

---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

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

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE  
LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “REPÚBLICA  
ARGENTINA”, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,  
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE  
ÁNCASH, AÑO 2019**

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

**AUTOR:**

GÓMEZ FERNÁNDEZ, JOSÉ DE NAZARETH

ORCID: 0000-0003-2782-3421

**ASESOR:**

REYES VARGAS, AUGUSTO ENRIQUE

ORCID: 0000-0001-5360-4981

**CHIMBOTE – PERÚ**

**2019**

**1. Título de la tesis**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL  
DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA  
DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL  
“REPÚBLICA ARGENTINA”, DISTRITO DE NUEVO  
CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA,  
DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, AÑO 2019**

## **2. Equipo de trabajo**

### **AUTOR**

GÓMEZ FERNÁNDEZ, José De Nazareth.

ORCID: 0000-0003-2782-3421

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, estudiante de Pregrado, Chimbote,  
Perú

### **DOCENTE TUTOR INVESTIGADOR**

REYES VARGAS, Augusto Enrique

ORCID: 0000-0001-5360-4981

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,  
Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú

### **JURADOS DE INVESTIGACIÓN**

SAN MIGUEL ARCE, Adolfo Rafael. (Presidente)

0000-0002-3451-4195

CANCHIS MANRIQUE, Walter Enrique. (Miembro)

0000-0002-0140-8548

ZELADA SILVA, Wilson Nicolás. (Miembro)

0000-0002-6002-7796

### **3. Hoja de firma del jurado y asesor**

---

Mgr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael

PRESIDENTE

---

Mgr. Canchis Manrique, Walter Enrique

MIEMBRO

---

Mgr. Zelada Silva, Wilson Nicolás

MIEMBRO

---

Mgr. Reyes Vargas, Augusto Enrique

ASESOR

#### **4. Agradecimiento y dedicatoria**

##### **Agradecimiento**

*A Dios por haberme dado fuerza y valor para  
culminar esta etapa de mi vida.*

*A mis padres por su sacrificio, y su apoyo  
incondicional en cada momento de mi vida*

## **Dedicatoria**

*A mi madre, por la confianza y el apoyo incondicional, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.*

*A mis amigos, a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de esta investigación.*

## 5. Resumen y abstract

### Resumen

El **objetivo** de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal “República Argentina”, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2019. **Metodología:** de tipo cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo; de nivel descriptivo y diseño no experimental observacional. **Población y Muestra:** la población estuvo conformada por 52 docentes y la muestra por 46 docentes del nivel secundaria, determinados por muestreo probabilístico aleatorio simple. **Instrumento:** Se utilizó un cuestionario elaborado por 15 preguntas referente al nivel de conocimientos de salud bucal. **Resultados:** El 54,3%(25) de los docentes son del sexo masculino y el 45,7%(21) femenino; el 28,3%(13) tiene de 30 a 39 años, el 39,1%(18) de 40 a 49 años y el 32,4%(15) de 50 a más años. En cuanto al nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de salud bucal el 54,3%(25) presenta nivel regular, el 26,1%(12) nivel malo y el 19,5%(9) nivel bueno. El nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales, el 47,7%(22) presenta nivel regular, el 30,4%(14) nivel malo y el 21,7%(10) nivel bueno. El nivel de conocimiento sobre desarrollo dental, el 56,4%(26) presenta nivel regular, el 23,9%(11) nivel bueno y el 19,5%(9) nivel malo. **Conclusión:** El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash en el año 2019 es malo (45,7%)(21).

**Palabras clave:** desarrollo dental, nivel de conocimiento, prevención, salud bucal.

## Abstract

The **objective** of the investigation was to determine the level of knowledge about oral health of secondary education teachers of the State Educational Institution “República Argentina”, District of Nuevo Chimbote, Province of Santa, Department of Ancash, year 2019. **Methodology:** quantitative type, observational, prospective, transversal and descriptive; descriptive level and observational non-experimental design. **Population and Sample:** the population was made up of 52 teachers and the sample by 46 teachers of the secondary level, determined by simple random probabilistic sampling. **Instrument:** A questionnaire prepared by 15 questions regarding the level of oral health knowledge was used. **Results:** 54.3%(25) of teachers are male and 45.7%(21) female; 28.3%(13) are 30 to 39 years old, 39.1%(18) 40 to 49 years old and 32.4%(15) 50 years old and older. Regarding the level of knowledge about oral health prevention measures, 54.3%(25) have a regular level, 26%(12) have a bad level and 19.5%(9) have a good level. The level of knowledge about oral diseases, 47.8%(22) has a regular level, 30.4%(14) bad level and 21.7%(10) good level. The level of knowledge about dental development, 56.5%(26) has a regular level, 23.9%(11) good level and 19.5%(9) bad level. **Conclusion:** The level of knowledge about oral health of secondary school teachers of the I.E. Argentina Republic of the District of Nuevo Chimbote, Province of Santa, Department of Ancash in the year 2019 is bad (45.7%)(21).

**Key words:** *Dental development, level of knowledge, oral health, prevention*



## 6. Contenido

<b>1. Título de la tesis</b> .....	ii
<b>2. Equipo de trabajo</b> .....	iii
<b>3. Hoja de firma del jurado y asesor</b> .....	iv
<b>4. Agradecimiento y dedicatoria</b> .....	ii
<b>5. Resumen y abstract</b> .....	iv
<b>6. Contenido</b> .....	vi
<b>7. Índice de tablas y gráficos</b> .....	viii
<b>I. Introducción</b> .....	1
<b>II. Revisión de la literatura</b> .....	5
2.1. Antecedentes .....	5
2.2. Revisión de la literatura .....	13
2.2.1. Salud bucal .....	13
2.2.2. Factores que influyen en las conductas en salud: .....	18
2.2.3. Salud bucal en la escuela .....	20
2.2.4. Medidas preventivas en salud bucal .....	22
2.2.5. Enfermedades bucales .....	27
2.2.6. Desarrollo dental .....	28
<b>III. Hipótesis</b> .....	30
<b>IV. Metodología</b> .....	31
4.1 Diseño de la investigación .....	31

4.2 Población y muestra .....	32
4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores .....	35
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	36
4.5 Plan de análisis .....	38
4.6 Matriz de consistencia .....	40
4.7 Principios éticos.....	41
<b>V. Resultados.....</b>	<b>43</b>
5.1. Resultados: .....	43
5.2. Análisis de resultados .....	47
<b>VI. Conclusiones.....</b>	<b>53</b>
<b>Aspectos complementarios.....</b>	<b>54</b>
<b>Referencias bibliográficas:.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>61</b>

## 7. Índice de tablas y gráficos

### Índice de tablas

<i>Tabla 1.-</i> Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, año 2019 .....	43
<i>Tabla 2.-</i> Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo .....	43
<i>Tabla 3.-</i> Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo .....	44
<i>Tabla 4.-</i> Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo .....	45

## **Índice de gráficos**

**Gráfico 1.-** Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, año 2019 ..... 43

**Gráfico 2.-** Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo ..... 44

**Gráfico 3.-** Nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo ..... 45

**Gráfico 4.-** Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo ..... 46



## **I. Introducción**

La salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general. La OMS define la salud oral como un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial(1).

La cooperación técnica de la OPS/OMS ha ayudado a los países a fortalecer sus servicios de salud bucodental a través de la capacitación, la implementación de buenas prácticas y las asociaciones. La iniciativa de comunidades libres de caries, busca integrar la salud bucodental en los servicios de atención primaria y promueve el uso de intervenciones costo-efectivas a través de asociaciones entre el sector público y privado(2).

La salud bucal en el Perú constituye un grave problema de salud pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal. La población pobre presenta necesidades de tratamiento de enfermedades bucales, solo que esta población cuenta con menos recursos económicos, y tiene que verse en la necesidad de priorizar, entre gasto por alimentación y gasto por salud (3).

Es importante reconocer el rol que desempeñan los maestros, pues la escuela es el segundo hogar donde se imparte conocimiento, es por eso que es necesario que los profesores sean capacitados y concientizados sobre la importancia de la salud bucal y general para que así transmitan sus conocimientos a los alumnos con los que

comparten la mayor parte del día , por cuanto posibilita también que los educandos de uno y otros sexos, además de transmitirlos a miembros de su familia y demás condiscípulos, se conviertan en verdaderos promotores de salud bucal en su entorno comunitario(3).

A nivel internacional, en su estudio Pineda D, Rodríguez L. (Ecuador, 2015) observaron que el nivel de conocimiento sobre salud oral de los encuestados fue nivel alto (32,7%), medio (43,4%), y en menor proporción nivel bajo (23,9%)(4).

A nivel nacional, en el estudio epidemiológico realizado en los años 2001-2002 la prevalencia de caries dental fue 90.4%, referente a caries dental, índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPOD) a los 12 años es de aproximadamente 6, ubicándose según la OPS, en un país en estado de emergencia; según un estudio del año 1990, la prevalencia de enfermedad periodontal fue de 85% y en estudios referenciales se estima la prevalencia actual de maloclusiones del 80% (3).

Estudios de Perú muestran un bajo conocimiento sobre higiene bucal, el estudio realizado por León H. (2012) mostró que el 63.5% de docentes tuvo un conocimiento de nivel regular en salud bucal y un 36.5% nivel malo (5).

Ante lo descrito anteriormente se formuló el enunciado del problema: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2019? Y el objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año

2019. Y los objetivos específicos: Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal, según edad y sexo. Determinar el nivel de conocimiento de enfermedades bucales, según edad y sexo. Determinar el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo.

