel descriptivo y de diseño epidemiológico; en un escenario escolar donde la educación para la Salud debe desarrollarse a través de la guía docente para su aprendizaje, es importante el rol que desempeñan los maestros en su aula, hay interés entre los sectores de salud y educación, no se puede perder el espacio de los niños en el sistema escolar donde a través del aprendizaje construyen costumbres y hábitos de vida saludables. Por ello es vital medir conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral para garantizar recursos valiosos en la transmisión de la educación en salud. Es necesario aplicar un enfoque multidisciplinario en la ejecución de educación dental eficaz en los infantes. Los profesores pueden apoyar y ser educadores de salud oral, con la condición que tengan buen conocimiento, actitud y práctica en salud oral.¹

La investigación fue realizada en la Ciudad de Casma del Distrito de Casma ubicada en la costa central del departamento de Ancash, a una distancia de 373 Km. Al norte de Lima¹.

Según las evidencias encontradas por Santillán en Casma el 2014, el 53,6% de los escolares de 1ero de secundaria demostraron un nivel de conocimiento malo sobre salud bucal en la I.E. Cesar Abraham Vallejo Mendoza².

No menos a lo encontrado por Maquera en Tacna los alumnos de 1ero y 2do de secundaria mostraron un conocimiento en salud bucal malo en un 66,1% y 80,7% de hábitos de higiene oral no adecuados, concluyendo que el nivel de

conocimiento sobre salud bucal se asocia significativamente con los hábitos de higiene oral ($p=0,000$ y $OR=11,42$)³.

Ante esta realidad, se tomó en cuenta que la búsqueda de buena salud oral es un problema para todos, los padres y maestros con aplicación de hábitos y modelamiento para fijar hábitos y conductas saludables, y así crear bienestar general como propósito fundamental de desarrollo⁴.

La participación concreta de los maestros en desarrollar acciones de promoción prevención, según Giraldo tendría la finalidad de aumentar la salud, para crear un entorno de cambios favorables en las condiciones de higiene oral⁵.

La promoción de la salud brinda las herramientas necesarias para un aprendizaje básico en el autocuidado, prevención y ejecución de programas basados en salud bucal, donde los maestros sean los mayores motivadores^{6,7}.

En la literatura especializada le dan un valor agregado a invertir esfuerzos en la prevención, en la educación para la salud con el objetivo de ayudar a detectar el aumento de las enfermedades bucales^{8,9}.

Rodríguez refiere que la educación para la salud bucal debe ser considerada como el pilar donde se sustente todo programa asistencial a futuro, dado que este terminaría agudizado por la alarmante diferencia entre los recursos disponibles y las necesidades existentes¹⁰.

Por ello la escuela es la institución a través de los programas de educación para la salud bucal podrían alcanzar la mayor cobertura en forma directa de los profesores a escolares y en forma indirecta al resto de la familia¹¹.

La investigación se justificó por la necesidad que los maestros escolares desde su perspectiva deben apoyar la labor preventiva de salud bucal a los escolares, por lo que primordialmente se midió los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros hacia la salud oral en la Ciudad y Distrito de Casma, Región de Ancash en el 2017.

Por lo tanto se formuló el siguiente enunciado: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, Distrito de Casma, Región de Ancash en el 2017?

El objetivo general fue: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, Distrito de Casma, Región de Ancash en el 2017. Y los objetivos específicos fueron: Determinar los conocimientos de los maestros hacia la salud oral en la ciudad de Casma. Determinar las actitudes de los maestros hacia la salud oral en la ciudad de Casma. Determinar las prácticas de los maestros hacia la salud oral en la ciudad de Casma.

Los resultados permitieron observar el conocimiento de los maestros escolares hacia la salud oral es regular (58%). Las actitudes de los maestros escolares hacia la salud oral es alto (55%). Las prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral es regular (62%). Asimismo se concluyó que: El conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y provincia de Ancash en el 2017 es regular (65%).

II. Revisión de la literatura

2.1. Antecedentes

Prabhadevi y col. (La India 2017). Título: Conocimiento, actitudes y práctica de Maestros hacia Salud Oral en Davangere, India. Objetivo: Evaluar el conocimiento de los profesores, actitudes y prácticas con la salud oral. Metodología: Fue un estudio descriptivo, en 150 maestros que fueron encontrados de manera electiva. Resultados: La mayoría de profesores mostró conocimiento bueno de salud oral con un 58%. La mayor parte de los profesores en este estudio reconocieron la importancia de la salud oral 54%. Conclusión: El 52% de los profesores incorporó la importancia de la salud oral en enseñanza y educación de niños en la escuela. El 37% de los profesores están implicados con eficacia deberían ser entrenados con el personal de la asistencia médica¹².

Caballero et al. (México 2017). Título: Experiencias de promoción de la salud en escuelas de nivel primario en México. El objetivo de este estudio fue evaluar una intervención educativa realizada con escolares de la República Mexicana en las áreas de alimentación, salud bucodental, higiene y vinculación de la escuela con los servicios de salud. Metodología: Estudio multi-céntrico cuasi experimental de tipo cualitativo y cuantitativo se llevó a cabo en cuatro escuelas públicas de nivel básico en los Estados de: Guerrero, Jalisco, Morelos y Sonora. Se determinó el estado de nutrición y la prevalencia de caries en los escolares. Se realizaron grupos focales y cuestionarios de conocimientos pre-post intervención educativa. Resultados:

En los cuatro Estados se encontraron semejanzas en los hábitos de alimentación, cuidado de la salud bucodental e higiene. La prevalencia de bajo peso entre los Estados fue de 7,5% a 13,7%, la de sobrepeso de 13,1% a 20,0% y la de obesidad de 9,0% a 12,5%. La prevalencia de caries fue de 12,4% a 86,9%. Los cambios positivos obtenidos en los conocimientos sobre el cuidado de la salud bucodental y la higiene fueron mayores a los logrados sobre los conocimientos de alimentación. Conclusión: Se determinó que las escuelas son un entorno ideal para crear espacios y prácticas saludables y para lograr mejores resultados es crucial ampliar las actividades a toda la comunidad escolar (maestros, madres/padres, escolares), así como al entorno comunitario y municipal para fortalecer no sólo los conocimientos sino las prácticas en alimentación, higiene y salud bucodental¹³.

Ankita et al. (La India 2016). Título: Conocimiento de la salud oral, actitud y enfoques de los maestros de educación preescolar y primaria en Mumbai, India. Objetivo: Determinar la salud bucal conocimientos relacionados, actitudes y enfoques de los maestros de preescolar y primaria en la ciudad de Mumbai. Método: mediante un estudio descriptivo de corte transversal en las regiones suburbanas de Mumbai utilizando un cuestionario auto administrado donde participaron 511 profesores. Resultados: Los maestros demostraron un conocimiento regular o incompleto sobre la salud bucal de los niños. Solamente el 53.2% sabía que una persona tiene dos juegos de dentición. Además, solo el 45.4% de los maestros sabían que la dentición primaria consiste de 20 dientes. Solo el 56.9% de los maestros presenta nivel bueno en prácticas hacia salud bucal, pues les pidieron a sus niños que se

limpiaran la boca después de comer refrigerios durante las horas escolares. 45.0% de los maestros desconocían las pastas dentales fluorada, mientras que el 78.9% de ellas desconocían los programas escolares de fluoración del agua. Además, el 54.8% de los maestros presenta nivel bajo en programas de salud oral, por lo que casi nunca discutieron la salud oral de los niños con sus padres durante la reunión de los padres. Conclusión: Los maestros de escuela estudiados demostraron conocimientos de salud oral incompletos, prácticas orales inapropiadas y enfoques desfavorables de la salud bucal de los niños. Existe una necesidad clara e inmediata de capacitación organizada de maestros de escuela sobre salud oral básica¹⁴.

Mota A. (La India 2016). Título: Conocimientos, actitudes y enfoques de salud bucal de maestros de enseñanza preescolar y primaria en Mumbai, India. Los maestros de escuela tienen un papel potencial reconocido internacionalmente en la escuela d. Por lo tanto, se ha atribuido a su conocimiento dental una educación integral y una importancia considerable. Los objetivos de este estudio fueron determinar los conocimientos, las actitudes y los enfoques relacionados con la salud oral de los docentes de preescolar y primaria en la ciudad de Mumbai. Métodos: El estudio descriptivo de corte transversal se realizó en las regiones suburbanas de Mumbai utilizando un cuestionario auto administrado e involucró a 511 maestros. Resultados: los maestros demostraron un conocimiento regular o incompleto sobre la salud bucal de los niños. Solo el 53.2% sabía que una persona tiene dos juegos de dentición. Además, solo el 45,4% de los maestros sabía que una dentición primaria consiste en 20 dientes. Respecto a

actitud sobre salud oral se presentó un nivel alto con 48%. Solo el 56.9% de los maestros les pidió a sus hijos que se limpiaran la boca después de comer refrigerios durante las horas escolares. El 45.0% de los maestros desconocía las pastas dentales fluoradas, mientras que el 78.9% desconocía los programas escolares de fluorización del agua. Además, el 54.8% de los maestros nunca discutieron la salud oral de los niños con sus padres durante la reunión de los padres. Conclusiones: los maestros de las escuelas estudiadas demostraron un conocimiento incompleto de la salud oral, prácticas orales inadecuadas y enfoques desfavorables para la salud oral de los niños. Existe una necesidad clara e inmediata de capacitación organizada de maestros de escuela sobre conocimientos básicos de salud oral¹⁵.

