



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD
BUCODENTAL DE LOS MAESTROS DE LA I.E. N°88015
EDITH WEED DAVIS EN EL DISTRITO DE CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH,
2017.**

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

AUTORA:

ALVARADO HORNA NOEMI

ORCID ID 0000-0001-7034-0690

ASESOR:

RONDÁN BERMEJO KEVIN

ORCID ID 0000-0003-2134-6468

CHIMBOTE –PERÚ

2019

TÍTULO

**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD
BUCODENTAL DE LOS MAESTROS DE LA I.E. N°88015
EDITH WEED DAVIS EN EL DISTRITO DE CHIMBOTE,
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH,
2017.**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR:

Alvarado Horna, Lourdes Noemi

ORCID ID 0000-0001-7034-0690

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Bachiller en
estomatología, Chimbote, Perú.

ASESOR:

Rondán Bermeo, Kevin Gilmer

ORCID ID 0000-0003-2134-6468

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de
Ciencias De La Salud, Escuela Profesional de Odontología,
Chimbote, Perú

JURADO:

San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID ID 0000-0002-3451-4195

Canchis Manrique, Walter

ORCID ID 0000-0002-0140-8548

Trinidad Milla, Pablo

ORCID ID 0000-0001-9188-6553

HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR

Mgtr. ADOLFO SAN MIGUEL ARCE
PRESIDENTE.

Mgtr. CANCHIS MANRIQUE WALTER
MIEMBRO.

Mgtr TRINIDAD MILLA PABLO
MIEMBRO.

Mgtr RONDÁN BERMEO, KEVIN
ASESOR.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por regalarme cada día y brindarme la fuerza para seguir adelante desarrollándome como futura profesional de la salud, a pesar de las dificultades que se puedan presentar.

A los docentes de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote por haber contribuido en todo el proceso de mi formación académica como profesional.

A mis padres: María y Hilario por haberme dado la vida, por el afecto que me han dado y me siguen brindando, por su apoyo permanente e incondicional desde que nací hasta hacerme profesional.

DEDICATORIA

A Dios, por brindarme un día más de vida y ser fuente imaginable de mis fortalezas en este arduo camino.

A mis padres: María y Hilario por haberme dado la vida, por todo el afecto que me han dado y siguen dando, por su apoyo permanente e incondicional y sobre todo por ser mi fortaleza y motor que me incentivan a hacerme profesional.

A mi hermano Daniel por brindarme mucho afecto y apoyo permanente e incondicional desde que decidí hacerme profesional.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación; tuvo como **objetivo** determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash 2017”., tuvo el estudio una **metodología** de tipo observacional, prospectivo y transversal; de nivel descriptivo y de diseño epidemiológico. Se aplicó una encuesta estructurada de 24 preguntas de manera voluntaria a una población de 30 maestros constituyendo estos a la vez la muestra. Se dividieron los resultados en tres aspectos: En general, sobre conocimiento de los maestros en Salud bucodental es bueno con el 36.7%, malo 16.7 % y regular 46,7%. En cuanto a las actitudes de los maestros sobre salud bucodental es bueno con el 100%. Con respecto a las prácticas de los maestros sobre salud bucodental es bueno con el 40 %, regular con el 43.3 % y malo con el 16.7 %. En **conclusión**, se determinó que los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento Ancash 2017”.es regular. Existe una necesidad definida e inmediata de programas de capacitación a maestros sobre conocimientos básicos de salud oral.

Palabras claves: actitud, conocimiento, prácticas, salud bucal.

ABSTRACT

The present research work; The **objective** was to determine the knowledge, attitudes and practices in oral health of the teachers of the I.E. N ° 88015 "EDITH WEED DAVIS district of Chimbote, province of Santa, Ancash Department in 2017"., The study had an observational, prospective and transversal **methodology**; of descriptive level and epidemiological design. A structured survey of 24 questions was applied voluntarily to a population of 30 teachers, constituting these at the same time the sample. The results were divided into three aspects: In general, knowledge of teachers in oral health is good with 36.7%, bad 16.7% and regular 46.7%. Regarding the attitudes of teachers about oral health is good with 100%. With regard to the practices of teachers on oral health is good with 40%, regular with 43.3% and bad with 16.7%. In **conclusion**, it was determined that the knowledge, attitudes and practices in oral health of the teachers of the I.E. N ° 88015 "Edith Weed Davis in the Distric of Chimbote, province of Santa, Ancash Department - 2017" .is regular. There is a definite and immediate need for training programs for teachers on basic oral health knowledge.

Keywords: attitude, knowledge, practices, oral health.

CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| 1. Título | ii |
| 2. Equipo de trabajo..... | iii |
| 3. Hoja de firma de jurado y asesor | iv |
| 4. Agradecimiento | v |
| 5. Dedicatoria..... | vi |
| 6. Resumen y abstract | vii |
| 7. Contenido | ix |
| i. Introducción | 1 |
| ii. Revisión de literatura..... | 4 |
| iii. Hipótesis | 27 |
| iv. Metodología..... | 28 |
| 4.1. Diseño de investigación..... | 28 |
| 4.2. Población y muestra | 28 |
| 4.2. Definición y operacionalización de las variables y los indicadores | 29 |
| 4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 31 |
| 4.5. Plan de análisis | 33 |
| 4.6. Matriz de consistencia | 34 |
| 4.7. Principios éticos | 35 |
| V. Resultados..... | 36 |
| 5.1 Resultados: | 36 |
| 5.2. Análisis de resultados | 40 |
| VI. Conclusiones: | 44 |
| Aspectos complementarios..... | 45 |
| Referencias bibliográficas..... | 46 |
| Anexos | 53 |

Índice de gráficos, tablas y cuadros.

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1.- Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento Áncash,2017 | 36 |
| Tabla 2.- Conocimientos en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash 2017 | 37 |
| Tabla 3.- Actitudes en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017..... | 38 |
| Tabla 4.- Prácticas en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017..... | 39 |

Índice de gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1.- Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017 | 36 |
| Gráfico 2.- Conocimientos en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 Edith WEED Davis en el Distrito de Chimbote, provincia del Santa, Departamento Áncash, 2017 | 37 |
| Gráfico 3.- Actitudes en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017..... | 38 |
| Gráfico 4.- Prácticas en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento Áncash, 2017..... | 39 |

I. INTRODUCCIÓN

Se sabe que los maestros ejercen una influencia considerable sobre sus alumnos y, en cierta medida, sobre la comunidad en general. Sin embargo, se ha demostrado que tienen un decepcionante mal conocimiento de la salud oral y la enfermedad. Teniendo en cuenta que la educación de los escolares sobre la salud bucodental es lo más importante y porque los hábitos bucales sanos se desarrollan temprano en la vida; se desarrolla la investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros en la I.E la N°88015 “Edith Weed Davis” del A.H. Alto Perú, que se fundó en el año de 1973 mediante Resolución Directoral Zonal N°0247, siendo su fundador y director, el Profesor Pablo Vásquez Veramendi. En el año de 1988 con R.D. N° 0021 se le denomina con el nombre “Edith Weed Davis” en honor a la madre de su benefactor, el reverendo padre Jhon Davis Weed.

La importancia de impartir conocimientos sobre la higiene bucal a los niños (infantes o preescolares o escolares) reconocidos desde 1878. Los niños pasan cantidad de tiempo en la escuela, especialmente la edad en que se forman sus hábitos. Las escuelas deben proporcionar una plataforma eficaz para promover la salud oral porque alcanzan a más de mil millones de niños en todo el mundo.¹

Los profesores de la escuela, especialmente los profesores de primaria, pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de hábitos, por lo tanto, el papel de los maestros durante este desarrollo del niño es crítico.²

Por ahora se estableció que los profesores de escuela tienen un reconocido papel potencial en la educación dental en la escuela, sin embargo, el uso de maestros en

la educación para la salud, tiene ciertas desventajas, la principal es que el maestro puede estar insuficientemente entrenado para entregar dichos mensajes; la falta de formación sobre aspectos de la salud oral esto puede evitar que el maestro participe en la enseñanza de los Niños.²

Con el fin de inculcar un buen enfoque de los hábitos orales, los propios maestros deben tener buenos conocimientos, actitudes y prácticas hacia higiene oral ya que la falta de conocimientos sobre bucodental en los maestros ha sido reportada en estudios anteriores, sobre todo se encontró deficiencia en conocimientos de enfermedad bucal, la falta de estos conocimientos por parte de los docentes contribuye negativamente en la formación de hábitos de higiene adecuados en los niños. Por lo tanto, se formulo el siguiente enunciado ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, departamento Áncash en el 2017?