La investigación presenta justificación metodológica y relevancia social, ya que beneficia directamente a la institución, a los docentes y sobre todo a los alumnos, porque aporta información elemental que enriquece las políticas de educación y salud bucal; además permite tomar decisiones en el plano científico-técnico, administrativo y político para mejorar la calidad de salud bucal de los estudiantes. Asimismo, a través del desarrollo se adaptó un instrumento de investigación, que fue de gran ayuda metodológica para la recolección de datos, el cual permite a futuros investigadores adaptarlo para poder medir el nivel de conocimiento de salud bucal de los docentes en una población y muestra específica. Posee implicancias prácticas, pues ayuda a resolver el problema de investigación, generalizando los resultados a nociones más amplias.

La investigación se desarrolló en las instalaciones de la I.E. República Argentina del Distrito de Nuevo Chimbote en el año 2019, se diseñó una metodología de tipo de investigación cuantitativa, observacional, prospectiva, transversal y descriptiva, de nivel descriptivo y de diseño no experimental (observacional); se evaluaron a 46 docentes de educación secundaria, seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple; a quienes se les aplicó un cuestionario para obtener datos fidedignos sobre conocimiento de salud bucal. Los resultados permitieron concluir que, el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación



secundaria de la I.E. República Argentina del Distrito de Nuevo Chimbote en el año 2019 fue malo (45,7%)(21) seguido del nivel regular (41,2%)(19) y (13%)(6) bueno.

La investigación se organizó en tres apartados, el primero inició con la introducción, que contiene el enunciado del problema, los objetivos; justificación; revisión de la literatura y la hipótesis de investigación. Seguido de la metodología estableciendo el tipo, nivel y diseño de investigación, población y muestra, definición y operacionalización de variables e indicadores; técnica e instrumento de recolección de datos, plan de análisis, matriz de consistencia y principios éticos. Finalmente se presentó los resultados mediante tablas, gráficos, cada uno con su interpretación, el análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

## II. Revisión de la literatura

### 2.1. Antecedentes

#### Internacionales

**Pineda D, Rodríguez L. (Ecuador, 2015).** “Relación entre la frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015.” **Objetivo:** Determinar la relación entre la frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015. **Tipo de estudio:** se realizó una investigación transversal correlacional. **Población y muestra:** se conformó por 113 niños con sus respectivas madres de familia. **Material y método:** a los niños/as se les ejecutó un examen clínico para determinar la frecuencia de caries dental y a las madres se aplicó una encuesta para establecer el nivel de conocimiento. **Resultados:** La frecuencia de caries dental de los niños/as es de 92,9%, así mismo el nivel de frecuencia de caries dental obtenido mediante el índice CPOD es bajo (32,7%), medio (34,5%) y alto (32,7%). El nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres encuestadas demostró un nivel alto (32,7%), medio (43,4%), y bajo (23,9%). **Conclusión:** El estudio realizado en la Unidad Educativa Fe y Alegría reveló que existe, relación estadísticamente significativa de  $p=0,000$  entre la frecuencia de caries dental en escolares y nivel de conocimiento de sus madres en salud oral (4).

#### Nacionales

**Flores M. (Perú, 2018).** “Nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores en educación primaria”. **Objetivo:** Conocer el nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores de Educación Primaria en el colegio Adventista – Brasil. **Tipo de estudio:** de diseño descriptivo, de tipo transversal, prospectivo y observacional y enfoque cuantitativo. **Población y muestra:** se utilizó una muestra de 30 profesores del nivel primario que fueron seleccionados de manera no aleatoria por conveniencia. **Material y método:** a los docentes se les aplicó un cuestionario de 16 preguntas. **Resultados:** la mayoría de profesores tienen conocimiento de Regular en lo que respecta a salud bucal, en un número de 15, con un porcentaje de 50%, seguido del nivel alto en un número de 12, con un porcentaje de 12%, finalmente un nivel bajo con un número de 3 y un porcentaje de 10%. **Conclusión:** el nivel de conocimiento en salud bucal en los profesores del Colegio Adventista – Brasil su conocimiento es regular (6).

**Aguilar E. (Perú, 2017).** “Nivel de conocimiento sobre salud bucodental de los docentes de la I.E.S. Emblemática María Auxiliadora, Puno – 2017.” **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de los docentes de la I.E.S. Emblemática María Auxiliadora, Puno. **Tipo de estudio:** investigación de tipo descriptivo, diseño transversal. **Población y muestra:** estuvo conformada por todos los docentes de educación secundaria. **Material y método:** se aplicó un cuestionario elaborado por 18 preguntas para medir los conocimientos sobre medidas preventivas, principales enfermedades bucales y desarrollo dental. **Resultados:** el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de los docentes, fue tendencia de regular a bueno, siendo el grupo

etario de < 35 años con un 21,43% y entre 35 a 50 años con un 38,57% con un nivel regular. El grupo etario entre 51 a 65 años con un 10% de nivel bueno y 4,29% de nivel regular. Según el sexo se obtuvo un conocimiento regular para ambos sexos, femenino 21,43% y masculino de 42,86%. En cuanto al nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucodental, desarrollo dental y las principales enfermedades bucales, la mayoría de docentes obtuvieron un nivel regular con un porcentaje de 51,43%, 57,14% y 51,43% respectivamente. **Conclusión:** El nivel de conocimiento sobre salud bucodental en los grupos etarios de excepción del grupo etario de 51 a 65 años que tuvieron un nivel bueno, en ambos sexos muestran conocimiento regular, el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucodental, desarrollo dental y las principales enfermedades bucales, fue regular (7).

**Paola V. (Perú, 2017).** “Relación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y el tiempo de servicio en profesores de los niveles inicial y primario de ASEP María Madre y Maestra Circa, Paucarpata, Arequipa - 2016”. **Objetivo:** determinar la relación entre el Nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio en profesores de los niveles inicial y primario de ASEP María Madre Maestra – CIRCA. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio analítico y transversal. **Población y muestra:** estuvo conformada por 107 profesores de los niveles inicial y primario. **Material y método:** se aplicó una encuesta a los profesores. **Resultados:** El nivel de conocimiento sobre salud bucal, para los profesores de nivel inicial es Regular, con una representación del 60.71%. El nivel de conocimiento sobre salud bucal, para los profesores de nivel primario es también Regular, con una representación del 59.49%.

Como resultado a este estudio todos los rangos correspondientes a los años de servicio, caen en el nivel de conocimiento regular con una ligera tendencia hacia el nivel de conocimiento bueno. Es importante resaltar que de todos los encuestados solo un profesor del nivel primario, logro el nivel de conocimiento muy bueno y este se ubica en el rango de 18 a 23 años de servicio. **Conclusión:** No se muestra dependencia entre el Nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio de los profesores (8).

**Ramírez E. (Perú, 2017).** “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la Institución Educativa N° 7067 Toribio Seminario del Distrito de San Juan de Miraflores, Lima 2016”.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la Institución Educativa N°7067 Toribio Seminario del distrito de San Juan de Miraflores, Lima 2016.

**Tipo de estudio:** de carácter cuantitativo descriptivo de nivel básico de diseño no experimental. **Población y muestra:** la población está conformada de 188 padres de familia en una muestra probabilística de 127 padres de familia de estudiantes. **Material y método:** se utilizó la técnica de la encuesta con su instrumento el cuestionario el cual se confiabilizó y validó antes de su aplicación. **Resultados:** el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas se obtuvo que el 86% tiene un nivel regular, el 6% un nivel óptimo y el 9% con un nivel deficiente, según sobre enfermedades bucales el 60% tiene un nivel regular, el 11% un nivel óptimo y el 29% con un nivel deficiente y sobre el desarrollo dental el 74% con un nivel regular, el 15% con un nivel óptimo y el 11% con un nivel deficiente. **Conclusión:** el nivel de conocimiento sobre

salud bucal se observa que el 82% tiene un nivel regular, el 11% un nivel óptimo y el 7% con un nivel deficiente (9).

**Huamanchumo L. (Perú, 2016).** “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación primaria del colegio La Cantera, La Esperanza, La Libertad, 2015.” **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los docentes de educación primaria del Colegio La Cantera del Distrito La Esperanza - Departamento La Libertad, abril 2015. **Tipo de estudio:** de tipo cuantitativo, de nivel descriptivo, de corte transversal, observacional y prospectivo. **Población y muestra:** estuvo conformada por 30 participantes de dicha institución. **Material y método:** se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria. **Resultados:** En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 60% obtuvo un nivel alto, el 40% un nivel regular; sobre el conocimiento de enfermedades bucales el 56,7% obtuvo un nivel regular, el 36,7% un nivel alto, y el 6,7% un nivel bajo; por último, en desarrollo dental el 46,7% obtuvo un nivel alto, el 36,7% un nivel regular, y el 16,7% mostró un nivel bajo. El rango de edad más sobresaliente fue el de 36-40 años con un porcentaje del 100 %, en un nivel alto. **Conclusión:** Sobre conocimiento en salud bucal el 60% mostró un nivel regular, el 40% un nivel alto (10).

**Luna Y. (Perú, 2016).** “Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales Puno, Julio – Setiembre 2016.” **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales en la

Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno. **Tipo de estudio:** fue de tipo descriptivo y de corte transversal. **Población y muestra:** estuvo conformada por 33 padres de familia, 9 profesores de la institución y 33 niños. **Material y método:** se utilizó un cuestionario dirigido a padres de familia y profesores; para la obtención de datos de índice de higiene oral los niños fueron examinados clínicamente. **Resultados:** el nivel de conocimiento tanto de padres de familia como profesores de la institución educativa especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno fue regular (56,4%); y tiene relación con el Índice de higiene oral que también fue regular (75%). **Conclusión:** existe una relación entre el nivel de conocimiento de los padres y profesores con el Índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales, de acuerdo a los resultados mientras más alto es el nivel de conocimiento mejor es el índice de higiene oral (11).