Parra N. Saquicela M. (Cuenca – Ecuador 2016). Título: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral con el índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory Hu-Dbi en el área de Ciencias Técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca. Objetivo: Conocer y analizar el índice HU- DBI en el área de Ciencias Técnicas, en el periodo 2016 de la Universidad de Cuenca. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, en donde los datos fueron obtenidos mediante encuestas aplicando el Índice HU-DBI. La información adquirida se tabuló y analizó con el programa estadístico SPSS versión 15. Resultados: Se demostró el nivel de conocimientos actitudes y prácticas de salud oral en los estudiantes del área de Ciencias Técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca con el Índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory (HU-DBI). Las carreras evaluadas fueron Arquitectura, Ingeniería Civil, Electrónica, Eléctrica y Sistemas. Se

obtuvo como resultado del índice HU-DBI una media de 6.6, lo cual indicó que el conocimiento de salud oral de los estudiantes fue regular. Se encontró que los estudiantes de Arquitectura se preocupan más sobre su higiene oral, al obtener una media de 6.74 siendo el mayor puntaje del test, mientras que los estudiantes de Sistemas obtuvieron una media de 6.44, siendo el valor más bajo de todas las carreras evaluadas. Conclusión: Se encontraron diferencias en la formación, experiencia y educación de los estudiantes, en cuanto a la salud oral entre las diferentes carreras¹⁶.

González-Penagos C, (Colombia, 2016). Título: Conocimientos en salud bucal de los cuidadores del programa Buen Comienzo. Objetivo: analizar los conocimientos en salud bucal de los cuidadores del Programa Buen Comienzo, Fantasías de las Américas, 2015. Materiales y métodos: estudio cualitativo histórico hermenéutico, la información se obtuvo a partir de la técnica interactiva descriptiva del mural de situaciones. Población conformada por 183 padres, madres y cuidadores de los Centros Infantiles Fantasías de las Américas. Se identificaron unidades de análisis y se crearon categorías y subcategorías, con el fin de reducir los datos y realizar la contrastación y la triangulación de la información. Resultados: se evidenció una pluralidad en las necesidades expresadas por los cuidadores en relación con la salud bucal y aspectos relacionados con su prevención y tratamiento. Se identificaron necesidades específicas relacionadas con patologías y condiciones asociadas a los hábitos, así como las alteraciones en la variabilidad de la salud bucal. Conclusión: la identificación de las necesidades expresadas y sentidas por los cuidadores exige que se tengan en

cuenta nuevas temáticas para enriquecer los saberes desde las actividades de educación y promoción de la salud. Se abre una mirada pluralista en la que todos participan, conocen, discuten y exigen calidad¹⁷.

Shodan M. (La India 2012). Título: El conocimiento de los docentes escolares sobre la prevención de enfermedades orales: una encuesta de Dharwad, India. Objetivo: Evaluar el conocimiento y los factores asociados entre los maestros de escuela indios hacia la enfermedad oral. Métodos: Se empleó un diseño transversal utilizando un cuestionario auto administrado. Se seleccionaron un total de 215 maestros de escuela, con una tasa de respuesta del 95,3% (n = 205). Resultados: Un total de 35,6% de los maestros de escuela tenían un buen conocimiento, mientras que el 42,4% tenía un conocimiento medio de la prevención de la enfermedad oral. El conocimiento de la caries dental fue mayor, a diferencia del cáncer oral, que fue el más bajo. Los profesores de escuela mayores de 50 años y aquellos con estudios de posgrado tenían mayor conocimiento. Se observó una asociación significativa entre los niveles de conocimiento de los docentes y sus grupos de edad ($X^2 = 20.9950$, $p < 0.05$) y el nivel de educación ($X^2 = 13.9740$, $p < 0.05$). Sin embargo, el análisis de regresión escalonada multi variable mostró que la educación, el grupo de edad, el sexo y el tipo de financiamiento institucional (público / privado) se correlacionaron significativamente con el conocimiento ($R^2 = 0.1250$, $p < 0.05$). Conclusiones: El estudio reveló que los maestros de escuela, en particular los docentes más jóvenes y aquellos que solo tienen calificaciones educativas básicas, deben seguir motivados para mejorar su conciencia y conocimiento

sobre las enfermedades orales. Por lo tanto, el establecimiento de programas escolares de promoción de la salud oral en la India con efectos inmediatos es esencial¹⁸.

Ehizele A. et al. (Nigeria 2011). Título: Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal entre los profesores de primaria de Nigeria. Objetivo: Comparar el conocimiento, la actitud y las prácticas de salud oral de los maestros de escuelas primarias públicas y privadas y determinar la proporción de docentes actualmente involucrados en la educación de salud oral de los niños en edad escolar. Método: El estudio se llevó a cabo en 320 profesores privados y 320 de escuelas públicas en Benin-City, Nigeria, mediante un cuestionario auto administrado. Resultados: Los maestros tenían una actitud positiva hacia la salud oral. Muchos de los dos grupos de maestros de escuela primaria tenían prácticas de salud bucal deficientes. Solo el 42,4% de los encuestados ha acudido al dentista para un chequeo o tratamiento dental de rutina. Alrededor del 87.6% de los maestros todavía usan materiales potencialmente traumáticos para la limpieza interdental y el 60% de los maestros consumen regularmente varias formas de azúcar refinada. Más del 90% de los dos grupos de docentes participan actualmente en la enseñanza de la educación básica de salud oral a sus alumnos, aunque tienen un conocimiento deficiente de la etiología de las dos enfermedades bucales más comunes. La principal fuente de información sobre salud oral de los maestros es el dentista. Conclusión: Se observó un patrón similar de conocimiento de salud oral incompleta, prácticas orales inapropiadas pero una actitud positiva hacia la salud oral entre los dos grupos de maestros

estudiados. Esta observación sugiere que los maestros de la escuela primaria pueden servir como educadores de salud oral después de la capacitación organizada para mejorar sus conocimientos de salud oral y perfeccionar sus prácticas orales¹⁹.

González-Martínez F. (Colombia 2011). Título: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Objetivo. Describir conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral de padres y cuidadores. Material y métodos. Un total de 333 padres y ocho cuidadores de hogares infantiles de Colombia, durante 2010, diligenciaron encuestas y entrevistas de grupos focales. Los datos se analizaron por frecuencia, usando la prueba X^2 para significancia. La información cualitativa se interpretó usando comentarios triangulados, buscando patrones y discrepancias. Resultados. En los padres se observaron buenos niveles de conocimientos (58,9%) y actitudes favorables (74,5%). Para las prácticas 60.1% regular, de los cuales el 50,6% de los niños duermen con los dientes cepillados y 69,6% de los padres colocan el dentífrico sobre el cepillo. En los cuidadores, se perciben actitudes positivas para desarrollar estrategias promocionales, pero consideran que los padres son los principales responsables de implementar hábitos orales saludables. Conclusiones. Los padres y cuidadores manifiestan condiciones favorables dentro de sus percepciones, lo que puede ser una oportunidad para promocionar hábitos higiénicos en los niños²⁰.

Delgado (Huancavelica, 2012). Título: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial y del primer grado de educación

primaria de los distritos rurales de Huachos y Capillas, provincia de Castrovirreyna - Huancavelica 2012. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial y primaria de los distritos rurales de Huachos y Capillas. Metodología: realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y social; para lo cual se aplicó una encuesta a los docentes de las instituciones de dichos distritos. La muestra estuvo conformada por 79 personas. Resultados: Sobre conocimiento en Salud Bucal el 21.5% mostró un nivel bueno, el 3.8% presentó un nivel malo y el 74.7% tuvo un nivel regular, en cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, se obtuvieron los porcentajes 53.2% en el nivel regular, un 38% en el nivel bueno y un 8.9% en el nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, 49.4% de los encuestados presentó un conocimiento malo. Respecto a actitud sobre salud oral, presentó 53% nivel regular y el 61% presenta nivel regular en prácticas hacia salud bucal. Sobre información acerca de programas de salud bucal presentan nivel bajo 48%. Conclusión: El nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial y del primer grado de educación primaria de los distritos rurales de Huachos y Capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica tuvo un 74.7% de nivel regular²¹.

2.2. Revisión de la literatura

Según refiere González-Martínez y otros autores es importante identificar y confirmar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal de la población o la comunidad previo a la aplicación de alguna estrategia de intervención, dado que los grupos sociales difieren en usos y costumbres propios de una diversa multiculturalidad donde los hábitos de higiene bucal en los niños se practican según modelo de sus mayores^{20,22}.

Conocimiento

En el conocimiento intervienen procesos de elaboraciones mentales, como conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección en la literatura se menciona que el conocimiento puede presentar dos aspectos a la vez de manera simultánea: la objetividad y subjetividad para la percepción de lo que nos rodea, viendo de forma muy particular el mismo fenómeno o vivencia²³.

En el proceso del conocimiento ordinario y cotidiano el hombre acumula y adquiere sabiduría a través de hechos, experiencia, educación, práctica, y se manifiesta a través de representaciones abstractas, mediante la percepción de los sentidos. En el conocimiento formal, se requiere seguir un método²³.

Por ello el conocimiento científico no sólo debe tener validez lógica y coherencia, también debe cumplir la comprobación mediante el método científico experimental.