Teniendo como objetivo general: determinar los conocimiento, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros la i.e. n°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash. Y objetivos específicos: Determinar que conocimientos en salud bucodental tienen los maestros de la i.e. n°88015 “Edith Weed Davis, determinar que actitudes en salud bucodental tienen los maestros de la I.E. N°88015 Edith Weed Davis y determinar que prácticas en salud bucodental tienen los maestros de la I.E. N°88015 Edith Weed Davis.

El presente estudio se justifica en la necesidad de determinar y dar a conocer cuales son los conocimientos ,actiudes y prácticas de los maestros en la salud bucodental ya que son ellos los que mayor tiempo pasan con los alumnos y quienes guian y contribuyen en la foramcion academica y perosnal.Este tipo de proyecto investigacion no se han ejecutado en esta cuidad. Al final de este trabajo de investigación se busca contribuir con el conocimiento y difusión hacia los maestros sobre la salud bucodental con el fin de que ellos puedan educar tanto a sus alumnos como en su hogar ayudando así a la prevención de enfermedades bucales. La presente investigación se realizó en la I.E N° 88015 Edith Weed Davis en el año 2017 el cual consistió en realizar una encuesta a los maestros para saber que conocimientos actitudes y prácticas en salud bucodental tienen, la muestra estuvo conformada por 30 maestros.

Los resultados permitieron observar que el conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros es regular con el 60%. En cuanto a conocimientos de los maestros en salud bucodental es regular (46%). Las actitudes de los maestros en salud bucodental son buenas (100%). Las prácticas de los maestros en salud bucodental son regular (43%). Asimismo, se concluyó que: El conocimiento, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros en la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis” en la Ciudad de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash en el 2017 es regular.

Por todo lo expuesto, el propósito de esta investigación fue conocer que conocimientos, actitudes y practicas tienen los maestros de las escuelas sobre la salud oral ya que son ellos quienes pueden y tiene mayor influencia en la formación de los alumnos.

II. REVISION DE LITERATURA

2.1. Antecedentes

Prabhadevi y col. (La India 2017). Realizaron un estudio titulado “Conocimiento, actitudes y práctica de Maestros hacia Salud Oral en Davangere, India”. Con el objetivo de evaluar el conocimiento de los profesores, actitudes y prácticas con la salud oral. En donde la metodología del estudio fue descriptiva, en 150 maestros que fueron encontrados de manera electiva. Se obtuvo como resultado que la mayoría de maestros mostró conocimiento bueno de salud oral con un 58%. La mayor parte de los maestros en este estudio reconocieron la importancia de la salud oral 54%. En 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 médica³.

Mota A. (La India 2016). Realizo el estudio titulado “Conocimientos, actitudes y enfoques de salud bucal de maestros de enseñanza preescolar y primaria en Mumbai, India”. Teniendo en cuenta que los maestros de escuela tienen un papel potencial reconocido internacionalmente en la escuela. 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. El estudio tuvo como metodología un diseño de tipo descriptivo de corte transversal se realizó en las regiones suburbanas de Mumbai utilizando un cuestionario auto administrado e

involucró a 511 maestros. Se obtuvo como resultado 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. Además, solo el 45,4% de los maestros sabía que una dentición primaria consiste en 20 dientes. Respecto a 17 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. El estudio concluyo que 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. Por lo tanto, podemos decir que existe una necesidad clara e inmediata de capacitación organizada de maestros de escuela sobre conocimientos básicos de salud oral.⁴

González-Penagos C, (Colombia, 2016). Realizo el estudio denominado “Conocimientos en salud bucal de los cuidadores del programa Buen Comienzo”. Con el objetivo de 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. La población estuvo 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. En el resultado de la investigación 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. En 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 oral .⁵

Vidya Sekhar y col, (Pondicherry 2014). Se realizó un estudio basada en una encuesta transversal a los maestros de la ciudad con el objetivo de evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de los profesores de la escuela hacia la salud oral para lo cual utilizó un cuestionario estructurado y se evaluó a 212 profesores sobre sus conocimientos sobre salud bucodental, actitud y práctica en cuanto a su salud bucal personal, actitud respecto a la salud oral de los niños y estado de educación en salud bucodental en las escuelas. Todos los datos recogidos se introdujeron en SPSS versión 21.0, como resultado se obtuvo Alrededor del 47% de los participantes consideró que las bacterias y el azúcar son las principales causas de la caries dental, mientras que el 42% consideró que la placa y el cálculo son los principales agentes de la

enfermedad periodontal. Alrededor del 82,5% de los maestros se cepillaban dos veces al día. Sin embargo, sólo el 32% consideró que es necesario visitar al dentista con regularidad. Mientras que el 86% de los profesores consideró que los dientes de los niños deben ser revisados por el dentista, sólo el 51% acordó que es su deber impartir educación de salud oral a los estudiantes. En conclusión, el conocimiento sobre la salud bucodental entre los profesores de la escuela fue justo. La educación sobre la salud bucodental debe ser impartida a los maestros de preescolar y primaria como parte del Programa Nacional de Cuidado de la Salud Bucal de manera regular y se deben hacer estudios adicionales para evaluar sus niveles de conciencia y hacer los cambios necesarios en los módulos de educación.⁶

Shodan M. (La India 2012). Realizo un estudio denominado conocimiento de los docentes escolares sobre la prevención de enfermedades orales: una encuesta de Dharwad, India. Donde tuvo por objetivo evaluar el conocimiento y los factores asociados entre los maestros de escuela indios hacia la enfermedad oral. Se aplicó una metodología de diseño transversal utilizando un cuestionario auto administrado, para lo cual se seleccionaron un total de 215 maestros de escuela, con una tasa de respuesta del 95,3% (n = 205). Tuvo como resultado 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 ($R^2 = 0.1250$, $p < 0.05$).

En conclusión, 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 esencia.⁷

Delgado (Huancavelica, 2012). Realizo un estudio titulado “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” con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial y primaria de los distritos rurales de Huachos y Capillas. La metodología de este estudio fue 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. En donde se obtuvo como resultado sobre conocimiento en Salud Bucal que el 21.5% de los

maestros 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%. En 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 regular.⁸

Vera J, (2011). En su estudio de nivel aplicativo, de tipo observacional y descriptivo realizado en los distritos de Cajamarca y de San Juan, de la región de Cajamarca en diferentes instituciones de educación inicial para determinar nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes, la población muestral fue de 35 docentes; en el cual relacionó diferentes aspectos como el tiempo de experiencia, la edad y el sexo de los encuestados, llegó a determinar que sobre nivel de conocimientos en Salud Bucal el 68 % mostró un nivel regular, el 26 % tuvo un nivel malo y el 6 % tuvo un nivel bueno. En cuanto a los indicadores como: al conocimiento sobre medidas preventivas; el 54 % tuvo un nivel bueno, el 34 % un nivel regular y el 12% mostró un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 46% tuvo nivel regular, el

48 % demostró un nivel malo y el 6 % un nivel bueno; y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 66 % mostró un nivel malo, el 28 % tuvo un nivel regular y el 6 % un nivel bueno.⁹

Zambrano (2011). En Ancash se realizó un estudio de tipo cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial del sector privado del Distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote para lo cual se aplicó una encuesta a 138 docentes de las diez instituciones designadas. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de experiencia, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 73,3% mostró un nivel regular y el 26,7% tuvo un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 90% tuvo un nivel bueno y el 10% un nivel regular sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 60% tuvo nivel regular, el 23,3% tuvo un nivel malo y un 16,7% tuvo nivel bueno y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 50% mostró un nivel regular, el 33,3% tuvo un nivel bueno, y un 16,7% tuvo un nivel malo.¹⁰

Ehizele A. et al. (Nigeria 2011). Realizo el estudio denominado “Conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal entre los profesores de

primaria de Nigeria”. Con el objetivo de 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. Como resultado se obtuvo que 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. En 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 orales .¹¹