**Quispe W. (Perú, 2014).** “Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de la Institución Educativa Carlos Castañeda Iparraguirre N°10826 – Chiclayo-Perú 2014”. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de la Institución Educativa Carlos Castañeda Iparraguirre N°10826 – Chiclayo-Perú 2014. **Tipo de estudio:** de tipo descriptivo transversal. **Población y muestra:** un total de 32 docentes, de los cuales 30 de ellos cumplían ciertos criterios de inclusión. **Material y método:** se aplicó un cuestionario de salud bucal a los docentes de mencionada institución, se dividieron los resultados de la encuesta en tres niveles: bueno, regular y malo. **Resultados:** el 80% mostro nivel de conocimiento regular y el 20% un nivel de conocimiento bueno, referente a nivel de conocimiento

sobre prevención en salud bucal se obtuvo que el 56,67% de los docentes obtuvo un nivel de conocimiento bueno, el 40% obtuvo un nivel regular y el 3.33% obtuvo un nivel malo, Sobre conocimiento de enfermedades bucales se obtuvo que un 50% de los docentes tiene un nivel de conocimiento malo, el 43.3% un nivel regular y el 6,7% tiene un nivel bueno. **Conclusión:** el nivel de conocimiento sobre lonchera saludable arrojó que el 90% de los docentes tiene un nivel bueno y el 10% un nivel regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental se obtuvo que el 63.33% obtuvo un nivel regular, el 30% obtuvo un nivel bueno y el 6.67% obtuvo un nivel malo (12).

### **Locales**

**Zambrano S (Perú, 2012)** 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. **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial del sector privado del Distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote. **Tipo de estudio:** se realizó un estudio de tipo cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo. **Población y muestra:** docentes de las diez instituciones. **Material y método:** se aplicó una encuesta sobre nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental. **Resultados:** 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.

**Conclusión:** Sobre conocimiento en Salud Bucal el 73,3% mostró un nivel regular y el 26,7% tuvo un nivel bueno (13).

**León H. (Perú, 2012).** 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.

**Objetivo:** Determinar el 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. **Tipo**

**de estudio:** se realizó un estudio cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo. **Población y muestra:** se evaluaron a tutores y padres de familia. **Material y método:** se aplicó un cuestionario sobre conocimiento sobre salud bucal, se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental. **Resultados:** En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 90,4% tuvo un nivel regular y el 9,6% un nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 86,5% tuvo nivel malo, el 13,5% tuvo un nivel regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 75% mostró un nivel malo, el 25% un nivel regular. Y con respecto al conocimiento de hábitos bucales hubo un 100% de desconocimiento, así mismo la asociación de hábitos con maloclusiones con un 100% negativo, que manifiesta la realidad en esta área. **Conclusión:** sobre conocimiento en salud bucal el 63,5% mostró un nivel regular y el 36,5% tuvo un nivel malo (4).

## **2.2. Revisión de la literatura**

### **2.2.1. Salud bucal**

La salud bucal de la población peruana se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectan a gran parte de la población, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas. En el ámbito nacional, más del 95% de los peruanos presentan caries dental, enfermedad Periodontal 85% y maloclusiones 80%. De manera similar los dientes son afectados por las caries desde muy temprana edad; por ejemplo, a los 12 años de edad el índice de dientes cariados, perdidos u obturados en dentición permanente y primaria (CPOD o CEOD) es de aproximadamente 6, lo que nos muestra que el Perú no solo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que luego van incrementándose paulatinamente, conforme aumenta la edad, de tal manera que cuando se es adulto, se está parcial o totalmente desdentado (14).

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

Existen muchas enfermedades que pueden afectar las estructuras bucodentales, pero las de mayor prevalencia son: caries, enfermedades gingivales y periodontales y anomalías dentomaxilares (14).

El comportamiento humano en salud es complejo, no siempre

comprensible y las conductas en salud son motivadas por estímulos externos provenientes del medio que rodea al sujeto. La respuesta a estos estímulos puede o no estar directamente relacionada con la salud. La motivación que influye las conductas en salud pueden no estar directamente relacionada con ellas (15).

Una ventaja de la escuela es ser una de las instituciones más adecuadas para llevar a cabo programas focalizados en el mejoramiento integral de los estilos de vida, ya que congrega permanentemente al mayor número de personas. A través de ella se puede alcanzar al niño, a sus profesores y padres; los profesores son las personas más idóneas para educar, y finalmente, es más probable lograr cambios de conducta si la educación se inicia a temprana edad y se lleva a cabo en forma permanente y sistemática a lo largo de la niñez (15).

Organización Mundial de la Salud (OMS) integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional a la salud bucal, reorientando sus esfuerzos hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas de salud(16).

La mayoría de las afecciones bucales, y en particular las maloclusiones no son riesgo para la vida, pero por su prevalencia e incidencia ocupan el tercer lugar entre las enfermedades bucales más frecuentes y son consideradas por los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los denominados problemas de salud(16).

De la práctica educativa surge la transformación que se advierte como una capacitación y una formación cuya finalidad es posibilitar dicha adaptación, educar es el arte de crear o reafirmar una conducta deseada. La educación logra su objetivo cuando se produce un cambio de actitud o hábito del educando, o cuando el conocimiento o información se traducen en la práctica rutinaria y efectiva de ciertas acciones (17).

La Declaración Mundial sobre Educación para Todos establece que su propósito principal es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. En el artículo 1º manifiesta que cada persona, niño, joven o adulto, deberá estar en condiciones de beneficiarse de las oportunidades educacionales, ofrecidas para satisfacer sus necesidades básicas de aprendizaje (17).

El concepto de educación ha sido aplicado a las actividades del hombre desde el comienzo de la humanidad, pero donde primero se aplicó, sin lugar a dudas, fue en la transmisión de generación en generación de los valores culturales y medicina tradicional de las primeras agrupaciones de seres humanos (17).

En la actualidad, nos encontramos en la fase de la promoción en salud, iniciada en 1975 y llamada también, la segunda revolución epidemiológica. Según Greene el concepto de promoción en salud es: Cualquier combinación de educación para la salud con los correspondientes apoyos organizacionales, políticos, económicos y ambientales que fomenten comportamientos que conduzcan a la salud(17).

En 1986 se realiza la primera reunión internacional sobre promoción de la salud en Ottawa. En esa oportunidad se formula la Carta de Ottawa, que hasta hoy representa un gran referente conceptual y estratégico en el mundo entero. Se definió la promoción como el proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla(17).

En la escuela andaluza de salud pública la promoción en salud se definió como la estrategia racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de carácter complementario e integral, que reivindica como responsabilidad social (y del Estado) la provisión de cuidados individuales y comunitarios. Enfatiza en los proveedores de la salud las categorías familia, grupo, infraestructura social y otras supra estructuras públicas o privadas. El acento está en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud(16).

La Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS la definen como proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado. La Promoción de la Salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social(16).

La promoción en salud es un medio de conseguir la salud para todos, es un proceso encaminado a capacitar a la población para realizar acciones

destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social. De esta manera la promoción en salud depende particularmente de las personas, grupos y comunidades, por lo tanto, la educación para la salud constituye su componente operativo esencial (17).

Educación para la Salud, es el proceso educativo (enseñanza aprendizaje) por el cual los individuos y colectividad aprenden a mejorar, a proteger o a recuperar su salud. En el presente, la educación para la Salud se focaliza en el mejoramiento del estilo de vida general de las personas, que es influido por el estilo de vida de sus familias, comunidades y países. Esto, además de considerar cambios en las conductas riesgosas para la salud o mantención de conductas que la favorezcan, implica que las personas se involucren en el proceso para cambiar las condiciones sociales y ambientales que influyen en la salud. Se requiere concentrar los esfuerzos educativos en las instituciones que participan en el proceso de adopción de los comportamientos característicos de determinados estilos de vida: la familia, la escuela y eventualmente los lugares de trabajo (17).

La motivación hacia las conductas favorables, es un proceso dinámico; puede reflejar las etapas que el individuo ha alcanzado en la adopción y desarrollo de una conducta en particular. Cuando se aplican teorías del comportamiento individual a situaciones de salud, el nivel de riesgo de contraer una enfermedad o discapacidad involucrado es, a menudo, el factor clave para determinar la respuesta del individuo enfrentado a una toma de decisión con relación a conductas conducentes a la salud(17).

Aunque no existe una fórmula exacta, la probabilidad de que los individuos adopten conductas que fomenten la salud sobre conductas desfavorables o riesgosas, es una función del nivel de conocimientos, de las actitudes y las destrezas que la persona posea en relación con el riesgo(17).

### **2.2.2. Factores que influyen en las conductas en salud:**

- **El conocimiento.** En la sociedad moderna, las personas se encuentran permanentemente bombardeadas por una gran cantidad de información; cada individuo responde a ella de acuerdo a sus propias percepciones, pudiendo seleccionar lo que le interesa e ignorar lo que no desea ver u oír, porque le produce ansiedad o reacciones defensivas. El modelo de conocimiento-acción establece, que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el input recibido y analizado debe ser significativo para que se decida adoptar una conducta determinada(18).
  
- **Fases entre el conocimiento y la conducta.**
  - En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente(18).

- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.
- Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas (18).

▪ **Actitudes, valores, creencias y conductas.**

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el individuo de tal forma que afecte sus valores, creencias y actitudes hacia la salud (18).

- Valor se define como una creencia transmitida y compartida dentro de una comunidad.
- Creencia es la convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.
- Actitud es un sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea). Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento y de conducta, en parte porque generan actitudes (18).