El sistema de la generación del conocimiento consta de dos etapas: una es la

investigación básica, donde se propone nuevos saberes teóricos; y la investigación aplicada, donde se procede a comprobar lo hallado²³.

De acuerdo a la forma de transmitirse se define como explícito cuando el conocimiento es capaz de comunicarlo a los demás mediante un proceso formal documentario o esquemático, en cambio, el conocimiento implícito es difícil de comunicar relacionado con experiencias vivencia o modelos mentales abstractos²³.

Desde otro punto de vista el teórico Misrachi refiere que con la objetividad se ve la realidad sin valoraciones, creencias, mitos u opiniones y por el contrario la subjetividad permite relacionar la realidad con los gustos, preferencias, por ello el conocimiento las fusiona por ser una capacidad humana como proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. De esa manera el conocimiento del profesor es un conocimiento profesional teórico y práctico, porque está constituido por una trama de teorías, estrategias, saberes, valores, ideas, principios, reglas de actuación, que utiliza para su actuación profesional, lo que permitirá manejar el proceso de enseñanza aprendizaje en sus estudiantes²⁴.

Actitudes

La actitud está definida como un estado mental, es un estado de ánimo voluntad o disposición o la postura tomada frente a una situación o acontecer.

Las actitudes son elementos predictivos para la futura conducta. La actitud se puede referir a un sentir favorable o contrario a un objeto social, el cual

puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana o personal²⁵.

Puede considerarse como la forma de ser o actuar, por motivación biológica, o emocional que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas²⁵.

Se le define como el proceso que lleva a un comportamiento singular y habitual para diferentes circunstancias y son determinantes en la vida anímica de las personas con reacciones repetidas de una persona, en sus sentimientos y acciones específicas²⁵.

En la enseñanza, la actitud es importante por ser una disposición subyacente que, contribuye en una variedad de comportamientos relacionados para afirmar convicciones, sentimientos, atracción, rechazo de lo que le presentan en el aprendizaje²⁵.

La conformación de actitudes favorables que equilibren a la persona y lo inserten en la sociedad es una de las metas básicas educativas. Socialmente la actitud es un conjunto de valores y creencias, atemporales que lo predisponen a las reacciones de una forma determinada ante algunos estímulos²⁵.

La actitud puede asociarse a un grupo o a un género. Por ello se habla de actitudes femeninas o actitudes masculinas²⁵.

Más comúnmente encontramos que la actitud es una manifestación o un determinado ánimo con que enfrentamos cualquier situación, ya sea una

actitud positiva o actitud negativa²⁵.

Con actitud positiva podemos afrontar situaciones enfocando los beneficios y ventajas de la situación, enfrentando la realidad de forma saludable, positiva y eficaz. Y la actitud negativa impide sacar provecho de la situación que se atraviesa y lo lleva a tener frustración²⁵.

Práctica

La práctica es la acción que se ejecuta después de adquirir los conocimientos, es la aplicación de las normas y conocimientos que conducen a la acción individual²⁵.

Relacionada a los estilos de vida de las personas que afectan principalmente la salud general y bucal. Estos se estructuran mediante un proceso voluntario en el cual las personas seleccionan sus hábitos, donde influyen perspectivas no voluntarias, sociales y ambientales de la vida diaria²⁵.

Por ello hay ciertos hábitos que pueden poner en riesgo nuestra salud bucal entre ellas el morder un bolígrafo, comer hielo provoca micro fracturas y otras tan severas en los dientes que no tienen reparación sencilla, la succión del pulgar después de los dos años interfiere con la posición de los dientes superiores e inferiores, chupar limones puede provocar sensibilidad crónica a bebidas y comidas frías; puede debilitar los dientes hasta causar fracturas y provocar caries²⁵.

Factores que influyen en las conductas en salud

La actitud es un importante motivador de comportamiento ante la salud,

existe una estrecha relación entre la conducta de una persona, la colectividad donde vive y su salud. No hay dudas que el factor más relevante en el campo de la salud es que la principal causa de muerte ya no es la enfermedad infecciosa, sino de las que se derivan de conductas y estilos de vida poco saludables. De esto se rescata que en el mayor número de casos el conocimiento produce cambios en la conducta²⁵.

Bordoni refiere que nuestras acciones cotidianas, procesamos el nuevo conocimiento de manera formal o informal, y de acuerdo a nuestros valores y creencias asumimos actitudes positivas o negativas para accionar y enfrentar lo que se nos presente, por ello ante un nuevo conocimiento en salud, debemos esperar la mejor actitud y respuesta para que lo lleven a la práctica, pero si el conocimiento no ha sido impartido en el tiempo adecuado sin la motivación para que genere acciones, los hábitos saludables no van afectar positivamente sus patrones de pensamiento y conducta a futuro. Por ello la actitud de una persona es un sentimiento constante, positivo o negativo, posterior a la asimilación de un conocimiento que forje sus valores y conducta²⁶.

Salud bucal

Se traduce como un componente fundamental del bienestar de una persona, es el estado de un equilibrio biológico, psicosocial ante uno mismo de su autoestima y ante su entorno; por lo tanto la salud es y debe ser un todo integral y no sólo la ausencia de las enfermedades bucales²⁷.

La salud bucal permite alcanzar el desarrollo de las personas, el crecimiento

físico intelectual y anímico por los beneficios de una buena alimentación con una masticación apropiada que aproveche los nutrientes y un ahorro de sufrimientos y dolor dentario²⁷.

Entre las mejores ideas del estado fue generar un Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020 con objetivos sanitarios para disminuir las enfermedades de la cavidad bucal, disminuir los índices de historia de caries con el CPOD incluyendo a las gestantes en la atención preventiva dental, con derivaciones e interconsultas al personal especializado en salud bucal para controlar a las enfermedades estomatológicas que afectan la salud general del individuo y generan consecuencias que alteran la adecuada nutrición, la autoestima, las relaciones interpersonales, la calidad de vida y la salud mental²⁸.

Estudios realizados sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de salud bucal de los maestros escolares.

- **Estudios para evaluar el conocimiento sobre salud bucodental**

La OMS lo define como los conceptos y percepción que tiene la persona relacionada a su salud bucal, con significancia formales o informal²⁹.

Estudio en el Perú, donde en el año 2015, Cupé-Araujo y García-Rupaya realizaron en Instituciones Educativas de Lima Metropolitana, donde evaluaron el nivel de conocimientos en 312 padres y/o madres de familia, encontrando un nivel bueno sobre salud bucal³⁰.

Investigación ejecutada por Delgado-Angulo et al en el 2014 en la

comunidad urbano-marginal Sol Naciente de Carabayllo, evaluando variaciones en los conocimientos en salud bucal de los padres y cuidadores después de 18 meses de intervención en dicha comunidad. Los resultados sobre los niveles de conocimientos fueron apropiados después de 18 meses de un programa educativo, con cambios positivos; en la alimentación, cepillado dental frecuente, uso del flúor y visita al odontólogo³¹.

En Colombia, Martignon et al; el año 2008 construyeron una herramienta para medir los conocimientos, actitudes y prácticas a padres/cuidadores de niños de 0 a 5 años de edad. Respecto a conocimientos de las personas que se encargaban en el cuidado del niño, ellos mostraron los siguientes niveles: correcto 60%, favorable 24% y bajo 16%³².

En Italia, Nobile et al., el año 2014, a una población se les entregó un cuestionario con preguntas básicas sobre hábitos de salud bucal del niño, el consumo de azúcares, acceso a los servicios dentales, higiene bucal del niño, etc.; concluyendo que a pesar de ser países desarrollados, existieron problemas de conocimientos sobre salud bucal del niño lo cual tuvo asociación también con el estado bucal del niño³³.

- **Estudios para evaluar actitudes hacia la salud bucodental**

Una actitud en salud bucal es la mezcla de creencias, pensamientos y sentimientos que predisponen a una persona a responder de manera positiva o negativa a los objetos, personas, instituciones, etc. Las

actitudes pueden ser influenciadas por los factores internos como la personalidad y externos del medio ambiente³⁴.

Mientras que en el Perú, Delgado-Angulo et al³¹ el año 2006, realizaron una investigación en la comunidad urbano-marginal Sol Naciente (Carabayllo), donde evaluaron la variación de las actitudes ante la salud bucal después de un periodo de 18 meses de intervención con un programa educativo. Los resultados respecto a las actitudes en la evaluación inicial fueron favorables y después de 18 meses de intervención se observó un incremento significativo favorable de 16.1%. En similar enfoque, Martignon et al. 32 en Colombia en el año 2008, midió conocimientos, actitudes y prácticas a cuidadores de niños de 0 a 5 años de edad, encontraron que en actitudes mostraron, una actitud aceptable (55%) y buena (45%).

- **Estudios para evaluar las prácticas sobre salud bucal**

Definido como el comportamiento en salud bucal a las actividades que se realizan en un grupo de personas con el fin de proteger, promover o mantener la salud bucal, previniendo las diversas enfermedades que lo acechan³⁵.

En el Perú, Delgado-Angulo et al³¹ el año 2006, en la investigación realizada en la comunidad urbano-marginal Sol Naciente (Carabayllo), encontró que las prácticas sobre salud bucal fueron saludables; y 18 meses de la intervención (charlas educativas), se observó una mejora estadísticamente significativa en todos los tópicos evaluados, menos en

el ítem de consumo de alimentos azucarados entre comidas y el cepillado nocturno.