Alain Soto Ugalde y col, (Estado Miranda, Venezuela, 2010.). Realizaron un estudio denominado “Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros”, teniendo como objetivo evaluar la efectividad de un programa educativo sobre salud bucal para desarrollar cambios de actitud y hábitos bucales saludables. Se tuvo como muestra 80 niños y diez maestros de una escuela de Río Chico, Estado Miranda, Venezuela, en el periodo enero-septiembre de 2010, a quienes se le realizó un diagnóstico enfocado al índice de higiene bucal de los niños, y a las necesidades de aprendizaje de estos y sus maestros. Se elaboró un programa que incluyó como medios de enseñanza juegos didácticos y un software educativo. La información se obtuvo por medio de encuestas y grupos focales. se obtuvieron diferencias significativas entre el estado inicial y final de los conocimientos y también con respecto al índice de higiene bucal. Quedó evidenciada la aprobación del programa por parte de los niños, quienes consideraron su importancia con respecto a la salud bucal. La intervención, mediante el programa educativo, logró cambios satisfactorios en los modos de actuar y pensar de los niños, en términos de salud bucal, resultados que avalan su validez.¹²

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conocimiento:

Es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio se trata de la posesión de múltiples datos

interrelacionados que, al ser tomado por si solos, poseen menor valor cualitativo.¹³

Son intervenciones de procesos, 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 vivencia¹³.

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 método¹⁴. 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 hallado.¹⁴ 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 maestro 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 estudiantes.¹⁴

2.2.2. 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.¹³

De una manera más concreta, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización. Estos comportamientos tienen un punto en común, todos ellos reflejan las valoraciones que las personas poseen sobre las distintas cuestiones mencionadas. A dichas valoraciones se las conoce con el nombre de actitudes. Es importante establecer que las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que los humanos asimilan y relacionan la información, permiten buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y

sobre sus cambios, influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas.¹⁴

2.2.3. Práctica

La práctica se define como la acción que se ejecuta después de adquirir los conocimientos, es la ejecución de las normas y conocimientos que conducen a la acción individual¹⁴. 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 los individuos seleccionan sus hábitos, donde influyen perspectivas no voluntarias, sociales y ambientales de la vida diaria¹⁴. Por ello hay ciertos hábitos que pueden poner en riesgo nuestra salud bucal entre ellas el morder un lapicero, 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 caries.¹⁵

2.2.4. Salud bucodental

Según la OMS define la salud bucodental como la ausencia de patologías y trastornos que afectan a la cavidad bucal, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros. Este concepto se refiere al estado de

normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la boca y cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial.¹⁶

Según el Dr. Chaves M, el concepto de salud dental es más amplio de lo que su nombre da a entender, pues comprende, además de la salud de los dientes y de sus estructuras de apoyo, la de los restantes tejidos y formaciones de la cavidad oral. Las expresiones salud bucal y salud oral son más precisas, si bien de uso menos frecuente.¹⁷

2.2.5. La escuela y la higiene bucal

La escuela es el lugar idóneo para la adquisición de hábitos higiénicos, ya que en ella, los escolares pasan una gran cantidad de tiempo y es allí donde van conformando su personalidad y su universo en valores y el espacio donde mejor podemos controlar y evaluar todas nuestras acciones sanitarias y es apropiado para la realización de estudios longitudinales o de incidencia.¹⁸

La escuela tiene la obligación de abordar la higiene bucal como base que les permita alcanzar sus objetivos educativos.

Hay evidencias científicas que indica una relación entre la mala salud y los resultados educativos. Un mal estado de salud impide el aprendizaje, además se sabe que el periodo escolar de los niños y niñas es cuando las medidas preventivas han demostrado que producen sus mejores efectos.⁹

El esmalte recién erupcionado, es un esmalte inmaduro, más poroso, por lo tanto, con más avidez por acumular flúor.¹⁸

Hay que tener en cuenta que el periodo escolar se caracteriza por la adquisición de hábitos, constituyendo el momento ideal para el comienzo de la educación de higiene bucodental de los alumnos.¹⁹

2.2.6. El maestro y la educación en la higiene bucodental.

Los maestros de pre escolar contribuirán a la consecución de los objetivos sanitarios; ellos son los verdaderos artífices capaces de adecuar los contenidos y actividades de los programas al nivel educativo de los niños.²⁰

El maestro debe llevar a cabo a lo largo del año escolar actividades de higiene bucodental, para que de una forma más natural y amena hagan participar a los niños y niñas y éstos adquieran los conocimientos prácticos y actitudes que los lleven a adquirir buenos hábitos de higiene.²⁰

Pero también, el maestro tiene la importante labor de educador pasivo o ejemplar", debe ser: capaz de sonreír sin que presenten espacios dentados, inflamación de las encías o presencia de halitosis; deberá presentar una buena imagen de salud bucal, un maestro con pésimas condiciones de salud bucal, presenta una incapacidad para motivar a sus estudiantes por muy elaborado que tenga su planificación educativa.²⁰

2.2.7. Enfermedades y afecciones bucales

Las enfermedades bucodentales más frecuentes y comunes son la caries, las enfermedades periodontales como la gingivitis, periodontitis, el cáncer de boca, los traumatismos físicos y las lesiones congénitas.²¹

a. Caries dental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la caries dental se puede definir como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad que afecta entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia.²¹

También podemos definir la caries como una patología infecciosa multifactorial de mayor prevalencia en la sociedad, caracterizada por reacciones químicas y microbiológicas que llevan a la destrucción progresiva de los tejidos dentarios, Clínicamente, se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades.²²

La alta prevalencia que se presenta en el mundo entero de caries dental (afecta del 95 al 99 % de la población), la sitúa como la principal causa de pérdida de dientes.²³

b. Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es considerada una de las enfermedades crónicas de origen infeccioso más comunes en humanos, con una prevalencia que varía entre 10-60% de acuerdo a los criterios utilizados para definirla. Se puede clasificar como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos que rodean al diente) o periodontitis (que involucra la destrucción del tejido que rodea al diente).²⁴ Se conoce que las enfermedades periodontales son infecciones del tejido periodontal causada por bacterias y si estas se acumulan a nivel del margen gingival producen siempre una reacción inflamatoria gingival llamada gingivitis. Los estudios reportan que existen hasta 600 especies diferentes de bacterias que colonizan la cavidad bucal y que afectan el delicado equilibrio de las interacciones entre el huésped y las bacterias, que lleva a la salud o la enfermedad.²⁵ Así mismo la infección periodontal inicia con patógenos bucales invasivos específicos que colonizan las biopelículas de placa dental en la superficie radicular del diente. Los factores locales y sistémicos también intervienen en la susceptibilidad del individuo a la periodontitis. Este desafío crónico de los microorganismos virulentos lleva a la destrucción de los tejidos blandos y duros del soporte dentario del periodonto, incluyendo al hueso alveolar, conducto radicular del diente y el ligamento periodontal.²⁶

c. Gingivitis

Es aquella conocida también como enrojecimiento de las encías. La gingivitis es la lesión incipiente de la enfermedad periodontal esto debido

a la placa bacteriana o biofilm, el cual se adhiere a las superficies dentales y ataca a los tejidos de soporte del mismo, como resultado del tártaro o sarro las encías se inflaman y posteriormente se produce el sangrado debido a la presencia de las bacterias.²⁶

Se localizada a nivel de la encía y se caracteriza por cambios en el color, forma y textura: la encía marginal y/o papilar toma un color más rojizo o rojo azulado, existe edema, la superficie es lisa, brillante con una pérdida o reducción del puntilleo, puede además presentar hemorragia espontánea o bajo presión leve. Los signos clínicos de inflamación son mayores en personas que experimentan disturbios hormonales tal como niños durante la pubertad y mujeres durante el embarazo.²⁶

Es así que, la gingivitis es una enfermedad que requiere de periodos largos de tiempo debido a que la placa blanda es un material pegajoso y son depósitos de restos de alimentos y bacterias; la cual posteriormente se convierte en placa dura o tártaro que se encuentran en la base del diente.²⁷

2.2.8. Causas comunes de las enfermedades bucodentales

Las enfermedades bucodentales presentan diversos factores de riesgo relacionados con la mala salud, el tabaquismo y el exceso consumo de alcohol, son factores que están relacionadas con las cuatro enfermedades crónicas más importantes, como: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. La pésima

e incorrecta higiene de la boca también constituye un factor de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales en las poblaciones.²⁸