La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. Si surge una discrepancia, los hechos son interpretados (o mal interpretados), de tal forma, que la contradicción entre conocimientos y actitudes desaparece. No existe una progresión lineal, desde las actitudes hacia las conductas. A menudo, un cambio de actitud precede a un cambio de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud(18).

### **2.2.3. Salud bucal en la escuela**

En las instituciones educativas, el maestro tiene un papel principal debido a que los escolares pasan la mayor parte de su tiempo en la escuela. Él, puede comparar el aspecto y las acciones del niño en los distintos días o con otros niños de la clase. Esto proporciona al maestro un protagonismo que ni los padres pueden tener. El maestro debe promocionar la salud en los escolares, para ello, son instruidos por un sanitario para capacitarlos para la adquisición de hábitos saludables(19).

El escolar pasa más horas en el colegio que en la casa, cinco de los siete días de la semana y aproximadamente unas ocho horas diarias es lo que cada alumno invierte en la escuela. Por ello, el maestro debe ser uno de los máximos responsables a la hora de fomentar la salud debido a que es la persona que más tiempo pasa con el alumno/a, siendo él el responsable de comunicarle a la familia la adquisición o no de estos hábitos saludables(19).

Según el comité mixto de la organización mundial de la salud y la organización de las naciones unidas para la educación, la ciencia y la cultura OMS/UNESCO, sugiere que los objetivos principales de la preparación del maestro para la educación sanitaria deben de ser lo siguiente(20):

- Hacerle apreciar el valor, importancia y lugar de la educación sanitaria en el programa general de estudios(20).
- Proporcionarle los conocimientos necesarios sobre el crecimiento y desarrollo del niño, la salud personal y colectiva, programa y métodos de educación sanitaria(20).
- Inculcarle normas de higiene personal que le ayuden a conservar su propia salud y le permitan servir de ejemplo a sus alumnos (20).
- Hacer que comprenda y aprecie la importancia de un medio ambiente sano y lo que es preciso hacer para mantenerlo(20).

El maestro puede participar en estos programas de varias formas:

- Cooperando con el servicio médico escolar: el maestro explicará a los escolares que el médico, enfermera(o) y el dentista son amigos suyos y que vienen a ayudarles a estar sanos, no a hacerles daño(21).
- Descubriendo problemas de salud del niño: el maestro es el que mejor puede darse cuenta de determinados problemas, por ejemplo: vista, oído, aparato locomotor o mentales. Y al detectarlos deberá

notificarlo a las personas responsables del niño para corregirlo precozmente o evitar que avancen (21).

- Procurando que el ambiente escolar sea agradable para el niño: debe vigilar las condiciones de higiene, los factores de carácter físico tales como la luz, la temperatura, la ventilación; pues es muy importante que el niño se sienta de manera grata (22).
- Promocionando la educación positiva o el refuerzo positivo en la escuela: el maestro inculcará a los alumnos en lo que se debe hacer, no en lo que se debe evitar. Espoleando a los niños para adoptar hábitos positivos en vez de recriminar a los que no los adoptan (22).

#### **2.2.4. Medidas preventivas en salud bucal**

- **Niveles de prevención en salud bucal**
  - **Prevención primaria:** Tiene como objetivo disminuir la probabilidad de ocurrencia de las enfermedades y afecciones. Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia. Actúan en el periodo pre patogénico de la historia natural de la enfermedad; es decir, antes de que la interacción de los agentes o factores de riesgo con el huésped de lugar a la producción del estímulo provocador de la enfermedad (23).
  - **Prevención secundaria:** Actúa solo cuando la primaria no ha existido, o si ha existido, ha fracasado. Una vez que se ha producido y ha actuado el estímulo productor de la enfermedad,

la única posibilidad preventiva es la interrupción de la afección mediante el tratamiento precoz y oportuno de la enfermedad, con el objeto de lograr su curación o evitar la aparición de secuelas(23).

- **Prevención terciaria:** Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores o estas han fracasado, se debe, cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor. En resumen, las intervenciones comunes en odontología curativa o restauradora pueden tener una finalidad preventiva, cuando se aplica a la prevención un concepto amplio(23).

- **Técnicas de cepillado**

Son diversas y algunas reciben el nombre de su creador y otras del tipo de movimiento que realizan. Además, pueden combinarse, pues lo importante es cepillar todas las áreas de la boca, entre ellas lengua y paladar(24).

- **Técnica de Shatters:** Esta técnica es de utilidad para limpiar las áreas interproximales. Las cerdas del cepillo se colocan en el borde gingival formando un ángulo de 45 grados y apuntándole hacia la superficie oclusal de ese modo, se realizan movimientos vibratorios en los espacios interproximales. Al cepillar las

superficies oclusales, se presionan las cerdas en surcos y fisuras y se activa el cepillo con movimientos de rotación sin cambiar la posición de la punta de la cerda. Se coloca de manera vertical durante el aseo de la cara lingual de los dientes anteriores. La técnica de Shaters se utiliza también alrededor de aparatos ortodonticos y cuando está desapareciendo el tejido Interproximal, pero no se recomienda cuando están presentes las papilas (24).

- **Técnica de Stillman:** Las cerdas del cepillo se inclinan en un ángulo de 45 grados dirigidos hacia el ápice del diente; al hacerlo debe cuidarse que una parte de ellas descansa en la encía y otra en el diente. De ese modo, se hace una presión ligera y se realizan movimientos vibratorios (24).
- **Técnica de Bass:** Esta técnica es de gran utilidad para pacientes con inflamación gingival y surcos periodontales profundos. Se sujeta como si fuera un lápiz, y se coloca de tal manera que sus cerdas apunten hacia arriba en la maxila y hacia abajo en la mandíbula formando un ángulo de 45 grados en relación con el eje longitudinal de los dientes para que las cerdas penetren con suavidad en el surco gingival. Asimismo, se presiona con delicadeza en el surco mientras se realizan pequeños movimientos vibratorios horizontales sin despegar durante 10 a 15 segundos por el área. El mango del cepillo se mantiene horizontal durante el aseo de las caras vestibulares de todos los dientes y las caras linguales de las premolares y molares; pero se sostiene en sentido

vertical durante el cepillado de las caras linguales de los incisivos superiores e inferiores. Las caras oclusales se cepillan haciendo presión en surcos y fisuras y con movimientos cortos anteroposteriores(24).

- **Técnica de Bass modificado:** Considerada la más eficiente en odontología. La Técnica de Bass modificada consiste en colocar las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45 grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Realice suavemente la limpieza de la superficie dental externa de dos a tres dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás, mueva al próximo grupo de dos o tres dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45 grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo, usando la parte delantera ponga el cepillo sobre la superficie masticatoria y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. La lengua de igual manera de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento(24).
- **Cepillado de la lengua:** El cepillado de la lengua y el paladar permite disminuir los restos de alimentos, la placa bacteriana, el número de microorganismos. La técnica correcta para cepillar la

lengua consiste en colocar el cepillo de lado y tan atrás como sea posible, sin inducir náusea, con las cerdas apuntando hacia la faringe. Se gira el mango y se hace un barrido hacia delante, el movimiento se repite de seis a ocho veces en cada área (24).

- **Hilo dental**

Es de uso especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente tiene diversas presentaciones, entre ellas, cinta, con cera, sin cera, con flúor y con sabor a menta su indicación depende de las características de cada persona(25).

- **Colutorios**

Son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante (25).

El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente, antisépticos, antibióticos, antifúngicos, astringentes y antiinflamatorios (25).

- **Clorhexidina**

Esta es uno de los agentes químicos más eficaces para combatir la placa dentobacteriana. Se une a las bacterias de dicha placa, al esmalte

del diente y a la película adquirida, alterando el citoplasma bacteriano. Su ventaja, en relación con otros antisépticos, consiste en fijarse a la mucosa oral debido a su fuerte carga positiva y liberarse poco a poco en el transcurso de las siguientes 8 a 12 horas(25).

#### **2.2.5. Enfermedades bucales**

- **Caries dental**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades (26).

- **Placa bacteriana**

La placa bacteriana es una película transparente e incolora, adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descamadas, dentro de una matriz de mucoproteínas y mucopolisacáridos, formada por una serie de microorganismos aglutinados por una sustancia microbiana que los une y los adhiere a la superficie del diente(27).

- **Gingivitis**

La Academia Americana de Periodoncia la define como Inflamación de la encía. Se puede iniciar sin dar manifestaciones clínicas aparentes llamándose gingivitis subclínica. Uno de los primeros signos es la



hemorragia fácil con el uso de la seda dental o una presión suave del cepillo dental sin cambios de color o de forma(27).

El tipo más frecuente de enfermedad gingival es la afección inflamatoria simple que provoca la placa bacteriana al adherirse a la superficie del diente. Este tipo de gingivitis, denominada gingivitis marginal crónica o gingivitis simple, permanece estacionaria por períodos indefinidos o avanza hacia la destrucción de las estructuras de soporte (Periodontitis)(27).

#### **2.2.6. Desarrollo dental**

La edad a la que los padres prestan atención a la higiene oral de los niños varía ampliamente. Los padres que llevan a cabo las prácticas alimentarias inadecuadas, por lo regular, no les cepillan los dientes a los niños, no les prestan atención a los dientes de éstos o les permiten que se los limpien por su cuenta. Ésta última práctica es inefectiva, pues la calidad de la limpieza dental es más importante que la frecuencia y siendo el más principal antes de acortarse. (Bellini, Arneberg y von der Ferh, 1981). Mientras más efectiva sea la limpieza habrá menos placa y menos caries, aunque todos los demás factores se comporten igualmente (28).