En Colombia, Martignon et al³² el año 2008, con la herramienta construida para medir prácticas a padres/cuidadores de niños de 0 a 5 años de edad, encontraron que el 91.5% tuvieron prácticas aceptables, 6.4% prácticas buenas y 2.1% prácticas malas.

Promoción de educación en salud

Hace cerca de quince años el Ministerio de Salud del Perú conjuntamente con el Ministerio de Educación, suscribieron un convenio marco de cooperación técnica intersectorial donde expresaron su voluntad de contribuir en mejorar la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, con el empleo de estrategias de promoción de la salud, para alcanzar el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, no sólo al ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano marginales de alta vulnerabilidad, sino también fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud³⁶.

También se implementó el Programa Nacional de Educación en Salud Bucal del Escolar, mediante el desarrollo de un conjunto de actividades por todo el país se reforzó e implementó una gran propaganda para impartir hábitos de higiene oral, el uso correcto del flúor y la fomentación del consumo de sal fluorada en la población, dando más interés a las poblaciones de riesgo como los pre-escolares, escolares y gestantes³⁷.

En su momento con entusiasmo se llevaron a cabo las líneas de acción de la comisión de Salud Bucal del Colegio odontológico del Perú (COP) dando su apoyo para realizar un programa de educación de salud bucal enfocado específicamente a escolares, niños de educación primaria de los Centros Educativos públicos a nivel nacional, con el objetivo de disminuir la prevalencia de enfermedades bucales como es la caries dental, enfermedades periodontales y mal oclusiones³⁷.

Actualmente tenemos una odontología con grandes avances tecnológicos y formativos. Pero en nuestro desempeño profesional no hemos tenido presente el enfoque de salud pública, generalmente se ha primado lo restaurativo a lo preventivo y promoción de la salud³⁷.

Nuestro trabajo de tipología aislada en consultorios individuales particulares nos aleja de los planes de salud pública. La consulta privada con los nuevos odontólogos que encuentran un mercado laboral saturado en las ciudades capitales, con un creciente subempleo o desempleo³⁷.

Es un reto pasar de la odontología curativa que es para un 10 % de la población, a una odontología que promocióne la salud bucal que incluya el cuidado de la salud general para una mayor cobertura e impacto³⁷.

Es necesario un mayor número de odontólogos con formación y conocimientos en salud pública. Involucrar al sector académico y gremial de la odontología con reformas que adapten cátedras de franja social y comunitaria, en equipos básicos de salud a nivel nacional. Incorporar cátedras como la de atención primaria en salud y salud familiar, establecer

equipos multidisciplinarios, con profesionales médicos, sociólogos, maestros, enfermeras y nutricionistas, en acciones de promoción sobre el autocuidado y los estilos de vida saludables³⁷.

Medidas preventivas de caries dental

El cuidado y el fomento de la salud bucal mediante una adecuada alimentación, que incluya frutas, verduras y fibra, reduciendo la ingesta de sal, azúcares refinados y grasas saturadas, con actividad física cotidiana no solo reducirá la prevalencia de caries sino de enfermedades sistémicas crónicas porque las enfermedades bucales no tratadas poseen consecuencias sistémicas y agravan el curso de las enfermedades no transmisibles³⁸.

En nuestro país, la atención dental para los niños empieza muy tarde para prevenir los futuros problemas. Los padres llevan a sus niños después de los seis años de edad y se pierde la oportunidad de una atención odontológica preventiva desde el primer año de vida con la educación bucal preliminar a los padres y cuidadores³⁸.

Se debe promover la salud bucal con la salud general en las poblaciones, generando buenos hábitos de higiene, creando conciencia por su autocuidado y adoptando estilos de vida saludables, existe la oportunidad de trabajar por la salud de la gente, integrándonos a los equipos de salud, adquiriendo nuevos retos para divulgar los buenos hábitos bucales³⁸.

- **Cepillado**

La limpieza bucal se debe realizar antes que las piezas dentarias estén en boca, para acostumbrar al bebe en buenos hábitos de manera precoz, en una rutina de protocolo de limpieza bucal una vez al día, durante su baño diario. Con el uso de auxiliares de dedales de silicona o una gasa humedecida en agua, considerando aumentar la frecuencia cuando erupcionen sus primeros dientes, y cambiando al uso del cepillo dental infantil. Alrededor de los 18 meses, cuando haya primeros molares erupcionados el cepillado será tres veces al día para fijar el hábito de limpieza. El cepillo debe presentar características de forma y color atrayente con un mango recto y largo; una empuñadura gruesa, cerdas medianamente firmes y suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible con la boca del niño³⁸.

- **Flúor**

Es un elemento muy beneficioso para conservar la salud e integridad de los dientes, su mecanismo de protección hace que el flúor aumente la mineralización dental y la densidad ósea, reduce el riesgo y prevalencia de la caries dental y ayuda a la re mineralización del esmalte durante cualquier etapa de la vida³⁸.

- **Pasta dental**

Beneficia al cepillado, por lo general los dentífricos están compuestos por una sustancia abrasiva y un producto cariostático, recomendando a abrasivos como el pirofosfato de calcio, metafosfato insoluble de sodio, etc. y los que contienen compuestos fluorados³⁸.

- **Hilo dental**

Es un elemento auxiliar de limpieza muy efectivo, conformado por micro fibrillas de seda que aumenta su acción de limpieza al separarse al entrar en contacto con la superficie del diente, la presentación comercial es hilo con cera, sin cera, con flúor o con sabor mentolado³⁸.

- **Enjuagatorios bucales**

Los colutorios son soluciones locales que se utilizan después del cepillado de dientes, con la finalidad de complementar la eliminación de bacterias causantes de caries, con un accionar antiséptico, astringente, incluso con aditivo de antibiótico, anti fúngico, y antiinflamatorio³⁸.

- **Sellantes**

Es un procedimiento clínico para prevenir la caries en fosa y fisuras, como un sellado para impedir el acúmulo de placa bacteriana sobre las mismas. Con ello se preserva la estructura dental, evitando hacer cavidades y restauraciones de por vida³⁸.

Enfermedades bucales

- **La caries dental**

Es una enfermedad prevalente que sigue aumentando y causando el mayor problema de salud pública en el mundo, es motivo de investigaciones epidemiológicas para contrarrestar sus efectos negativos en las personas de toda edad, es una patología infecciosa de evolución

crónica, multifactorial que destruye las capas duras de los dientes provocando consecuencias que impiden el buen funcionamiento del sistema estomatognático, la masticación eficiente, el equilibrio de la salud general y la autoestima³⁹.

La Caries dental es una patología altamente contagiosa con procesos de desmineralización y re mineralización de los tejidos del órgano dental. La caries se produce por hechos múltiples simultáneos, que interactúan entre sí para llegar a producir la enfermedad. Tales factores se agrupan en dos categorías:

- **Factores principales**, son aquellos que causan directamente la enfermedad destructiva, la conforman en una triada: El huésped (diente), la micro flora (microorganismos) y el sustrato (la dieta)³⁹.
- **Factores secundarios**, son aquellos como el tiempo, Saliva, Edad, Higiene dental, Enfermedades sistémicas, Exposición al flúor que alteran la gravedad de la acción cariosa, pueden modificar el efecto que ocasionan los factores principales³⁹.

Estos factores secundarios influyen para aumentar o reducir la resistencia del huésped a la caries, la bioquímica de la micro flora bucal presente, la cariogenicidad del sustrato local, predisponiendo la velocidad de avance de la enfermedad³⁹.

▪ **Gingivitis**

Es la primera manifestación de la enfermedad periodontal, caracterizada

por sangrado espontáneo y o provocado acompañada de inflamación de las encías que puede evolucionar a un estado crónico y generar bolsas periodontales, y pérdida de piezas dentales, afecta a los tejidos circundantes del diente al hueso. La gingivitis es reversible, es la inflamación de la encía, provocada por escasa y deficiente higiene bucal³⁹.

Se evita la enfermedad gingival con una adecuada higiene de los dientes y lengua con pasta dental al menos tres veces al día, evitando consumir una dieta con alimentos con muchas azúcares y grasa, y asistiendo a sus controles al dentista por lo menos una vez al año⁴⁰.

En este proceso si no hay un tratamiento adecuado, el proceso continúa, el soporte de los dientes disminuye y los dientes comienzan a moverse, pierden estabilidad y se caen. Puede ser que el diente este sin caries, pero su tejido de fijación está afectado y se pierde el mismo. Por eso tanto la caries como la enfermedad periodontal se pueden prevenir con los siguientes cuidados:

- Dieta balanceada.
- Uso de pastas dentales fluoradas.
- Permanente higiene bucal.
- Visita de control cada 6 meses al odontólogo⁴⁰.

Denticiones

- **Dentición decidua**

La dentición decidua también es conocida como de leche, caduco, temporal, deciduo. Empiezan la erupción aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los dos años, con 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. No salen ni premolares ni terceros molares. El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia creen que son innecesarios y que de todos modos se perderán en poco tiempo y que no deben tratarse⁴¹.

- **Importancia**

Los dientes de leche, temporales, caducos, temporarios, son sumamente importantes desde que aparecen en la boca del niño, primero con la función de preservar el espacio para su oclusión futura, luego la función masticatoria para la nutrición del niño, en su desarrollo orgánico completo, además en conjunto con los elementos del sistema estomatognático, ejecutan las funciones como la fonación, estética y matrices funcionales para el equilibrado desarrollo cráneo máxilo-facial del niño⁴¹.