La prevalencia de las patologías bucodentales varía de acuerdo a la región geográfica de que se trate y de la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud bucodental. También tienen mucho peso diversos determinantes sociales. La prevalencia de las patologías bucodentales aumenta con mayor frecuencia en los países bajos y medianos recursos económicos.²⁸

Según estimaciones publicadas en el estudio sobre la carga mundial de morbilidad 2016, las enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial (3580 millones de personas), y la caries dental en dientes permanentes es el trastorno más prevalente.³⁹

2.2.9. Prevención de enfermedades bucodentales

Las enfermedades bucodentales y otras afecciones crónicas pueden llegar a reducirse teniendo en cuenta los factores de riesgo comunes como:

- La reducción de del consumo de azúcar y una alimentación bien equilibrada para prevenir la caries dental y la pérdida prematura de dientes.²⁹
- El mayor consumo de frutas y verduras puede proteger contra el cáncer bucal.²⁹
- Dejar de fumar y evitar el consumo de alcohol puede disminuir el riesgo de cáncer bucal, periodontopatías y pérdida de dientes.²⁹

- La caries dental puede prevenirse manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Esto se puede conseguir a través de la fluoración del agua potable, la sal, la leche, los colutorios o la pasta dental, también mediante la aplicación de fluoruros por profesionales (dentista).²⁹
- Visitas periódicas al odontólogo ya que la mayoría de las patologías y afecciones en la cavidad bucal requieren una atención especializada.²⁹
- Aplicar medidas de prevención y promoción de la salud a través de los programas públicos de salud bucodental.²⁹

2.2.10. Técnicas de prevención en salud bucal

Las técnicas de prevención en salud bucal se pueden definir como todas las estrategias cognoscitivas, afectivas y psicomotrices, que permiten a cada individuo ser partícipe de su propia salud (autoeducación), mediante proceso de evitar la aparición de enfermedades, interrupción y control de enfermedades ya presentes y en última instancia, la restitución de áreas y órganos bucales que se hubiesen perdido.³⁰

Existen diversas técnicas de prevención bucal los cuales se inician a través del conocimiento de aspectos básicos acerca de la anatomía, fisiología y patología, de la cavidad bucal, debiendo contarse necesariamente de actividades prácticas de técnicas manuales de higiene bucal como:

- Técnica de cepillado dental.
- Técnica del dedil de toalla.

- Técnica del hilo o seda dental.
- Uso de pasta dental.
- Utilización de flúor en la prevención de la caries dental.³⁰

a. Higiene bucodental

La higiene bucal, significa tener en buen estado las encías, dientes y en general toda la boca. Para ello, es necesario un adecuado cepillo dental, pasta dental, enjuague e hilo dental. Además de las visitas periódicas al dentista y tener una dieta balanceada, disminuyendo el consumo de azúcar.¹⁴

La higiene bucodental es muy importante para mantener en óptimas condiciones la salud gingival, dental y periodontal, la ausencia total de la placa, la prevención de cualquier biopartícula sobre la superficie dental, es difícil de lograr. Sin embargo, es posible mantener sanos la encía y el periodonto cuando la cantidad de placa es pequeña, la flora bacteriana mixta (gram positivo, anaerobios facultativos) es poca virulenta y la capacidad defensiva del huésped es normal.³¹

b. El cepillado dental

El cepillado dental es parte de la higiene bucal que debe de inducirse a las personas desde que se presenten los primeros dientes, hay que acostumbrar al bebé a la manipulación de la boca e inculcar a la higiene bucal. Al inicio la higiene bucal del debe realizarse una vez al día,

aprovechando el momento del baño. Para esta etapa se debe utilizar dedales de silicona o una gasa humedecida en agua.³²

Posteriormente cuando erupcionen los dientes alrededor de los 18 meses hay que realizar la higiene bucal del niño con la ayuda de un cepillo el cual debe tener un mango recto y largo; una empuñadura gruesa, cerdas suaves con las puntas redondeadas y un tamaño compatible con la boca del niño, también podemos ayudar a la higiene con el uso del hilo dental.³²

La técnica de cepillado dental debe ser sencilla para los padres. Se recomienda limpiar las superficies dentales laterales (linguales y vestibulares) con movimientos circulares y las superficies masticatorias con movimientos antero-posteriores.³³

Se debe explicar al niño y a sus padres (hasta la adolescencia) la técnica correcta del cepillado dental. Si hay problemas de alineación, ausencia de dientes, aparatos ortodónticos o el niño es torpe para cepillarse, es preciso recomendar técnicas especiales. Se debe recomendar un cepillo de cabeza pequeña, de cerdas sintéticas y puntas redondeadas para evitar la lesión de la encía.³³

El cepillado dental debe iniciarse con un barrido siguiendo el eje del diente, empezando por la encía y sin desplazamientos horizontales, tanto en la cara exterior como en la cara interior. Posteriormente se realiza movimientos circulares sobre la cara oclusal, de atrás hacia delante, limpiando posteriormente con suavidad la lengua. ³³

El uso de una pasta dental ideal aumenta los beneficios del cepillado. En general, las pastas dentales se componen de un producto abrasivo y un agente cariostático. Se recomiendan abrasivos suaves (pirofosfato de calcio, metafosfato insoluble de sodio, etc.) y compuestos fluorados, como se ha indicado anteriormente.³³

El uso de las pastas dentales con flúor es el método más recomendado para la prevención de la caries dental, tanto por el aspecto tópico y continuado de su aplicación, como por la aceptación social de la higiene bucodental. Según las investigaciones recientes, las pastas con menos de 1000 ppm no parece que tengan algún papel en la prevención de la caries dental. Sin embargo, en los niños pequeños el riesgo de ingestión de la pasta dental es muy elevado. En niños menores de 2-3 años el cepillado deben realizarlo los padres, para hacerlo progresivamente el propio niño. Para el uso de pastas dentales con flúor haya que tener en cuenta lo siguiente.³⁴

- Se recomienda que hasta los dos años la pasta dental que use sea con 1000 ppm de flúor.
- Se recomienda que entre los dos y seis años el niño utilice una pasta dental con 1000 y 1450 ppm de flúor y la cantidad similar a al tamaño de una alverja.
- Después de los seis años, se debe de cepillar dos veces al día con una pasta de dientes con 1450 ppm de flúor y la cantidad de 1-2 cm (sobre el cepillo).³⁴

c. 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 mentolado.³⁴

d. Flúor

Está definido como aquel elemento que se usa en los dientes para frenar la desmineralización, así como propiciar la remineralización dental, además de fortificar los dientes haciéndolos menos solubles a los ácidos. Encontramos flúor en el agua, en algunos alimentos, los cuales se consumen; sin embargo, se pueden hacer aplicaciones de flúor de manera tópica sobre las superficies de los dientes o también el uso de elementos como crema dental, colutorios, geles y esmaltes.³⁴

Sabemos que en ciertos países tenemos al cloruro de sodio o sal, la leche u otras bebidas contienen flúor agregado; sin embargo, tengo que indicar que el abuso del flúor puede generar manchas, a esto se le llama fluorosis.³⁴

En estudios realizados se ha reportado que el cepillado dental con una crema dental con flúor disminuye las caries dentales; así también puedo aportar que la aplicación de esmaltes fluorados en niños con alto índice de caries se toma como medida preventiva.³⁴

III. HIPOTESIS

Este trabajo de investigación no presenta hipótesis por ser de tipo descriptivo.

IV. METODOLOGIA

4.1. Diseño de investigación

Tipo de investigación

- Según la intervención del autor es de tipo observacional.³⁵
- Según la planificación de la toma de datos la investigación es prospectivo.³⁵
- Según el número de ocasiones en que mide la variable es transversal.³⁵

Nivel de investigación

Descriptivo

Diseño de investigación

No experimental.³⁶

4.2. Población y muestra

Población

Estuvo conformado por todos los maestros de educación primaria y secundaria de la I.E N° 88015“Edith weed Davis Chimbote 2017.

Muestra

Está constituida por todos los maestros de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis Chimbote 2017 siendo un total de 30 maestros.

Criterios de selección

Criterio de inclusión:

- Maestros de sexo masculino y femenino.
- Maestros del nivel primaria y nivel secundario.