Aproximadamente a los seis meses de edad inicia la erupción de los primeros dientes,y se debe usar un cepillo para limpiar las superficies. Pocos niños tienen la capacidad de limpiarse con efectividad. Los padres deben limpiarles los dientes al menos una vez al día. Lo importante es que ambos padres trabajen con la limpieza de los dientes desde que el niño es

bebé, especialmente al principio que es cuando el niño protesta (28).

Otro de los problemas en la salud dental son los trastornos de desarrollo dental, sin duda alguna un porcentaje considerable de padres de familia desconoce sobre la dentición decidua o temporal y la importancia de estas piezas dentarias en sus niños, por lo que descuidan su protección y cuidado. Dentro de las causas de estos trastornos tenemos los malos hábitos que presentan nuestros niños y que no son corregidos a tiempo como continuar utilizando el biberón, comerse las uñas, chuparse el dedo, interponer la lengua entre los dientes, respirar por la boca, etc(28).

### **III. Hipótesis**

- ✓ La investigación por ser de nivel descriptivo no plantea hipótesis, ya que sólo determinará el nivel de conocimiento de salud bucal de los docentes.

Hernández R. Fernández C, Baptista M. (2014), No todas las investigaciones plantean hipótesis, depende de dos factores esenciales: el enfoque del estudio y el alcance; los estudio exploratorios y descriptivos no necesariamente llevan hipótesis (29).

## **IV. Metodología**

### **4.1 Diseño de la investigación**

#### **Tipo de investigación**

Según el enfoque es cuantitativo

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) Usa la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (29).

Según la intervención del investigador es observacional.

- Supo J. (2014) No existe intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador(30).

Según la planificación de la toma de datos es prospectivo.

- Supo J. (2014) Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición(30).

Según el número de ocasiones en que mide la variable es transversal.

- Supo J. (2014) Todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes (30).

Según el número de variables de interés es descriptivo.

- Supo J. (2014) El análisis estadístico es univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra (30).

### **Nivel de investigación**

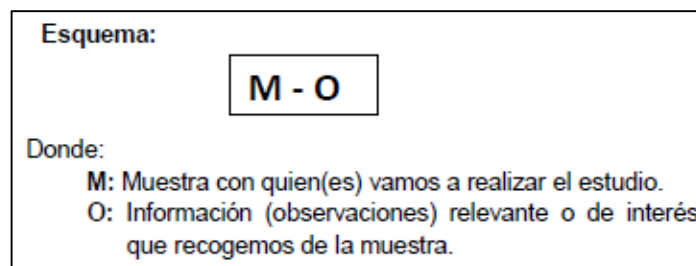
La presente investigación es de nivel descriptivo.

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (29).

### **Diseño de investigación**

La investigación es de diseño no experimental (observacional).

- Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para describirlos (29).
  - Esquema de investigación



## **4.2 Población y muestra**

### **Universo:**

Estuvo conformado por todos los docentes de la Institución Educativa Estatal República Argentina del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash en el año 2019.

**Población:**

Estuvo conformada por 52 docentes del nivel secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina del Distrito de Nuevo Chimbote en el año 2019, que a su vez cumplieron con los criterios de selección.

**Criterios de selección:**

Criterios de inclusión:

- Docentes del nivel secundario.
- Docentes de ambos sexos.
- Docentes aceptaron participar de la investigación.
- Docentes que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Docentes del nivel primario.
- Docentes que no pertenezcan a la plana docente del colegio.
- Docentes no desearon participar de la investigación.
- Docentes que no firmaron el consentimiento informado.

**Muestra**

Estuvo conformada por 46 docentes del nivel secundario de la Institución Educativa Estatal República Argentina del Distrito de Nuevo Chimbote, el tamaño de la muestra se determinó mediante fórmula para población finita.

➤ Fórmula para muestra de población finita:

$$\text{Población } (N) = 52$$

$$\text{Proporción } (p) = 50\% = 0.50$$

$$\text{Error } (e) = 5\% = 0.05$$

$$Z \rightarrow 95\% = 1.96$$

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times (1 - p)}{e^2 \times (N - 1) + z^2 \times p \times (1 - p)}$$

$$n = \frac{52 \times 1.96^2 \times 0.50 \times (1 - 0.50)}{0.05^2 \times 52 + 1.96^2 \times 0.50 \times (1 - 0.50)}$$

$$\mathbf{n = 45.91 \simeq 46}$$

### Muestreo

Probabilístico aleatorio simple: todos los integrantes de la población tienen la misma probabilidad de integrar la muestra (29).

### 4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN		INDICADOR	VALOR
			TIPO	ESCALA		
<b>CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL</b>	Cantidad de información almacenada mediante el aprendizaje, que se tiene sobre todo aspecto que indique que nuestra cavidad bucal se halla en buenas condiciones. <sup>2</sup>	Nivel de conocimiento de salud bucal	Cualitativa Categórica	Ordinal	Cuestionario	1: Malo (0-5 puntos) 2: Regular (6-10 puntos) 3: Bueno (11-15 puntos)
		Medidas preventivas	Cualitativa Categórica	Ordinal	Cuestionario	1: Malo (0-1 puntos) 2: Regular (2-3 puntos) 3: Bueno (4-5 puntos)
		Enfermedades bucales	Cualitativa Categórica	Ordinal	Cuestionario	1: Malo (0-1 puntos) 2: Regular (2-3 puntos) 3: Bueno (4-5 puntos)
		Desarrollo dental	Cualitativa Categórica	Ordinal	Cuestionario	1: Malo (0-1 puntos) 2: Regular (2-3 puntos) 3: Bueno (4-5 puntos)
<b>COVARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>
<b>EDAD</b>	Tiempo vivido por una persona desde su nacimiento. <sup>31</sup>	Edad	Cuantitativa Numérica	Razón	DNI	1: 30 a 39 años 2: 40 a 49 años 3: 50 a más años
<b>GÉNERO</b>	Características sexuales y fenotípicas del individuo. <sup>32</sup>	Género	Cualitativa Categórica	Nominal	DNI	1: Masculino 2: Femenino



#### **4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

##### **Técnica**

Encuesta: esta técnica persigue indagar la opinión o percepción que tiene un sector de la población sobre determinado problema; permitió el registro del nivel de conocimiento; debido a que se utilizó un listado de preguntas enfocadas a cumplir los objetivos de la investigación sobre nivel de conocimiento sobre salud bucal .

##### **Instrumento**

Cuestionario: conjunto de preguntas formuladas por escrito a ciertas personas para que opinen sobre un tema determinado. Se elaboró por 15 ítems planificados y estructurados con preguntas cerradas que permitieron obtener las respuestas y su posterior análisis estadístico. El instrumento fue adaptado de la investigación de Ramírez E.<sup>9</sup> (Lima, 2017) . (Anexo 01)

Para cuantificar las respuestas del cuestionario, se consideró un punto por cada respuesta correcta de cada ítem desarrollado, para ello se consideró:

- De manera global: se agruparon los resultados en los siguientes intervalos:
  - Malo (0-5 puntos)
  - Regular (6-10 puntos)
  - Bueno (11-15 puntos)

- Conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal (1-5 preguntas)
  - o Malo (0-1 puntos)
  - o Regular (2-3 puntos)
  - o Bueno (4-5 puntos)
  
- Conocimiento sobre enfermedades bucales (6-10 preguntas)
  - o Malo (0-1 puntos)
  - o Regular (2-3 puntos)
  - o Bueno (4-5 puntos)
  
- Conocimiento sobre desarrollo dental (11-15 preguntas)
  - o Malo (0-1 puntos)
  - o Regular (2-3 puntos)
  - o Bueno (4-5 puntos)

El cuestionario tuvo información adicional que consignaron los docentes para cumplir los objetivos específicos de este estudio como: edad y sexo .

La validación y confiabilidad del instrumento fue realizada en la investigación de, Ramírez E. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la Institución Educativa N° 7067 Toribio Seminario del Distrito de San Juan de Miraflores, Lima 2016. Lima-Perú: UAP; 2017 .

### **Procedimiento**

- Se solicitó el permiso a la Dirección de la Escuela Profesional de Odontología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la ULADECH para la ejecución del proyecto de investigación en la Institución Educativa Estatal República Argentina del distrito de Nuevo Chimbote .
- Se obtuvo la carta de autorización emitida por el director de la Escuela Profesional de Odontología . (Anexo 3)
- Se coordinó con el director de la institución educativa para poder ejecutar la investigación en su institución, siempre recalcando la importancia de la investigación .
- Posterior a ello, se procedió a explicar el objetivo del estudio a los docentes y que su participación consistirá en contestar un cuestionario el cual es confidencial .
- Luego que el docente aceptó participar de la investigación se hizo uso del consentimiento informado donde firmó voluntariamente . (Anexo 4)
- Se procedió a la aplicación del cuestionario sobre conocimiento de salud bucal, y su posterior tratamiento estadístico .

#### **4.5 Plan de análisis**

Los datos obtenidos en el cuestionario se ingresó a una base de datos elaborado en el programa ofimático Microsoft Excel 2013; donde fueron ordenados, organizados y codificados según la naturaleza de las variables .

Posteriormente se exportó al software estadístico IBM SPSS en su última versión (v25) para su tratamiento estadístico, donde se empleó la estadística descriptiva para hallar las frecuencias y porcentajes de la variable principal de estudio y sus dimensiones, la representación gráfica fue mediante gráficos de barras .

El análisis de resultados se realizó conforme los objetivos planteados, mediante la confrontación de los mismos con los resultados y conclusiones de los antecedentes; luego se elaboraron las conclusiones y recomendaciones .