Dentición permanente

El proceso de reemplazo dentario se inicia generalmente a los seis años, para la nueva dentición permanente, la cronología de erupción normal es con la erupción casi simultánea de los molares permanentes, e incisivos centrales inferiores, dando origen a una etapa de transición llamada dentición mixta que va a durar hasta los doce años, por ello es importante la

protección dentaria mediante las medidas preventivas, que garanticen el cambio normal de reabsorción de las piezas de leche y dar paso a una aparición de dientes permanentes alineados y firmes⁴¹.

III. Hipótesis

No aplica por haber realizado una investigación descriptiva

IV. Metodología

4.1 Diseño de la investigación

La investigación es de tipo, observacional, prospectivo y transversal; de nivel descriptivo y de diseño epidemiológico.

4.2 Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por 142 maestros escolares que trabajaron en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma, Región Ancash en el año 2017.

Muestra

La muestra se obtuvo mediante una fórmula estadística para poblaciones conocidas para el tipo de variables con enfoque cualitativo de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * N - 1 + Z^2 * p * q}$$

Dónde:

n: muestra.

Z: 95% nivel de confianza (1,96).

p: 0,5 (proporción estimada que presentan las características en estudio).

q: 0,5 (complemento de p).

N: 142 de población.

e: 0,05 (margen de error estimado por la investigadora).

Reemplazando los datos:

$$n = \frac{142 * 1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05 * 141 + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n=103,87 \quad n= 104$$

Y ajustando tenemos que:

$$n = \frac{n}{1 + n/N}$$

$$n = \frac{104}{1 + \left(\frac{104}{142}\right)} \quad n = \frac{104}{1 + 0.7323} \quad n = \frac{104}{1.7323}$$

$$n = 60$$

Se aplicó el muestreo aleatorio simple, resultando una muestra de 60 maestros escolares de ambos sexos que trabajaron en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma, Región Ancash en el 2017, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

Todos los maestros escolares que trabajaron en las instituciones educativas de la Ciudad de Casma.

Maestros escolares de ambos sexos

Maestros escolares que firmaron el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

Maestros escolares que no desearon participar.

Maestros escolares que no acudieron a la convocatoria para la recolección de datos.

Maestros escolares que no firmaron el consentimiento informado

4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores**Variables**

-Conocimiento sobre salud bucal: En el conocimiento intervienen procesos de elaboraciones mentales, como conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje²³.

Actitudes hacia salud bucal: La actitud está definida como un estado mental, es un estado de ánimo voluntad o disposición o la postura tomada frente a una situación o acontecer²⁵.

-Prácticas de salud bucal: La práctica es la acción que se ejecuta después de adquirir los conocimientos, es la aplicación de las normas y conocimientos que conducen a la acción individual²⁶.

Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	VALOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral	Conocimientos, actitudes y prácticas.	Identificar y confirmar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud bucal. ²³	Cuestionario 24 preguntas	Bajo 0 a 8 Regular 9 a 16 Alto 17 a 24	Cualitativa Ordinal
	Conocimientos sobre salud bucal	Conjunto de ideas, conceptos, del maestro escolar hacia la salud bucal. ²³	Sección K 9 Preguntas de encuesta	Bajo 0 a 3 Regular 4 a 6 Alto 7 a 9	Cualitativa Ordinal
	Actitudes hacia salud bucal.	Forma de ser o actuar en el comportamiento ²⁵	Sección A 4 Preguntas de encuesta	Bajo 0 a 2 Regular 3 Alto 4	Cualitativa Ordinal
	Prácticas de salud bucal	Acciones para promoción y prevención higiene, implementos. ²⁶	Sección P 11 Preguntas de encuesta	Bajo 0 a 4 Regular 5 a 8 Alto 9 a 11	Cualitativa Ordinal

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Como técnica para la recolección de datos se utilizó la encuesta, definida como una fase procedimental que se utiliza en las investigaciones descriptivas con un listado de preguntas diseñadas previamente para la muestra representativa, enfocadas en cumplir los objetivos de la

investigación.

Instrumento

Se usó un cuestionario definido como una herramienta de investigación documentaria redactada con coherencia planificada y estructuradas con preguntas cerradas que permitieron obtener las respuestas para su análisis estadístico.

El cuestionario usado en la presente investigación fue tomado de la Tesis de Prabhadevi¹² Conocimiento, actitudes y prácticas de maestros hacia salud oral en Davangere, India año 2017. Se hizo la adaptación al español y a nuestra realidad.

Conformado por 24 preguntas en cuatro secciones: (Anexo N° 1),

Sección K con nueve preguntas de conocimiento de profesores sobre salud bucodental.

Sección A con cuatro preguntas sobre actitudes de los docentes en materia de salud bucodental.

Sección P con once preguntas sobre prácticas de los profesores sobre la salud oral.

Dicho cuestionario contenía los indicadores necesarios para medir las variables en estudio. El cuestionario¹² se entregó a todos los maestros escolares seleccionados según la muestra determinada, este cuestionario

consta de preguntas cerradas o estructuradas (dicotómica y respuestas múltiples) de conocimiento, actitudes, y práctica hacia salud bucal, el cual contiene los fines de acuerdo a los objetivos planteados de esta investigación, a partir de las variables a considerar:

En forma general: el cuestionario de 24 preguntas considera tres niveles, el nivel bajo se da de 0 a 8 preguntas, el nivel regular de 9 a 16 preguntas y el nivel alto de 17 a 24 preguntas respondidas correctamente.

En forma específica según dimensiones:

-Conocimiento de maestros escolares sobre salud bucodental consta de 9 preguntas; el nivel bajo se da de 0 a 3 preguntas, el nivel regular de 4 a 6 preguntas y el nivel alto de 7 a 9 preguntas respondidas correctamente.

-Actitudes de los maestros escolares en materia de salud bucodental consta de 4 preguntas; el nivel bajo de 0 a 2 preguntas, el nivel regular 3 preguntas y el nivel alto 4 preguntas respondidas correctamente.

-Prácticas de los maestros escolares sobre la salud oral consta de 11 preguntas; el nivel bajo se da de 0 a 4 preguntas, el nivel regular de 5 a 8 preguntas y el nivel alto de 9 a 11 preguntas respondidas correctamente.

Procedimiento

Se solicitó permiso a la Unidad de Gestión Educativa de la Ciudad de Casma mediante un documento, especificando el motivo y objetivo del trabajo de investigación.

Posteriormente, a los maestros escolares se les explicó el objetivo de la investigación y se entregó el consentimiento informado para que firmen y pueda participar (Anexo N° 4).

El cuestionario fue entregado a los maestros escolares que cumplieron con los criterios de selección, donde se solicitó veracidad en su respuesta, y la importancia de su sinceridad para el estudio (Anexo N° 1).

4.5 Plan de análisis

Los datos obtenidos en los cuestionarios fueron ingresados a la base de datos y ordenados en el programa ofimático Microsoft Excel 2013.

Se hizo uso de la estadística descriptiva, se tabuló los datos obtenidos en el procedimiento de recolección de datos; para el análisis univariado se determinó los resultados porcentuales empleando tablas de distribución de frecuencias, porcentajes y gráficos de barras; empleando el software estadístico IBM SPSS v23.

4.6 Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
Conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017.	¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017	<p>Objetivo General: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017.</p> <p>Objetivos Específicos: Determinar los conocimientos, de los maestros escolares hacia la salud oral. Determinar las actitudes de los maestros escolares hacia la salud oral. Determinar las prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral.</p>	<p>Variable: Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral</p> <p>Dimensiones: Conocimiento de salud oral Actitudes hacia salud oral Prácticas hacia salud oral.</p>	<p>Tipo y nivel de investigación. El tipo de investigación es observacional, prospectivo y transversal. De nivel descriptivo</p> <p>Diseño de investigación Epidemiológico.</p> <p>Población: La población estuvo constituida por 142 maestros escolares en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017.</p> <p>Muestra: Estuvo constituida por 60 maestros escolares en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017 seleccionados a través de muestreo aleatorio simple y que cumplieron con los criterios de selección.</p>

4.7 Principios éticos.

Para el desarrollo del presente estudio se tuvo en cuenta los principios éticos basados en la Declaración de Helsinki WMA, Octubre 2013, el derecho a la confidencialidad, cumpliendo con el consentimiento informado de las personas que participaron en la investigación⁴².

V. Resultados

5.1. Resultados:

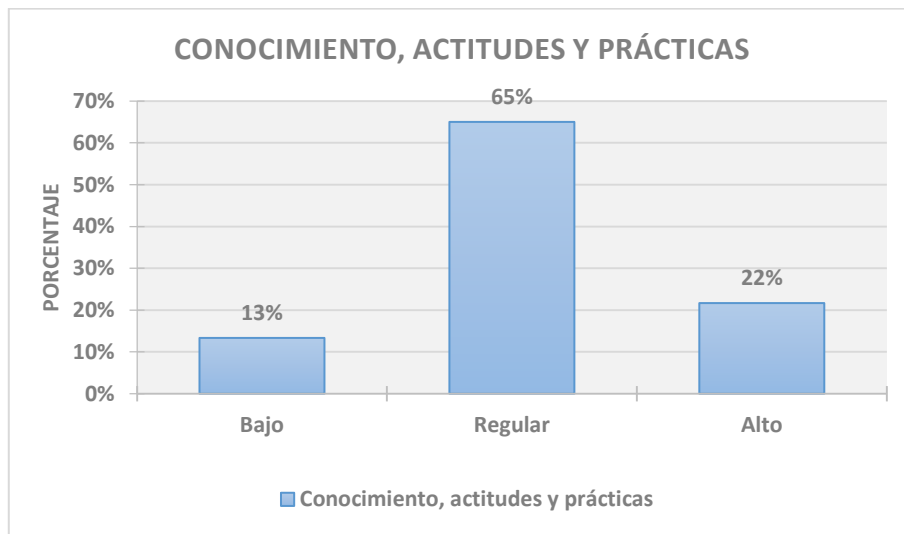
Tabla 1.- Conocimientos, actitudes, práctica y programas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y región Ancash en el 2017

Conocimiento, actitudes y prácticas	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	8	13%
Regular	39	65%
Alto	13	22%
Total	60	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a maestros escolares de Casma, 2017.

El conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y región Ancash en el año 2017 en mayor proporción es regular 65%, seguido del 22% alto y un 13% bajo.

Gráfico 1.- Conocimientos actitudes práctica y programas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y región Ancash en el 2017



Fuente: Datos de la tabla 01.

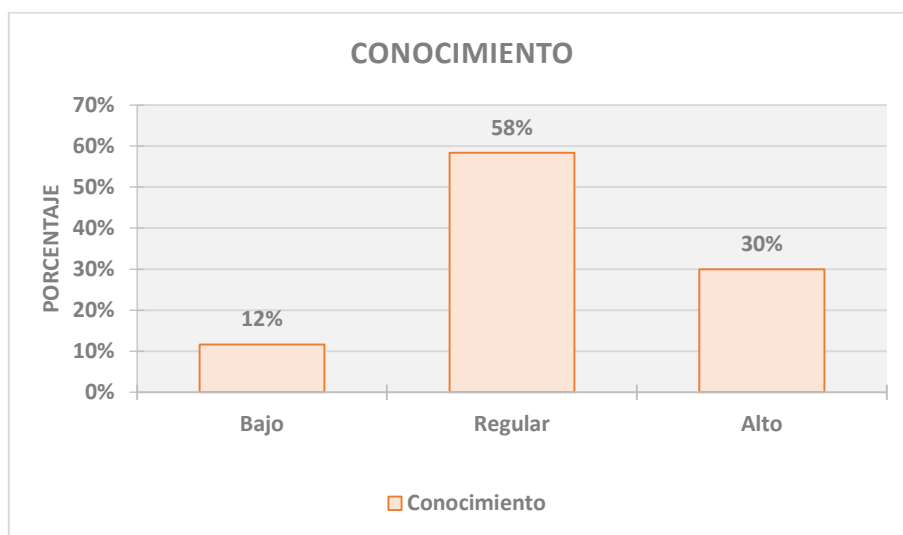
Tabla 2.- Conocimientos de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma y región Ancash en el 2017

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	7	12%
Regular	35	58%
Alto	18	30%
Total	60	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a maestros escolares de Casma, 2017.

El conocimiento de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash 2017 representado en mayor proporción por el 58% regular, seguido del 30% que manifiestan un conocimiento alto y el 12% presenta bajo conocimiento.

Gráfico 2.- Conocimientos de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash en el 2017



Fuente: Datos de la tabla 02.

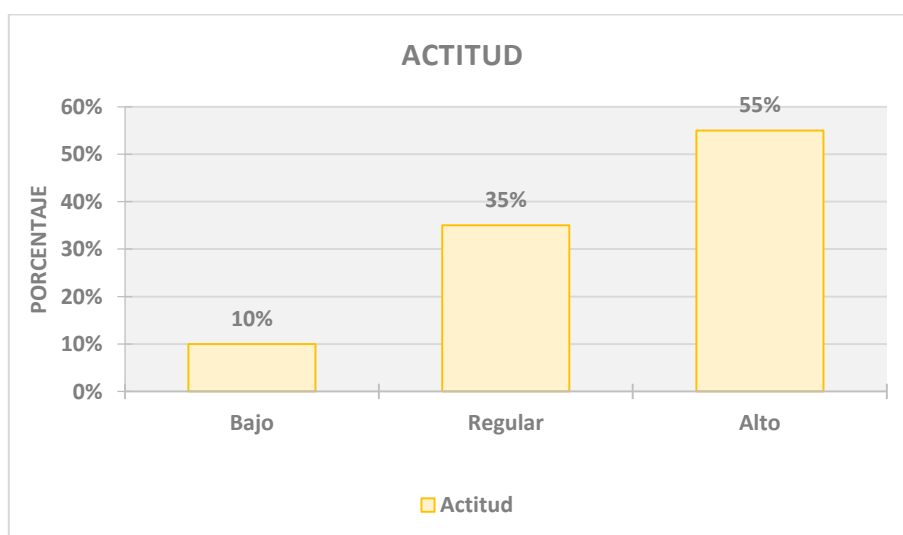
Tabla 3.- Actitud de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash en el 2017

Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	6	10%
Regular	21	35%
Alto	33	55%
Total	60	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a maestros escolares de Casma, 2017.

La actitud de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash 2017 en mayor proporción es alto 55%, seguido del 35% que presentan una actitud regular y el 10% muestra actitud baja.

Gráfico 3.- Actitud de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash en el 2017



Fuente: Datos de la tabla 03.

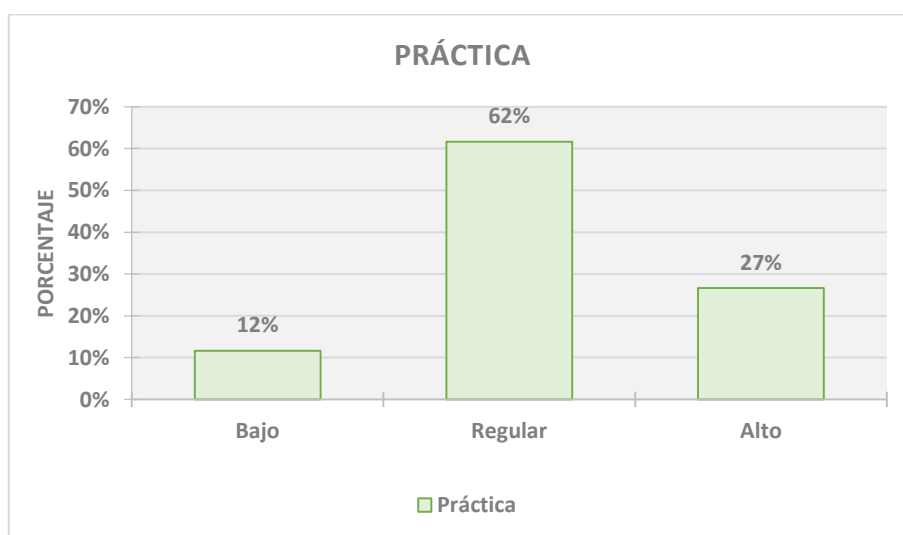
Tabla 4.- Práctica de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash en el 2017

Práctica	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	7	12%
Regular	37	62%
Alto	16	27%
Total	60	100%

Fuente: Cuestionario aplicado a maestros escolares de Casma, 2017.

La práctica de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash 2017 en mayor proporción es regular 63%, seguido del 27% que muestra practica alto y el 12% presenta practica baja.

Gráfico 4.- Práctica de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash en el 2017



Fuente: Datos de la tabla 04.

5.2. Análisis de resultados

En la investigación se logró determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Región de Ancash en el 2017, en mayor proporción es regular 65%, seguido del 22% alto y un 13% bajo. En similitud con los resultados obtenidos por Mota A. (La India 2016)¹⁵ observó que los maestros demostraron un conocimiento regular sobre la salud bucal de los niños. Shodan M. (La India 2012)¹⁸ observó un total de 35,6% de los maestros de escuela presentaban un buen conocimiento, mientras que el 42,4% tenía un conocimiento medio. Delgado (Huancavelica, 2012)²¹ observó el nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial y del primer grado de educación primaria de los distritos rurales de Huachos y Capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica tuvo un 74.7% de nivel regular, el 21.5% mostró un nivel bueno y el 3.8% presentó un nivel malo. Contrariamente que Prabhadevi y col. (La India, 2017)¹² en su estudio observó que la mayoría de profesores mostró conocimiento bueno de salud oral, los hábitos de la higiene oral 58% (Tabla 1). Por ello se considera importante reconocer el nivel de conocimiento de los docentes para tener un patrón base y así poder crear o mejorar programas de Promoción de Salud donde se incluya orientación y atención bucodental para niños. Es de fundamental importancia involucrar en la capacitación sobre los programas de promoción y prevención en salud bucal de los escolares a padres y maestros de manera que se hagan mayores motivaciones e incentivos para estimular la higiene oral de sus hijos y estudiantes; ya que son los padres y adultos mayores, los que enseñan a los niños directa e indirectamente con su ejemplo los hábitos y

conductas saludables o no saludables en una etapa de la vida en la que el aprendizaje proviene del entorno social y lo que se aprenda será fundamental para el futuro.