- Maestros titulares

Criterios de exclusión:

- Maestros con cargo administrativos (no tiene influencia directa en la inducción de conocimientos con los alumnos)
- Maestros auxiliares (no tienen influencia directa con los alumnos)
- Maestros suplentes.

4.2. Definición y operacionalización de las variables y los indicadores

Definición de variables

Conocimientos sobre salud bucodental

El Ministerio de Salud de Colombia, define conocimientos a los conceptos y percepción que tienen las personas en relación con su salud bucal, sean estos significados formales o informales.¹⁴

Actitudes sobre salud bucodental

La actitud es el comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores, se puede decir que es su forma de ser es aquello que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.¹⁴

Prácticas sobre salud bucodental

Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos sobre salud bucodental.¹⁴

Operacionalización de las variables y los indicadores

| VARIABLE | DIMENSIÓN | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | INDICADORES | VALORES | ESCALA |
|---|---|---|--|---|---------|
| Conocimientos actitudes y prácticas en salud bucodental | Conocimientos en salud bucodental | Todo hechos o informaci ón adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación o práctica en salud bucodental. ¹⁴ | Cuestionario 9 preguntas correspondientes a la sección C | Malo (0-2) Regular (3-5) Bueno (6-9) | ordinal |
| | Actitudes en salud Bucodental | Comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores, se puede decir que es su forma de ser es aquello que impulsa y orienta la acción .14 | Cuestionario 4 preguntas correspondientes a la sección A | Malo (0-1) Regular (2-3) Bueno (4) | |
| | Prácticas en salud bucodental | Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos sobre salud bucodental s. ¹⁴ | Cuestionario 11 preguntas correspondientes a la sección P | Malo (0-3) Regular (4-7) Bueno (8-11) | |

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

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

Instrumento

Con el fin de evaluar los conocimientos, las actitudes y las prácticas con respecto a la salud bucal se utilizó como herramienta de investigación una encuesta planificada y estructurada con preguntas cerradas las cuales permitieron obtener las respuestas para los análisis estadísticos.

El instrumento utilizado para la presente investigación fue tomado de la tesis de Prabhadevi y col denominado “Conocimiento, actitudes y prácticas de maestros hacia salud oral en Davangere, India” año 2017. ³Se hizo la adaptación al español y procedió a la validación debido al cambio de algunas palabras adaptadas a nuestra cultura. (Anexo La encuesta estuvo conformada por un total de 24 preguntas divididas en 3 secciones:(Anexo N° 1)

Sección C: 9 preguntas relacionadas a conocimientos de los maestros sobre salud bucodental.

Sección A: 4 preguntas relacionadas a actitudes de los maestros sobre salud bucodental.

Sección P: 11 preguntas relacionadas a prácticas de los maestros sobre salud bucodental.

La encuesta contenía los indicadores necesarios para medir las variables en estudio

El cuestionario contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación y se consideró un punto por cada respuesta correcta de cada ítem desarrollado así:

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; malo de 0 a 2 preguntas, regular de 3 a 5 preguntas y bueno de 6 a 9 preguntas respondidas correctamente.

- Actitudes de los maestros escolares en materia de salud bucodental consta de 4 preguntas; malo de 0 a 1 preguntas, regular 2 a 3 preguntas y bueno de 4 preguntas respondidas correctamente.

- Prácticas de los maestros escolares sobre la salud bucodental consta de 11 preguntas; malo de 0 a 3 preguntas, regular de 4 a 7 preguntas y bueno de 8 a 11 preguntas respondidas correctamente.

Procedimiento

Con el permiso del director de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis, solicitado mediante un documento se informó el objetivo de la investigación y se pidió el consentimiento a cada maestro comunicándoles que toda la información obtenida es de carácter confidencial. Se procedió a entregar las fichas de encuesta personalmente a cada docente solicitándoles veracidad en sus respuestas. Posteriormente en un promedio de 30 minutos se procedió a recogerlas.

4.5. Plan de análisis

Para determinar el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva, ordenando y tabulando los resultados recogidos de la variable de estudio. La información fue procesada y analizada con el programa de Microsoft Excel 2013, luego los resultados obtenidos fueron presentados en cuadros y gráficos de acuerdo a los objetivos mencionados.

4.6. Matriz de consistencia

| TÍTULO | ENUNCIADO DEL PROBLEMA | OBJETIVOS | VARIABLES | METODOLOGÍA |
|--|---|--|--|---|
| <p>“Conocimiento, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros en la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis” en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017.</p> | <p>¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017?</p> | <p>Objetivo general Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros de la escuela hacia la salud oral en la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis. Distrito de Chimbote, provincia de santa, departamento Áncash,2017</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar que conocimientos en salud bucodental tienen los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis, • Determinar que actitudes en salud bucodental tienen los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis • Determinar que prácticas en salud bucodental tienen los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis. | <p>VARIABLES: Conocimientos en salud bucodental Actitudes en salud bucodental Prácticas</p> <p>Dimensiones: - Conocimiento en salud bucodental. -Actitudes en salud bucodental. -Prácticas en salud bucodental</p> | <p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativa</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo, transversal, observacional.</p> <p>POBLACIÓN: Se estima una población de 30 Maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis Distrito de Chimbote, provincia de santa, departamento Áncash, 2017</p> <p>MUESTRA: se tomó como muestra a la totalidad de los maestros (30) de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash,2017</p> <p>METODO: Descriptivo</p> <p>INSTRUMENTO: Ficha de evaluación de conocimiento de los maestros sobre salud bucal.</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 de manera voluntaria en la investigación³⁷

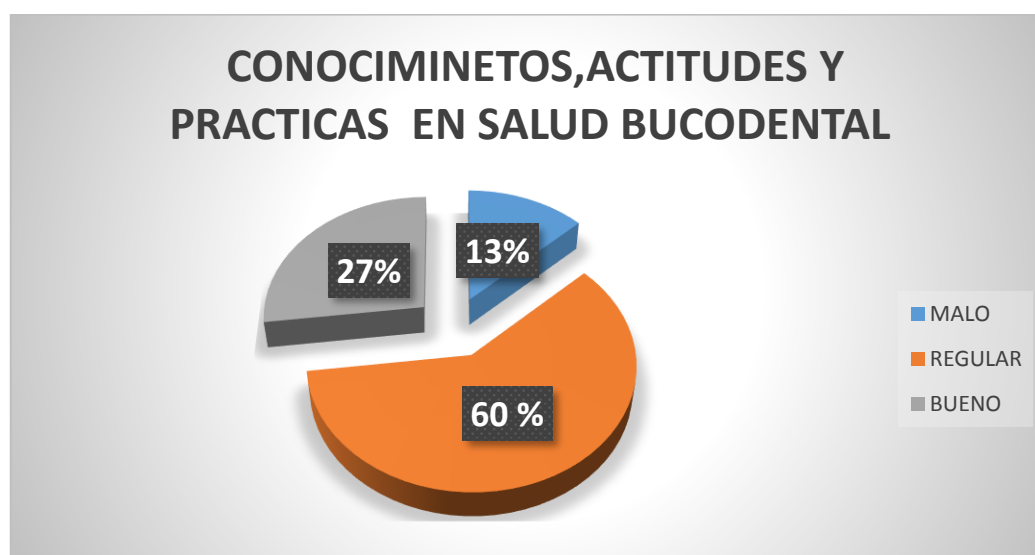
V. RESULTADOS

5.1 Resultados:

Tabla 1: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de la I.E N° 88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, 2017.

| CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|-------------|
| MALO | 4 | 13% |
| REGULAR | 18 | 60% |
| BUENO | 8 | 27% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicados a maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis Chimbote 2017.



Fuente: Tabla N° 1

Gráfico 1: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros en la I.E. N°88015 Edith Weed Davis Chimbote 2017.