#### 4.6 Matriz de consistencia

**TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL REPUBLICA ARGENTINA, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, AÑO 2019**

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLE	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
<p align="center"><b>¿Cuál es nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, año 2019?</b></p>	<p align="center"><b>Objetivo General:</b></p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, año 2019.</p> <p align="center"><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo.</li> <li>- Determinar el nivel de conocimiento de enfermedades bucales de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo.</li> <li>- Determinar el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo.</li> </ul>	<p align="center"><b>NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de prevención.</li> <li>- Enfermedades bucales.</li> <li>- Desarrollo dental.</li> </ul>	<p>Por ser de nivel descriptivo no plantea hipótesis, ya que sólo determinará el nivel de conocimiento de salud bucal</p>	<p><b>Tipo y nivel de Investigación.</b> El tipo de la investigación es cuantitativa, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. De nivel descriptivo.</p> <p><b>Diseño de investigación</b> No experimental (Observacional).</p> <p><b>Población y muestra</b> La población estuvo conformada por 52 docentes y la muestra por 46 docentes del nivel secundaria. Muestreo probabilístico aleatorio.</p>

#### 4.7 Principios éticos.

La investigación tomó en cuenta todos los principios y valores éticos estipulados en la Universidad ULADECH Católica para este tipo de estudios.

- **Protección a las personas:** se respeta la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad.<sup>33</sup>
- **Libre participación y derecho a estar informado:** las personas fueron informadas sobre los propósitos y finalidades de la investigación, se contó con la manifestación de voluntad informada, libre, inequívoca y específica, mediante las personas consienten el uso de la información para fines de la investigación.<sup>33</sup>
- **Beneficencia y no maleficencia:** asegura el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador responde a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.<sup>33</sup>
- **Justicia:** El investigador ejerce un juicio razonable, ponderable y toma las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos y las limitaciones de sus capacidades y conocimiento, no den lugar o toleren prácticas injustas. Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados.<sup>33</sup>
- **Integridad científica:** La integridad del investigador resulta especialmente relevante cuando, en función de las normas deontológicas

de su profesión, se evalúan y declaran daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación. Asimismo, se mantiene la integridad científica al declarar los conflictos de interés que pudieron afectar el curso de la investigación.<sup>33</sup>

Se respetó los principios de la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18<sup>o</sup> Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y modificada en Fortaleza - Brasil, Octubre 2013, en donde se considera que en la investigación se debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.<sup>34</sup>

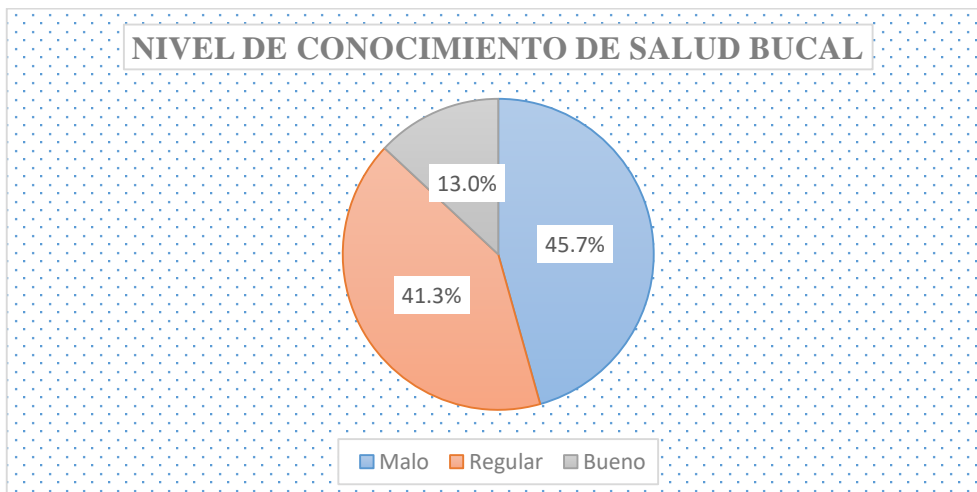
## V. Resultados

### 5.1. Resultados:

**Tabla 1.-** Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, año 2019

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Malo	21	45,7%
Regular	19	41,3%
Bueno	6	13,0%
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Encuesta aplicada a docentes.



Fuente: Datos de la tabla 01.

**Gráfico 1.-** Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash, año 2019

**Interpretación:** En mayor proporción el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Ancash en el año 2019 fue malo 45,7% (21) seguido del nivel regular 41,2%(19) y 13%(6) bueno. Este aspecto demuestra el escaso conocimiento sobre las medidas

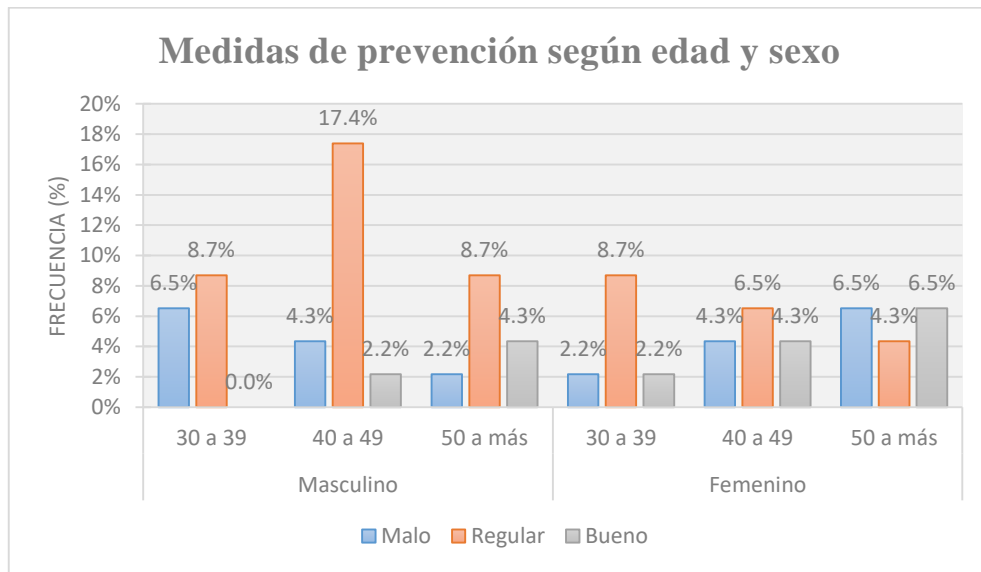


preventivas en salud bucodental, desarrollo dental y las principales enfermedades bucales que presentan los docentes.

**Tabla 2.-** Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo

Sexo	Edad	Medidas de prevención						Total	
		Malo		Regular		Bueno		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	30 a 39	3	6,5%	4	8,7%	0	0,0%	7	15,2%
	40 a 49	2	4,3%	8	17,4%	1	2,2%	11	23,9%
	50 a más	1	2,2%	4	8,7%	2	4,3%	7	15,2%
Femenino	30 a 39	1	2,2%	4	8,7%	1	2,2%	6	13,0%
	40 a 49	2	4,3%	3	6,5%	2	4,3%	7	15,2%
	50 a más	3	6,5%	2	4,3%	3	6,5%	8	17,4%
<b>Total</b>		12	26%	25	54,3%	9	19,5%	46	100%

Fuente: Encuesta aplicada a docentes.



Fuente: Datos de la tabla 02.

**Gráfico 2.-** Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo

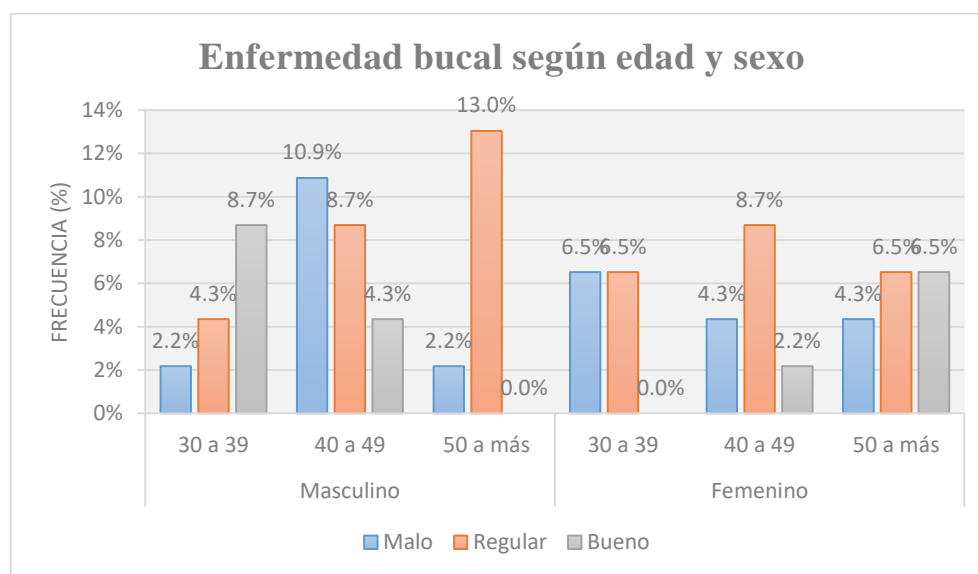
**Interpretación:** Se observa el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención de salud bucal en docentes del sexo masculino de 30 a 39 años es 8,7%(4) regular, de 40 a 49 años 17,4%(8) regular y de 50 a más años es 8,75%(4) regular. Respecto a los docentes del sexo femenino de 30 a 39 años el 8,7%(4) presenta nivel regular, de 40 a 49 años es 6,5%(3) regular y de 50 a más años es 6,5%(3) bueno. Del total de docentes

el 54,3%(25) presenta nivel regular, el 26%(12) nivel malo y el 19,5%(9) nivel bueno. En mayor proporción se presentó el nivel regular, siendo los docentes hombres de 40 a 49 años y las mujeres de 30 a 39 años los que presentaron este nivel.