Los resultados obtenidos en la investigación permitieron determinar el conocimiento de los maestros escolares hacia la salud oral, representado en mayor proporción por el 58% regular, seguido del 30% que manifiestan un conocimiento alto y el 12% presenta conocimiento bajo. Resultados similares encontró Prabhadevi y col. (La India, 2017)¹² en su investigación logró observar que la mayor proporción de profesores manifestó un conocimiento bueno de salud oral. Asimismo Ankita et al. (La India 2016)¹⁴ en su estudio observó los maestros demostraron un conocimiento regular o incompleto sobre la salud bucal de los niños. De los cuales solamente el 53.2% sabía que una persona tiene dos juegos de dentición. Además, solo el 45.4% de los maestros sabían que la dentición primaria consiste de 20 dientes. De igual modo Mota A. (La India 2016)¹⁵ en su estudio observó que los maestros demostraron un conocimiento regular o incompleto sobre la salud bucal de los niños. Solo el 53.2% sabía que una persona tiene dos juegos de dentición. Ehizele A. et al. (Nigeria 2011)¹⁹ observó un patrón similar de conocimiento de salud oral incompleto o regular. (Tabla 2). Los maestros de las escuelas pueden servir como educadores de salud oral después de una capacitación organizada para mejorar sus conocimientos de salud oral y perfeccionar sus prácticas orales.

Los resultados permitieron determinar las actitudes de los maestros escolares hacia la salud oral, en su mayoría es alto 55%, seguido del 35% que presentan actitud regular y el 10% muestra actitud baja. Datos semejantes encontró

Delgado (Huancavelica, 2012)²¹ observó un 53% presentó nivel regular de actitud sobre salud bucal. Mientras que datos distintos encontró González-Martínez F. (Colombia 2011)²⁰ en su estudio observaron en mayor proporción las actitudes favorables 74,5%. Asimismo Mota A. (La India 2016)¹⁵ observó un nivel de actitud sobre salud oral bajo, representado por el 48%. (Tabla 3)

Se determinó las prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en mayor proporción es regular 62%, seguido del 27% que muestra práctica alta y el 13% presenta práctica baja. Datos semejantes encontraron Ankita et al. (La India 2016)¹⁴ en su estudio observó que sólo el 56.9% de los maestros presenta nivel bueno en prácticas hacia salud bucal, pues les pidieron a sus niños que se limpiaran la boca después de comer refrigerios durante las horas escolares. Asimismo González-Martínez F. (Colombia 2011)²⁰ en su estudio observaron un nivel regular para las prácticas 60.1%; de los cuales el 50,6% indican que se debe dormir con los dientes cepillados y 69,6% colocan el dentífrico sobre el cepillo. Mientras que Delgado (Huancavelica, 2012)²¹ observó que el 61% presenta nivel regular en prácticas hacia salud bucal. (Tabla 4)

VI. Conclusiones

La investigación se desarrolló dentro del marco de los objetivos propuestos respetando los lineamientos de investigación; en consecuencia se concluye:

1. Se determinó el conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la ciudad de Casma, distrito de Casma, región Ancash en el 2017 es regular (65%).
2. Se determinó el conocimiento de los maestros escolares hacia la salud oral es regular (58%).
3. Se determinó las actitudes de los maestros escolares hacia la salud oral es alto (55%).
4. Se determinó las prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral es regular (62%).

Aspectos complementarios

Recomendaciones

- Se recomienda profundizar con las investigaciones sobre este tema para lograr mayor involucramiento de los maestros en incentivar buenas prácticas y hábitos de salud bucal.
- Realizar estudios en el cual se mida el nivel de conocimiento de los docentes antes y después de una capacitación sobre Salud Bucal.
- Se recomienda que las universidades con facultades y Escuelas profesionales de Odontología en convenio con el sector de Educación participen en programas de capacitación a maestros de las escuelas.
- Al Ministerio de Salud, proporcionar manuales educativos a la UGEL, sobre conocimientos básicos de salud bucal, para las instituciones educativas, mediante los maestros, incorporen y establezcan de una forma definitiva en su plan curricular educativo.
- Realizar mayor labor promoción de salud con las instituciones educativas con campañas sobre conocimientos básicos sobre salud bucal en donde se pueda educar no solo a docentes sino también a padres y alumnos y transmitir la educación sobre salud bucal.

Referencias bibliográficas:

1. Sánchez, V. Casma Ciudad del eterno sol: Casma Ubicación. Citado el 25 de septiembre de 2018. Disponible en: <http://casma-peru.blogspot.com/> (2012).
2. Santillán, V. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en estudiantes de 3ro de secundaria de la I.E. Cesar Abraham Vallejo Mendoza en el Distrito de Casma en Setiembre- 2014. [Tesis para optar el título de cirujano dentista] Chicla: Universidad Católica Los Ángeles de Chicla; 2014.
3. Maquera, R. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las instituciones educativas [Tesis en línea] Tacna: Universidad Basadre Grosmann; 2012 [citado 15 octubre 2018] Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/262/147_2013_Maquera_Vargas_CR_FACS_Odontologia_2013.pdf?sequence=1
4. González, S. et al. Evaluación del programa de capacitación a docentes líderes en el mejoramiento de la salud bucal de la población preescolar de sabaneta - Antioquia, 2006. Rev. CES odontología 2007; 20 (2):9-15.
5. Giraldo, M.; Colonia, A.; Gutiérrez, G. Evaluación de conocimientos en salud bucal de los acudientes al programa SIPI en una IPS de Medellín, 2005. Ces odontología Vol 20. 2007. Pág. 33-38.
6. Romero, C. Et al. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en escolares 2005. Rev Archivo Medico Camagüey, 2006. May- Jun; 9 (3).
7. Taño, O.; Espeso, N.; Puig, R. Validación de un texto educativo sobre la prevención de la caries dental para educadores y padres. 2007; 11 (3).
8. Lamus, F.; Jaimes, C.; García J. Hacia una escuela saludable: una experiencia

- de integración de los agentes educativos en torno a la calidad de vida. Educación y Educadores, 2003 (6).
9. Añé, G.; Seguí, L. Estudio de hábitos y conocimientos sobre higiene bucal en un grupo de niños. Rev Cubana Estomatol 1987; 24(1): 59-66.
 10. Rodríguez, C. Atención primaria de Estomatología, su articulación con el médico de la familia. Rev Cubana Estomatol 1997; 34 (1): 28-39.
 11. Inglehart, MR; Filstrup, S; Wandera, A. Oral Health and Quality of Life in Children. En Quintessence Pub Co Inc, Chicago, 2002.
 12. Prabhadevi y colab. Conocimiento, actitudes y práctica de Maestros hacia Salud Oral en Davangere, India. Intervalo J Clin Pediatr Abolladura; 10 (1):89-95. 2017.
 13. Caballero, CR; Flores, JF; Bonilla, P; Arenas, L. Experiencias de promoción de la salud en escuelas de nivel primario en México. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15(1): 22-32 Doi: 10.18004/Mem.iics/1812-9528/2017.015(01)22-032 [file:///C:/Users/HP-450/Downloads/1163-3894-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP-450/Downloads/1163-3894-1-PB%20(1).pdf)
 14. Ankita, et al. Conocimiento de la salud oral, actitud y enfoques de los maestros de educación preescolar y primaria en Mumbai, India. Scientifica, 2016, (1), (2016). <https://www.hindawi.com/journals/scientifica/2016/5967427/>
 15. Mota, A. Conocimiento, actitud y enfoques de la salud bucal de maestros de enseñanza preescolar y primaria en Mumbai, India. Scientifica (El Cairo). 2016; 2016: 5967427. Doi: 10.1155 / 2016/5967427. Epub 2016 29 de febrero. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27034901/>

16. Parra, N., Saquicela, M. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral con el índice Hiroshima University Dental Behavior Inventory Hu-Dbi en el área de Ciencias Técnicas, 2016 de la Universidad de Cuenca. Universidad de Cuenca Facultad de Odontología Proyecto de investigación previa a la obtención del Título de Odontólogo. Cuenca – Ecuador 2016
17. González-Penagos, C; et al. Conocimientos en salud bucal de los cuidadores del programa Buen Comienzo. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(31): 130-144. Colombia, 15 (31): 130-144, julio-diciembre de 2016
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.csbc>
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v15n31/1657-7027-rgps-15-31-00130.pdf>
18. Shodan, M. El conocimiento de los docentes escolares sobre la prevención de enfermedades orales: una encuesta de Dharwad, India. J Investig Clin Dent. Febrero 2012; 3 (1): 62-7. PMID: 22298523 DOI: 10.1111 / j.2041-1626.2011.00083.x [Indexado para MEDLINE]
19. Ehizele, A; Chiwuzie, J; Ofili, A . Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal entre los profesores de primaria de Nigeria. Int J Dent Hyg. Noviembre 2011; 9 (4): 254-60. doi: 10.1111 / j.1601-5037.2010.00498.x. Epub 2011 24 de enero.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1601-5037.2010.00498.x>
20. González-Martínez, F; Sierra-Barrios, CC; Morales-Salinas, LE. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia Salud. Pública Mex 2011; 53:247-257.
file:///C:/Users/HP-450/Downloads/Conocimientos_actitudes_y_practicas_en_salud_bucal.pdf