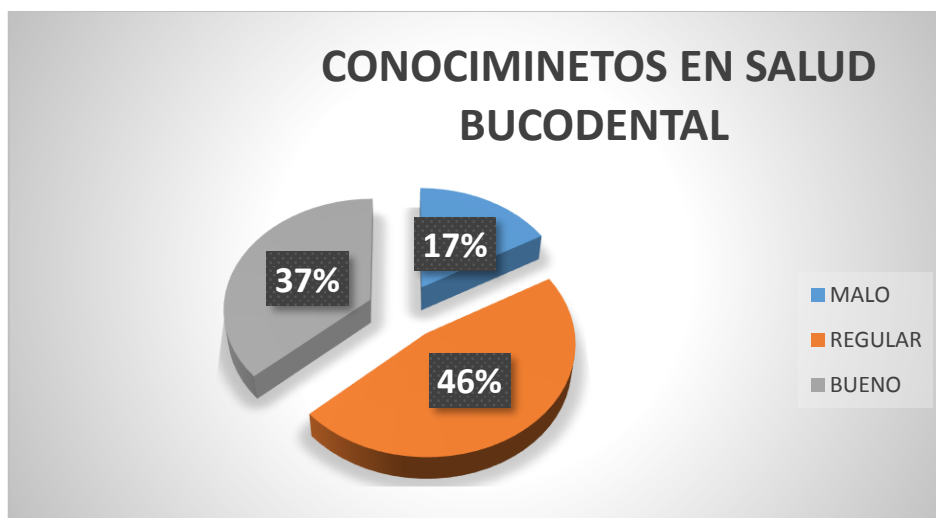
En la tabla 1 se puede observar que el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros en salud bucodental de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia de santa, Departamento de Áncash 2017”. Esta representado en mayor proporción por el 60% regular, seguido del 27% que manifiestan un conocimiento bueno y el 13% malo.

Tabla 2: Conocimientos en salud bucodental de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash,2017.

| CONOCIMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| MALO | 5 | 17 % |
| REGULAR | 14 | 46 % |
| BUENO | 11 | 37 % |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicados a maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis Chimbote 2017.

Gráfico 2: Conocimientos sobre salud bucodental de los maestros en la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis Chimbote 2017



Fuente: Datos de la tabla N°2

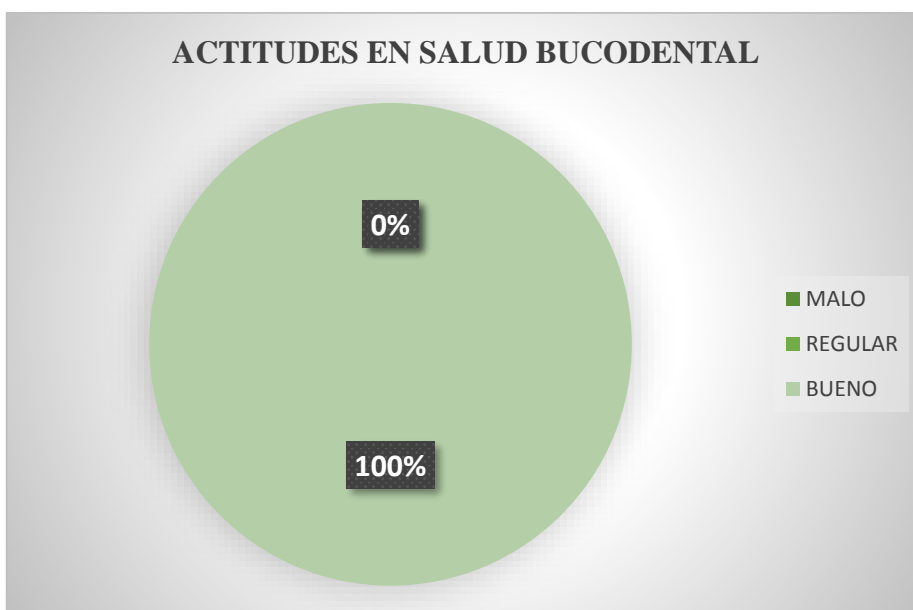
En la tabla 2 se puede observar que el nivel de conocimiento de los maestros en salud bucodental de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia de Santa, Departamento de Áncash en el 2017”. En mayor proporción regular con un 46%, seguido del 37% que manifiestan un conocimiento bueno y el 17% malo.

Tabla 3: Actitudes en salud bucodental de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash,2017.

| ACTITUDES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| MALO | 0 | 0% |
| REGULAR | 0 | 0% |
| BUENO | 30 | 100% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicados a maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis Chimbote 2017.

Gráfico 3: Actitudes sobre salud bucodental de los maestros en la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis Chimbote 2017.



Fuente: Datos de la tabla N° 3

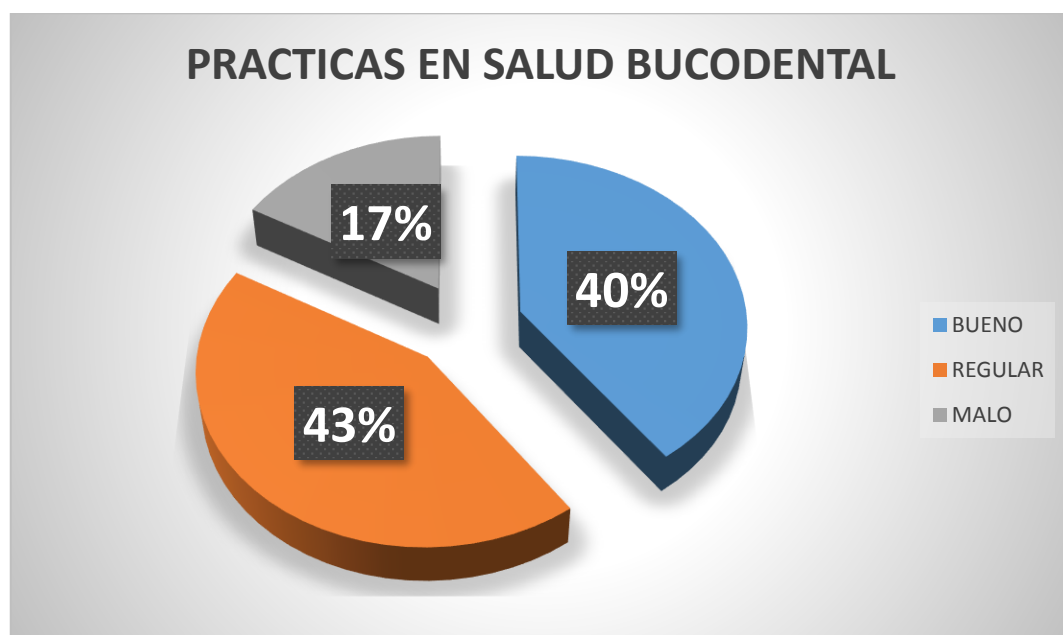
En la tabla 3 se observan que el nivel de actitud de los maestros en salud bucodental de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia de Santa, Departamento de Áncash 2017” es bueno estando representado por el 100%.

Tabla 4: Práctica en salud bucodental de la I.E N° 88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia de Panta, Departamento de Áncash, 2017.

| PRÁCTICAS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|-------------|
| MALO | 5 | 17% |
| REGULAR | 13 | 43% |
| BUENO | 12 | 40% |
| TOTAL | 30 | 100% |

Fuente: Cuestionario aplicados a maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis Chimbote, 2017.

Grafico4: Práctica sobre salud bucodental de los maestros en la I.E. °88015 Edith Weed Davis Chimbote, 2017.



Fuente: Datos de la tabla N°4.

En la tabla 4 se puede observar que el nivel de práctica de los maestros en salud bucodental de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, departamento de Áncash 2017”. Esta representado en mayor proporción por el 43% regular, seguido del 40% que presentan buenas prácticas y el 17% malo.

5.2. Análisis de resultados

La presente investigación permitió determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucodental de los maestros la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash 2017.dandonos un resultado bueno con un 27%, regular con el 60% y malo con un 13%como se observa en la tabla N°01.

Los resultados obtenidos, nos permitió determinar que el conocimiento de los maestros en salud bucodental, es regular, con un 46% y bueno con un 37% de los maestros encuestados (ver tabla N°2). En contraste con el estudio de **Mota A. (La India 2016)**⁴ 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 salud Bucal que el 21.5% de los maestros mostró un nivel bueno, el 3.8% presentó un nivel malo y el 74.7% tuvo un nivel regular, También se coincidió con los estudios de (**Zambrano 2011**)¹⁰ que muestra un resultado regular con un 73,3% y bueno con un 26,7% de los docentes encuestados. Como podemos observar el conocimiento dentición primaria consiste en 20 dientes.