**Tabla 3.-** Nivel de conocimiento de enfermedades bucales de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo

Sexo	Edad	Enfermedades bucales						Total	
		Malo		Regular		Bueno		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	30 a 39	1	2,2%	2	4,3%	4	8,7%	7	15,2%
	40 a 49	5	10,9%	4	8,7%	2	4,3%	11	23,9%
	50 a más	1	2,2%	6	13,0%	0	0,0%	7	15,2%
Femenino	30 a 39	3	6,5%	3	6,5%	0	0,0%	6	13,0%
	40 a 49	2	4,3%	4	8,7%	1	2,2%	7	15,2%
	50 a más	2	4,3%	3	6,5%	3	6,5%	8	17,4%
<b>Total</b>		14	30,4%	22	47,7%	10	21,7%	46	100%

Fuente: Encuesta aplicada a docentes.



Fuente: Datos de la tabla 03.

**Gráfico 3.-** Nivel de conocimiento de enfermedades bucales de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo

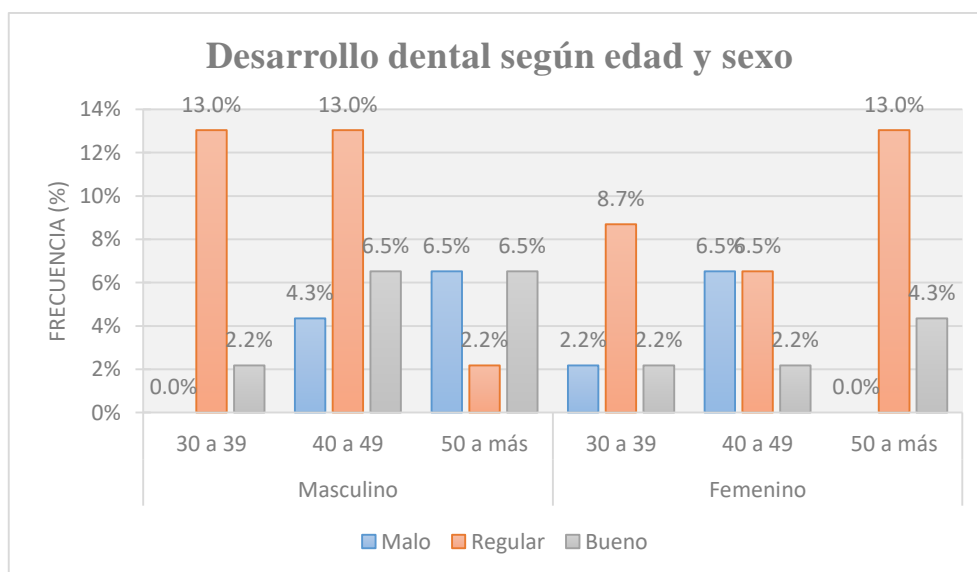
**Interpretación:** Se observa el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales en docentes del sexo masculino de 30 a 39 años es bueno 8,7%(4), de 40 a 49 años 10,9%(5) malo y de 50 a más años es 13%(6) regular. En cuanto a los docentes del sexo femenino de 30 a 39 años el 6,5%(3) presenta nivel regular, de 40 a 49 años es

8,7%(4) regular y de 50 a más años es 6,5%(3) bueno. Del total de docentes el 47,7%(22) presenta nivel regular, el 30,4%(14) nivel malo y el 21,7%(10) nivel bueno. Mayormente se presentó el nivel regular, siendo los docentes hombres de 40 a 49 años y las mujeres de 40 a 49 años los que presentaron este nivel.

**Tabla 4.-** Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo

Sexo	Edad	Desarrollo dental						Total	
		Malo		Regular		Bueno		f	%
		f	%	f	%	f	%		
Masculino	30 a 39	0	0,0%	6	13,0%	1	2,2%	7	15,2%
	40 a 49	2	4,3%	6	13,0%	3	6,5%	11	23,9%
	50 a más	3	6,5%	1	2,2%	3	6,5%	7	15,2%
Femenino	30 a 39	1	2,2%	4	8,7%	1	2,2%	6	13,0%
	40 a 49	3	6,5%	3	6,5%	1	2,2%	7	15,2%
	50 a más	0	0,0%	6	13,0%	2	4,3%	8	17,4%
<b>Total</b>		9	19,5%	26	56,4%	11	23,9%	46	100%

Fuente: Encuesta aplicada a docentes.



Fuente: Datos de la tabla 04.

**Gráfico 4.-** Nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, según edad y sexo

**Interpretación:** Se observa el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en docentes del sexo masculino de 30 a 39 años es regular 13%(6), de 40 a 49 años 13%(6) regular y de 50 a más años es 6,5%(3) bueno. En cuanto a los docentes del sexo

femenino de 30 a 39 años el 8,7%(4) presenta nivel regular, de 40 a 49 años es 6,5%(3) regular y de 50 a más años es 13%(6) regular. Del total de docentes el 56,4%(26) presenta nivel regular, el 23,9%(11) nivel bueno y el 19,5%(9) nivel malo. En su mayoría se presentó el nivel regular, por lo que los docentes hombres de 40 a 49 años y las mujeres de 30 a 39 años presentaron este nivel.

## **5.2. Análisis de resultados**

Luego de aplicar el instrumento de medición, se tabuló y procesó los datos se obtuvo los resultados conforme los objetivos establecidos, que permitió realizar el análisis de los mismo.

El cuestionario aplicado sobre nivel de conocimiento en salud bucodental estuvo compuesto por tres partes, donde de manera general los resultados de la investigación permitieron lograr determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal República Argentina del Distrito de Nuevo Chimbote en el año 2019 el 45,7%(21) presentó nivel malo, seguido del 41,3%(19) que presentó nivel regular y el 13%(6) mostró un nivel bueno. En esa misma línea, los resultados presentados se refuerzan en cierta parte por Luna Y.<sup>11</sup> (Perú, 2016) quien observó el nivel de conocimiento regular en el 66,67%(10) y el restante 33,33%(5) presentó nivel malo. Por otro lado, se encontró discrepancias con la investigación realizada por Aguilar E.<sup>7</sup> (Perú, 2017) quien observó que el 64,29%(45) presentó nivel regular, el 31,43%(22) presentó nivel bueno y el 4,28%(3) mostró nivel malo. De esta manera, Paola V.<sup>8</sup> (Perú, 2017) evidenció que el nivel de conocimiento sobre salud bucal fue regular con una representación del 59,81%(64), seguido del nivel bueno con 23,86%(25), el nivel malo con 15,89%(17) y un mínimo 0,93%(1) presentó

nivel muy bueno, resaltando sólo un profesor logro el nivel de conocimiento muy bueno. Al igual que Ramírez E.<sup>9</sup> (Perú, 2017) observó que el 82% tiene nivel regular, el 11% presentó nivel bueno y el 7% logró un nivel malo en cuanto conocimientos sobre salud bucal. De la misma forma Huamanchumo L.<sup>10</sup> (Perú, 2016) observó que el 60% muestra un nivel de conocimiento regular y el restante 40% presenta nivel alto. De igual manera Quispe W.<sup>12</sup> (Perú, 2014) halló que el 80% mostro un nivel de conocimiento regular y el 20% un nivel de conocimiento bueno. Nuestros resultados nos permiten observar que existe mayor nivel de conocimientos malo seguido del nivel regular y un mínimo con nivel bueno, lo que desacuerda con lo obtenido por los diversos autores quienes identifican un nivel regular seguido del bueno y con menor porcentaje el nivel malo. Entonces ya que nuestros resultados obtenidos muestran un bajo conocimiento en lo que es salud bucal, se tendrá que realizar programas como charlas educativas, capacitaciones a los profesores, para elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucal, en consecuencia, mejorar la calidad de vida de los niños y para poder elevar el conocimiento de los profesores. (Tabla 1)

Del mismo modo, al estudiar cada categoría, se logró conocer el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal en docentes del sexo masculino del grupo de 30 a 39 años un 8,7% (4) fue nivel regular, del grupo de 40 a 49 años el 17,4%(8) fue nivel regular y del grupo de 50 a más años el 8,75%(4) presentó nivel regular. Respecto a los docentes del sexo femenino del grupo de edad de 30 a 39 años, el 8,7%(4) presenta nivel regular, de 40 a 49 años, el 6,5%(3) presenta nivel regular y del grupo de 50 a más años, el 6,5%(3) mostró nivel bueno. De forma general, el nivel de

conocimiento sobre medidas de prevención de salud bucal fue regular en el 54,3%(25) de los docentes, el 26,1%(12) presentó nivel malo y el 19,5% (9) mostró nivel bueno. Del mismo modo, los resultados obtenidos sobre medidas preventivas son reforzados por Aguilar E.<sup>7</sup> (Perú, 2017) quien demostró que el nivel regular tuvo predominancia en el 21,43% de menores de 35 años y 30% en el grupo de 36 a 50 años; mientras que en el rango de 51 a 65 años el 10% presentaron nivel bueno. De los docentes del sexo femenino, el 30% presentó nivel regular y el 30% en el sexo masculino presentó nivel malo. Mientras que datos distintos a los nuestros observaron Pineda D, Rodríguez L.<sup>4</sup> (Ecuador, 2015) demostrando que el nivel de conocimiento sobre salud oral de las madres encuestadas fue de nivel alto en el 32,7%, de nivel medio en el 43,4% y de nivel bajo en el 23,9%. Igualmente, Flores M.<sup>6</sup> (Perú, 2018) evidenció que el 50% de los profesores tienen conocimiento de regular en lo que respecta a salud bucal, seguido del 12% con un nivel alto y finalmente un 10% con nivel bajo. De modo similar, Ramírez E.<sup>9</sup> (Perú, 2017) indica que el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en el 86% fue nivel regular, el 6% presentó un nivel óptimo y el 9% alcanzó un nivel deficiente. Por su parte, Huamanchumo L.<sup>10</sup> (Perú, 2016) halló que el 60% presentó un nivel alto en conocimiento sobre medidas preventivas y el 40% logró un nivel regular. De modo similar, Quispe W.<sup>12</sup> (Perú, 2014) obtuvo que el 56,67% de los docentes mostró un nivel de conocimiento bueno, el 40% obtuvo un nivel regular y el 3.33% obtuvo nivel malo. Nuestros resultados indican el orden de los niveles son regular, malo y bueno; lo que se diferencia con lo presentado en los demás estudios donde indican niveles bueno regular y malo o regular bueno y con menor proporción nivel malo. Por lo que se tendrá que reforzar realizando charlas de prevención, capacitaciones a los profesores, para elevar

el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas para mejorar la calidad de vida de los niños. (Tabla 2)