21. Delgado, R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial y del primer grado de educación primaria de los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna - Huancavelica 2012. [Tesis para optar el título de cirujano dentista].Lima: universidad nacional mayor de san marcos; 2012.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1127/Delgado_rl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Ávalos-Márquez; et al. Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. KIRU 2015; 12(1):61-65
23. Universidad europea de Madrid. El Conocimiento, trabajo de investigación 2002-2008. http://www.esp.uem.es/isbc/trabajo_Conocimiento_Gorka.ppdf
24. Misrachi; C. Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral ; Odontología chilena 1994; 42 (2):87-92, 1994.
25. Villanueva-Velásquez, V; et al. Evaluación del estado de salud oral y de conocimientos, actitudes y prácticas de escolares. Revista Nacional de Odontología 2014; 10(19):23-30.
26. Bordoni, G. Percepción sobre el componente bucal de la salud en docentes de escuelas participantes en la práctica social curricular; Lilacs. Asoc. Argent. Odontol. Niños; Mar 2008; 37 (1):10-14.
27. Faleiros, S. Et al. Uso de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en población infanto-juvenil: Trabajo de Investigación. [Artículo en línea]. Vol. 6(1); 14-19, 2013. [Citado 30 de octubre 2018]. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/piro/v6n1/art03.pdf>

28. Resolución Ministerial N° 516-2008: Plan Nacional de Salud Bucal Sonría siempre Perú .
29. OMS. Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud pública un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. 2004; Disponible en: <http://www.who.int/media/centre/news/releases/2004/pr15/es/>
30. Cupe-Araujo, A; García-Rupaya, C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Revista Estomatológica Herediana 2015; 25(2): 112-121.
31. Delgado-Angulo, E; Sánchez-Borjas, PC; Bernabé, E. Mejora en los conocimientos, actitudes y prácticas a través de una intervención en salud oral basada en comunidad. Rev. Estomatol Herediana. 2006; 16 (2): 83 – 88.
32. Martignon, S; et al. Instrumento para evaluar conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral para padres/cuidadores de niños menores. Revista Salud Pública 2008; 10(2): 308-314.
33. Nobile, C; Fortunato, L; Bianco, A; Pileggi, C; Pavia M. Pattern and severity of Early Childhood caries in Southern Italy: a preschool- bases cross_sectional Study. BMC Public Health 2014; 1:1-12.
34. Brown, G; Manogue, M; Rohlin, M. Assessing Attitudes in Dental Education: Is it Worthwhile? .British Dental Journal 2002; 193(12):1-5.
35. Mc Goldrick PM. Principles of Health Behaviour and Health Education. En: Pine CM. Community Oral Health 200; 12(1):1-5.
36. Asociación Kallpa: Paseando por la Promoción de la Salud . Ediciones

Amarylis, Lima-Perú (2004)

37. Ministerio de Educación-Ministerio de salud Perú. Red de Escuelas Promotoras de la Salud . Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas – Escuelas Saludables, Dirección general de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud; Perú; pág. 18- 20 , 2005
38. Katz, S. Odontología Preventiva en Acción . Edición tercera. Editorial Médica panamericana, México, 1991
39. Mc. Donald, R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995.
40. Carranza, S.; Sznajder, I. Compendio de Periodoncia. 5ta Ed. Argentina. Editorial medica panamericana. 2010.
41. Mc. Donald, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995
42. AMM. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Centro de Documentación de Bioética. Departamento de Humanidades Biomédicas. Universidad de Navarra. Página 4 de 7 <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>

ANEXOS

ANEXO 01:

CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MAESTROS HACIA SALUD ORAL AÑO 2017.¹²

SECCIÓN K: CONOCIMIENTO DE PROFESORES SOBRE SALUD BUCODENTAL

K1. ¿Tiene la salud bucal algún papel en la salud general?

- a. Si
- b. No
- c. No Sabe

K2. ¿Qué causa el cepillado dental irregular?

- a. Caries
- b. Enfermedad periodontal
- c. Mal aliento
- d. Manchas en dientes
- f. Todos los anteriores

K3. ¿Por qué tenemos problemas dentales?

- a. Comiendo dulces y helados
- b. No cepillarse adecuadamente
- d. No enjuagar la boca
- e. No visitar regularmente a un dentista
- f. Todo lo anterior

K4. ¿Cómo puede prevenir problemas dentales?

- a. Evitar dulces y alimentos pegajosos
- b. Cepillado correcto
- c. Desinfección bucal después de las comidas
- d. Regularmente visitando a un dentista.
- e. Todo lo anterior

K5. ¿Sabes que una boca limpia puede prevenir la caries dental?

- a. Si
- b. No

K6. ¿Sabes que un dentista puede limpiar y pulir los dientes?

- a. Si
- b. No

K7. ¿Su pasta de dientes contiene fluoruro?

- a. Si
- b. No
- c. No sé

K8. ¿Sabes qué es el hilo dental?

- a. Si
- b. No

K9. La limpieza regular de la boca puede prevenir

- a. Sangrado de las encías
- b. Aflojamiento de las encías
- c. Pérdida de dientes

d. Mal olor

e. Todo lo anterior

SECCIÓN A: ACTITUDES DE LOS DOCENTES EN MATERIA DE SALUD BUCODENTAL

A1. ¿Crees que mantener una boca sana es responsabilidad individual?

a. Si

b. No

A2. ¿Has visitado a un dentista antes?

a. Si

b. No

A3. En caso afirmativo, ¿por qué razón?

a. Caries

b. Dolor

c. Obturación

d. Extracción

e. Otras especificaciones

A4. ¿Crees que es necesario visitar a un dentista periódicamente para mantener la salud bucal?

a. Si.

b. No

SECCIÓN P: PRÁCTICAS DE LOS PROFESORES SOBRE LA SALUD ORAL

P1. ¿Cómo se limpian los dientes?

a. Cepillo de dientes y pasta de dientes

- b. Cepillo de dientes y polvo dentífrico
- c. Dedos y polvo dentífrico
- d. Palos de neem
- e. Cualquier otro especificar.

P2. ¿Con qué frecuencia te limpias los dientes?

- a. Una vez al día
- b. Dos veces al día
- c. Más de dos veces al día
- d. Después de cada comida

P3. ¿Cómo te cepillas los dientes?

- a. Utilizo trazos horizontales
- b. Utilizo trazos verticales
- c. Ambos en dirección horizontal y vertical
- d. Trazos circulares

P4. ¿Con qué frecuencia cambias tu cepillo?

- a. Una vez en 3 meses
- b. Una vez en 6 meses
- c. Anual una vez
- d. Cuando las cerdas se deshilachan
- e. No sé exactamente

P5. ¿Qué cantidad de pasta se aplica en su cepillo?

- a. Longitud total de las cerdas
- b. Media longitud de las cerdas
- c. Cantidad de tamaño de guisante

P6. ¿Presionas la pasta entre las cerdas?

a. Si

b. No

P7. ¿Se enjuaga la boca después de las comidas?

a. Si

b. No

c. A veces

P8. ¿Te limpias la lengua?

a. Si

b. No

P9. ¿Cómo se limpia la lengua?

a. Limpiador de lengua

b. Dedos

c. Cepillo de dientes

d. Cualquier otro especificar

P10. ¿Conoce alguna otra ayuda para la higiene bucal?

a. Si

b. No

P11. Si conoce alguna ayuda para la higiene bucal, ¿cuál de ellas usa?

a. Enjuague bucal

b. Hilo dental

c. Monda dientes

d. Todo lo anterior

e. Cualquier otro especificar

ESCALA DE NIVELES

En forma general: el cuestionario de 24 preguntas tendrá tres niveles, el nivel bajo se da de 0 a 8 preguntas, el nivel regular de 9 a 16 preguntas y el nivel alto de 17 a 24 preguntas correctas.

En forma específica: según dimensiones

-Conocimiento de maestros escolares sobre salud bucodental consta de 9 preguntas; el nivel bajo se da de 0 a 3 preguntas, el nivel regular de 4 a 6 preguntas y el nivel alto de 7 a 9 preguntas correctas.

-Actitudes de los maestros escolares en materia de salud bucodental consta de 4 preguntas; el nivel bajo de 0 a 2 preguntas, el nivel regular 3 preguntas y el nivel alto 4 preguntas correctas.

-Prácticas de los maestros escolares sobre la salud oral consta de 11 preguntas; el nivel bajo se da de 0 a 4 preguntas, el nivel regular de 5 a 8 preguntas y el nivel alto de 9 a 11 preguntas correctas

ANEXO 03: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017</p>	<p>¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017</p>	<p align="center">Objetivo General:</p> <p>Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017.</p> <p align="center">Objetivos Específicos:</p> <p>Determinar los conocimientos, de los maestros escolares hacia la salud oral.</p> <p>Determinar las actitudes de los maestros escolares hacia la salud oral.</p> <p>Determinar las prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral.</p>	<p>Conocimiento de salud oral</p> <p>Actitudes hacia salud oral</p> <p>Prácticas hacia salud oral.</p>	<p align="center">Tipo y nivel de investigación.</p> <p>El tipo de investigación es cualitativa, observacional, prospectivo, transversal.</p> <p align="center">De nivel descriptivo</p> <p align="center">Diseño de investigación</p> <p align="center">Epidemiológico.</p> <p align="center">Población:</p> <p>La población estuvo constituida por 142 maestros escolares en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017.</p> <p align="center">Muestra:</p> <p>Estuvo constituida por 60 maestros escolares en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017 que cumplieron con los criterios de selección.</p>

ANEXO 04:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la estudiante de Odontología de la carrera de odontología de la universidad Los Ángeles de Chimbote, MURGA GARCÍA LEIDY para desarrollar la investigación Conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros escolares hacia la salud oral en la Ciudad de Casma, Distrito de Casma y Provincia de Ancash en el 2017

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Su respuesta al cuestionario será anónima.

Le agradecemos su atención.

Yo.....con número de DNI..... Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Firma

ANEXO 05:

FOTOGRAFÍAS