Shodan M. (La India 2012)⁷ 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)**⁸ también tuvo como resultado sobre conocimiento en S de los docentes en salud bucodental va de regular a bueno. contrariamente con los estudios realizados por **Prabhadevi y col. (La India 2017)**³. donde su resultado demostró que la mayoría de maestros mostró conocimiento bueno de salud oral con un 58%. La mayor parte de los maestros en este estudio reconocieron la importancia de la salud oral 54%. También mostro un resultado similar el estudio realizado por **Vidya Sekhar y col, (Pondicherry 2014)**⁶, donde su resultado reveló que un 47 % de los encuestados obtuvieron un nivel bueno mientras que un 42% fue regular en cuanto a conocimientos.

El cuanto a la actitud en salud bucodental de los maestros de la I.E. N°88015 “Edith Weed Davis en el Distrito de Chimbote, provincia de santa, departamento Áncash 2017 el resultado de esta investigación determino que es bueno con el 100% de los que a la vez viene a ser el total de maestros encuestados. El porcentaje más bajo estuvo conformado por 0 maestros que viene a ser el 0% de todos los maestros encuestados, quienes muestran un buen nivel malo y regular.

En contraste con **Ehizele A. et al. (Nigeria 2011)**. En su estudio demostró que los maestros tenían una actitud positiva hacia la salud oral. 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.

De acuerdo a este análisis de resultado se puede determinar que la actitud en la salud bucodental de los maestros está en un nivel bueno.

En 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 orales.

Como se observa en la tabla N°4 el porcentaje más alto en cuanto a la práctica está conformada por el 43%, según este resultado podemos determinar que los maestros muestran un regular practica en cuanto a salud bucodental. El porcentaje más bajo estuvo conformado por el 17% de los maestros encuestados, quienes muestran un mal nivel de práctica sobre salud bucodental, mientras que el 40 % está en un nivel bueno. En contraste con el estudio de **Vera J, (2011)**¹⁰. El 54 % tuvo un nivel bueno, el 34 % un nivel regular y el 12% mostró un nivel malo.

Por otro lado, **Delgado (Huancavelica, 2012)**⁸ en su estudio determinó que el 61% presenta nivel regular en prácticas hacia salud bucal Como se puede apreciar en ambos estudios los resultados van de regular a bueno.

Teniendo en cuenta el análisis de resultado de esta investigación y en comparación realizada con otros estudios, podemos determinar que hay un resultado satisfactorio ya que va de regular con el 60% a bueno con 27%. Por lo tanto consideramos que es fundamental e importancia involucrar en la capacitación sobre los programas de promoción y prevención en salud bucal de

los escolares y maestros de manera que se hagan mayores motivaciones e incentivos para estimular la higiene oral de sus estudiantes; ya que son los docentes , 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 .

VI. CONCLUSIONES:

La presente investigación tuvo como conclusión lo siguiente:

1. Se logró determinar que el conocimiento, actitudes y prácticas de los maestros en salud bucodental de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis” es regular con el 60 % de los encuestados.
2. Se logró determinar que el conocimiento de los maestros en salud bucodental de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis” es regular con el 46% de los encuestados.
3. Se logró determinar que las actitudes de los maestros en salud bucodental de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis” son buenas con un 100% de los encuestados.
4. Se logró determinar que las prácticas de los maestros en salud bucodental de la I.E N° 88015“Edith Weed Davis” es regular con el 43% de los encuestados.

Aspectos complementarios

Recomendaciones:

- Se necesitan realizar más estudios, que nos permita saber que conocimiento tienen los docentes acerca de la salud bucodental y evaluar si éstos son o no aplicados en sus alumnos
- Realizar mayor labor preventiva promocional en las Instituciones educativas, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos acerca de la salud bucodental
- Realizar capacitaciones a los maestros mediante talleres adicionales para mejorar sus conocimientos existentes sobre salud bucodental.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. León H. Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en Tutores y Padres de Familia de Niños de Educación Inicial en el distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, región Ancash, en el año 2011 [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011.
2. Martínez Farith González, Barrios Carmen Cecilia Sierra, Salinas Luz Edilma Morales. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud bucal de padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 jun [citado 2019 Jul 17]; 53(3): 247-257. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300009&lng=es
3. 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.
4. 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. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27034901/>
5. 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. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-31.csbc>

6. Sekhar, Vidya et al. “Knowledge, Attitude and Practice of School Teachers Towards Oral Health in Pondicherry.” *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR* 8.8 (2014): ZC12–ZC15. *PMC*. Web. 22 June 2017. Disponible en. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4190784/>
7. 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. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22298523>
8. 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. Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1127/Delgado_rl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Vera J. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial en el distrito de Cajamarca y distrito de San Juan – Región Cajamarca. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: 2011
10. Zambrano S. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial del sector privado en el distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote, provincia de Santa Región Ancash, durante los meses mayo y junio en el año 2011. [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011.

11. 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 .Disponible : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1601-5037.2010.00498.x>
12. Soto Ugalde Alain, Sexto Delgado Nora, Gontán Quintana Nivia. Intervención educativa en salud bucal en niños y maestros. *Medisur* [Internet]. 2014 feb [citado 2017 Jun 10]; 12(1): 24-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000100004&lng=es
13. Yance-Cárdenas Paulina. Conocimiento y actitud sobre las salud oral de los adolescentes atendidos en el centro de salud san juan - Iquitos, 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/219/YANCE-1-Trabajo-Conocimiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Victorio-Pérez Jhoana, Mormontoy-Laurel Wilfredo, Díaz-Pizán María Elena. Conocimientos, actitudes y prácticas de padres/cuidadores sobre salud bucal en el distrito de Ventanilla. *Rev. Estomatol. Herediana* [Internet]. 2019 ene [citado 2019 Jul 18]; 29(1): 70-79. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552019000100008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v29i1.3496>.
15. Maganur PC, Satish V, Marwah N, Vishwas TD, Dayanand MC. Conocimiento, Actitudes y Prácticas de los Maestros Escolares hacia la Salud Oral en Davangere, India. *Int J Clin Pediatr Dent* 2017; 10 (1): 89 - 95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5360810/>

16. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2016 [citado 2018 Mayo 09]
Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/definicion/salud-bucodental.html>
17. Salud bucodental. Salud y medicinas. [internet]. 2017 [citado 2018 Febrero 25]. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/bucodental/definicion/salud-bucodental.html>
18. Cisneros Domínguez Grethel, Hernández Borges Yadira. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. MEDISAN [Internet]. 2011 Oct [citado 2018 Jul 14]; 15(10): 1445-1458. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001000013&lng=es.
19. Díaz Martell Y, Hidalgo Gato Fuentes I. Intervención educativa sobre salud bucal en maestros de enseñanza primaria. Rev Méd Electrón. [Seriada en línea] 2011;33(1) .Disponible en URL:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema08.htm>.
20. Limonta Vidal E del R, Araújo Heredia T. Intervención educativa para modificar conocimientos sobre salud bucal en escolares de tercer grado. Medisan [serie en Internet]. 2000 [citado 26 May 2006];4(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol4_3_00/san03300.htm
21. 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/>

22. Mc. Donald, R. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995.
23. Díaz Solorzano D, González Nayas G, Abreu Cabrera IM, Gutiérrez Maturell S, Cabañas Lores C, Flores Morales E. Guías prácticas clínicas de la caries dental. En: Garrigó MI, Sardiñas Alayón S, Gеспert Abreu E, Valdés García P, Legra Padilla N, Fuentes Balido I, et al. Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2003:23-75.
24. Duque de Estrada Riverón. Johany, Rodríguez Calzadilla Amado. Factores de riesgo en la predicción de las principales enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2001 Ago [citado 2018 Jul 14]; 38(2): 111-119. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072001000200004&lng=es
25. Juárez-López María Lilia Adriana, Murrieta-Pruneda José Francisco, Teodosio-Procopio Elizabeth. Prevalencia y factores de riesgo asociados a enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2018 Jul 14]; 141(3): 185-189. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000300003&lng=es.
26. Lindhe J, Lang N, Karring T. Periodontología clínica e Implantología odontológica. 5° ed. Buenos Aires. Editorial médica Panamericana; 2009.
27. Juárez-López María Lilia Adriana, Murrieta-Pruneda José Francisco, Teodosio-Procopio Elizabeth. Prevalencia y factores de riesgo asociados a

- enfermedad periodontal en preescolares de la Ciudad de México. Gac. Méd. Méx [revista en la Internet]. 2005 Jun [citado 2018 Jul 14]; 141(3): 185-189. Disponible:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000300003&lng=es.
- 28.** Nieto García Víctor Miguel, Nieto García María Adoración, Lacalle Remigio Juan Ramón, Abdel-Kader Martín Laila. Salud oral de los escolares de Ceuta: influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2001 Nov [citado 2018 Jul 15]; 75(6): 541-550. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600006&lng=es.
- 29.** Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Sep [citado 2017 Jul 22] ; 13(51): 435-458. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000300010&lng=es. Disponible
- 30.** Treviño ME. Patrón cultural sanitario bucal familiar y enfermedad bucodental en preescolares; Revista Invest. Científica (Barcelona); 2008; 4(2); Nueva época. Mayo - Agosto 2008. ISSN 1870-8196; Unidad Académica de odontología; Universidad Autónoma de Zacatecas
- 31.** Bustamante Z, Camargo L. Estado de salud bucal de niños preescolares y escolares de nivel socioeconómico alto y medio alto. Revista Ces Odontología 1998; 11(1): 35- 38.
- 32.** Lavastida Fernández Mirella Alejandra, Gispert Abreu Estela de los Ángeles. Nivel de conocimientos básicos de salud bucal en adolescentes y sus madres. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2015 [citado 2018 Jul 14] ; 52(Suppl 1):

30-41. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000500005&lng=es.

33. Espinoza-Usaqui, Erika Marisol, and Flor de María Pachas-Barrionuevo. "Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú." *Revista Estomatológica Herediana* 23.2 (2013): 101-108.
34. Katz, S. "Odontología Preventiva en Acción". Edición tercera. Editorial Médica panamericana, México, 1991
35. Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.
36. Hernández R. Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 6 ed. México. Mc Graw Hill. 2014.
37. 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. Disponible en: <http://www.redsamid.net/archivos/201606/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf?1>
38. Carranza, S.; Sznajder, I. Compendio de Periodoncia. 5ta Ed. Argentina. Editorial medica panamericana. 2010.
39. OMS. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental.2018.Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

“CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MAESTROS HACIA SALUD ORAL” AÑO 2017.³

1. SECCION C: CONOCIMIENTO DE PROFESORES SOBRE SALUD BUCODENTAL

C1. ¿Tiene la salud bucal alguna influencia sobre la salud general?

- a. Sí b. No c. No sabe

C2. ¿Qué causa el cepillado dental irregular?

- a. Caries b. Enfermedad de las encías
c. Mal aliento d. Manchas en los dientes
e. Nada f. Todo lo anterior

C3. ¿Por qué cree usted que tenemos problemas dentales?

- a. Por comer dulces y helados.
b. Por no cepillarse adecuadamente.
c. Por no enjuagar la boca.
d. Por no visitar regularmente a un dentista.
e. Por todo lo anterior.

C4. ¿Cómo puede usted prevenir problemas dentales?

- a. Evitando dulces y alimentos pegajosos.
b. Cepillándose correctamente.
c. Usando enjuague bucal después de las comidas.
d. Regularmente visitando a un dentista.

e. Todo lo anterior.

C5. ¿Sabe usted que una boca limpia puede prevenir la caries dental?

a. Sí. b. No

C6. ¿Sabe usted que un dentista puede limpiar y pulir los dientes?

a. Sí b. No

C7. ¿Su pasta de dientes contiene flúor?

a. Sí b. No c. No se

C8. ¿Sabe usted qué es el hilo dental?

a. Sí b. No

C9. La limpieza regular de la boca puede prevenir

- a. Sangrado de las encías
- b. Inflamación de las encías
- c. Pérdida de dientes
- d. Mal olor
- e. Todos los anteriores

2. SECCION A: ACTITUDES DE LOS DOCENTES EN MATERIA DE SALUD BUCODENTAL

A1. ¿Cree usted que mantener una boca sana es responsabilidad de uno mismo?

a. Sí b. No

A2. ¿Ha visitado usted a un dentista antes?

a. Sí b. No

A3. En caso afirmativo, ¿por qué razón?

- a. Caries.
- b. Dolor
- c. Extracción
- d. Alguna otra especifica

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

- a. Sí
- b. No

3. SECCION P: PRÁCTICAS DE LOS PROFESORES SOBRE SALUD BUCODENTAL

P1. ¿Cómo se limpia usted los dientes?

- a. Cepillo de dientes y pasta de dientes.
- b. Cepillo de dientes y bicarbonato de sodio
- c. Dedos y dientes.
- d. Palos de monta diente.
- e. Cualquier otro especificar.

P2. ¿Con qué frecuencia usted se limpia 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 se cepilla usted los dientes?

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

P4. ¿Con qué frecuencia cambia usted su 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 lo sé exactamente.

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

- a. Longitud total de las cerdas.
- b. La mitad de la longitud de las cerdas.
- c. Cantidad de tamaño de una alverja.

P6. ¿Presiona usted la pasta entre las cerdas del cepillo?

- a. Sí
- b. No

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

- a. Sí
- b. No
- c. A veces

P8. ¿Se limpia usted la lengua?

- a. Sí
- b. No

P9. ¿Cómo se limpia usted la lengua?

- a. Limpiador de lengüeta
- b. Dedos
- c. Cepillo de dientes.
- d. Cualquier otro especificar.

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

- a. Sí
- b. No

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

- a. Enjuague bucal.
- b. Hilo dental.
- C. Dientes recoge.
- d. Todo lo anterior.
- e. Otros especificar


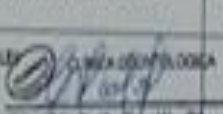

ESCALA DE NIVELES

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 2 preguntas, el nivel regular de 3 a 5 preguntas y el nivel alto de 6 a 9 preguntas correctas.
- Actitudes de los maestros escolares en materia de salud bucodental consta de 4 preguntas; el nivel bajo de 0 a 1 preguntas, el nivel regular 2 a 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 3 preguntas, el nivel regular de 4 a 7 preguntas y el nivel alto de 8 a 11 preguntas correctas

**ANEXO 02:
FICHA DE VALIDACION**

| RESULTADO DE LA REVISIÓN PARA LA VALIDACION | | | |
|---|---|--|--|
| | Augusto Reyes Vargas | Sally Castillo Blas | Alan Bermejo Terrones |
| Aprobado |  Sr. Augusto Reyes Vargas COP. 23126 |  C.A. M.G. Sally Castillo Blas COP. 23126 |  Sr. Alan M. Bermejo Terrones COP. 2014 TERCERA OFICINA DE REGISTRO PUE. 01 |
| Pendiente | | | |
| Rechazado | | | |
| Venir a Comité | | | |

ANEXO 3:
CARTA DE PRESENTACION


UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA
"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Chimbote, 15 de Junio del 2017

CARTA N° 013-2017- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica

Señor,
Lic. Edwin Nery Leyva
Director de la I. E. Edith Weed Davis.
Presente. -

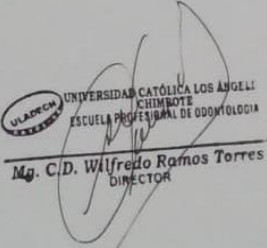
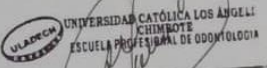
A través del presente, reciba usted el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en esta ocasión en mi calidad de Director de la Escuela Profesional de Odontología, para solicitarle lo siguiente:



En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, la estudiante viene desarrollando la asignatura de Tesis, a través de un trabajo de investigación denominado "**Conocimientos, actitudes y prácticas de los maestros de la escuela hacia la salud oral en la I. E. "Edith Weed Davis" Chimbote – 2017**".

Para ejecutar su investigación, la alumna ha seleccionado la institución educativa que usted dirige, para lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso a la **Srta. Noemi Alvarado Horna**; a fin de realizar la recolección de datos en la Institución a su cargo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres
DIRECTOR



Noemi Alvarado Horna
SUB DIRECTORA

Av. Pardo Nro. 4199 - A.H. San Juan
Chimbote, Perú
Telf: (043) 209131 – (043) 350411
escuela_odontologia@uladech.edu.pe
www.uladech.edu.pe

ANEXO 4: FOTOGRAFÍAS