Paralelamente, en la segunda categoría, se determinó el nivel de conocimiento de enfermedades bucales en los docentes del sexo masculino de 30 a 39 años fue bueno en el 8,7%(4), en el grupo de 40 a 49 años fue malo en el 10,9%(5) y en el grupo de 50 a más años en el 13%(6) fue regular. En los docentes del sexo femenino de edades de 30 a 39 años, el 6,5%(3) presenta nivel regular, en el grupo etario de 40 a 49 años es 8,7%(4) nivel regular y de 50 a más años es 6,5%(3) nivel bueno. El nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales, el 47,7%(22) presenta nivel regular, el 30,4%(14) mostró un nivel malo y el 21,7%(10) un nivel bueno. El presente resultado presenta discrepancia con lo que afirmó en su investigación Aguilar E.<sup>7</sup> (Perú, 2017) quien observó que en el grupo menor de 35 años el 21,43% presentaron nivel malo, mientras que nivel regular alcanzaron los grupos de 36 a 50 años con un 17,14% y un 10% en el grupo de edad de 51 a 65 años; respecto a los docentes del sexo femenino, el 30% presentó nivel regular y el 30% del sexo masculino presentó nivel malo. Del mismo modo, Ramírez E.<sup>9</sup> (Perú, 2017) demostró que el 60% tiene un nivel regular, el 11% presentó un nivel óptimo y el 29% logró un nivel deficiente. Al igual que Huamanchumo L.<sup>10</sup> (Perú, 2016) quien evidenció que el 56,7% obtuvo un nivel regular seguido del 36,7% con un nivel alto y el 6,7% un nivel bajo. De modo similar, Quispe W.<sup>12</sup> (Perú, 2014) obtuvo que un 50% de los docentes tiene un nivel de conocimiento malo, el 43.3% presentaron un nivel regular y el 6,7% tiene un nivel bueno. La información obtenida indica que los niveles se presentan en secuencia de nivel regular, malo y bueno; lo que se diferencia con los demás estudios, siendo de nivel

bueno, regular y malo o regular, bueno y malo. Por lo que se tendrá que realizar programas o charlas informativas sobre patologías bucales, campañas de diagnóstico de esta manera motivar el interés, para elevar el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales para mejorar la calidad de vida de los niños. (Tabla 3)

Finalmente, en la tercera parte o categoría se obtuvo el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal de los docentes del sexo masculino del grupo de edad de 30 a 39 años el 13%(6) presenta nivel regular; en el grupo de 40 a 49 años el 13%(6) tiene nivel regular y de 50 a más años el 6,5%(3) muestra nivel bueno. En cuanto a los docentes del sexo femenino de 30 a 39 años el 8,7%(4) presenta nivel regular, de 40 a 49 años es 6,5%(3) de nivel regular y de 50 a más años el 13%(6) es de nivel regular. En el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental, el 56,4%(26) presenta nivel regular, el 23,9%(11) presenta un nivel bueno y el 19,5%(9) logró nivel malo. El resultado obtenido en la presente investigación, es reforzado por Aguilar E.<sup>7</sup> (Perú, 2017) donde prevalece el nivel regular en el grupo de menos de 35 años con 12,86% y un 34,28% en el grupo de 36 a 50 años, mientras que el 10% del grupo de 51 a 65 años presenta nivel bueno. En cuanto al sexo femenino, el 25,71% presenta nivel regular al igual que el 25,71% del sexo masculino. Del mismo modo, datos similares encontró Ramírez E.<sup>9</sup> (Perú, 2017) donde el nivel de conocimiento sobre el desarrollo dental fue de nivel regular en el 74%, el 15% logró un nivel óptimo y el 11% un nivel deficiente. Al igual que Quispe W.<sup>12</sup> (Perú, 2014) quien observó el 63.33% obtuvo un nivel regular, el 30% obtuvo un nivel bueno y el 6.67% obtuvo un nivel malo. Mientras que datos similares halló Huamanchumo L.<sup>10</sup> (Perú, 2016) quien observó que el 46,7%



obtuvo un nivel alto, seguido del 36,7% que alcanzaron un nivel regular y el 16,7% mostró un nivel bajo. Por ello el realizar charlas educativas, capacitaciones a los profesores, para elevar el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental y mejorar la calidad de vida de los alumnos. (Tabla 4)

## VI. Conclusiones

1. El nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. “República Argentina” del Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash en el año 2019 es malo (45,7%)(21). Esto se relaciona con lo expresado por el MINSA, que en el ámbito nacional el 95% presentan caries dental, el 85% enfermedad Periodontal 85% y el 80% maloclusiones.
2. El nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, el 17,4%(8) son hombres de 40 a 49 años y el 8,7%(4) son mujeres de 30 a 39 años presentan nivel regular, es por ello que deben ser instruidos por un especialista para capacitarles para la adquisición de hábitos orales saludables.
3. El nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, el 13%(6) de hombres de 50 a más años y el 8,7%(4) de mujeres de 40 a 49 años presentan nivel regular. Por ello de inculcarle normas de higiene personal que ayuden a conservar su propia salud y le permitan servir de ejemplo a sus alumnos.
4. El nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal de los docentes de educación secundaria de la I.E. República Argentina, el 13%(6) de hombres de 40 a 49 años y el 13%(6) de mujeres de 50 a más años presentan nivel regular. Por ello los malos hábitos bucales que pueden presentar los alumnos ya que no son corregidos o enseñados a tiempo.

## **Aspectos complementarios**

### **Recomendaciones**

- A los directivos de la UGEL-Santa y al docente de la institución educativa, realizar mayor labor en lo que respecta a promoción de la salud en las instituciones educativas, con campañas sobre conocimientos básicos sobre salud bucodental en donde se pueda educar no solo a docentes sino también a padres y alumnos y transmitir la educación sobre salud bucodental.
- A futuros investigadores, realizar estudios cuasi-experimentales, que permitan medir el nivel de conocimiento de los docentes antes y después de una capacitación sobre Salud Bucodental.

## Referencias bibliográficas:

1. World Health Organization. World Oral Health Report 2003. OMS; 2003. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud bucodental es esencial para la salud general. OPS; 2013. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8387:2013-oral-health-vital-overall-health&Itemid=135&lang=es)
3. Ministerio de Salud. Salud bucal. Perú: MINSA; 2017. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_2.asp?sub5=13](http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13)
4. Pineda D, Rodríguez L. Relación entre la frecuencia de caries dental en escolares y el nivel de conocimiento de sus madres en salud oral en la Unidad Educativa Fe y Alegría. Cuenca 2014-2015. [Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Odontólogo]. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/24043>
5. 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-Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
6. Flores M. Nivel de conocimiento de salud bucal de los profesores en educación primaria. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Lima-Perú:

Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018. Disponible en:  
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3698/>

7. Aguilar E. Nivel de conocimiento sobre salud bucodental de los docentes de la I.E.S. Emblemática María Auxiliadora, Puno – 2017. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Puno-Perú: Universidad Nacional Del Altiplano; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/4484>
8. Paola V. Relación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y el tiempo de servicio en profesores de los niveles inicial y primario de ASEP María Madre y Maestra Circa, Paucarpata, Arequipa – 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Arequipa-Perú: Universidad Católica de Santa María: 2017. Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6370/>
9. Ramírez E. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la Institución Educativa N° 7067 Toribio Seminario del Distrito de San Juan de Miraflores, Lima 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Lima-Perú: Universidad Alas Peruanas; 2017. Disponible en: [http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/4594/5/T059\\_46165592\\_T.pdf](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/4594/5/T059_46165592_T.pdf)
10. Huamanchumo L. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación primaria del colegio La Cantera, La Esperanza, La Libertad, 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Trujillo-Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2016. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/220/>

11. Luna Y. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales Puno, Julio – Setiembre 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Puno-Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe//handle/UNAP/3338/>
12. Quispe Holguín, Walter. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de la Institución Educativa Carlos Castañeda Iparraguirre N°10826 del distrito de José Leonardo Ortiz, – Perú 2014. [Tesis para optar el título de Cirujano dentista]. Chiclayo-Perú: Universidad Señor de Sipán; 2014. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/124?show=full>
13. 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 profesional de Cirujano dentista]. Chimbote-Perú: Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2012.
14. Ministerio de Salud. Ayuda memoria del comité Técnico permanente y Comité Consultivo de Salud Bucal. Perú: MINSA; 2009. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/sbucal/am\\_comite.asp](http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/sbucal/am_comite.asp)
15. Armfield et al. The child dental health survey, Australia 1999: trends across the 1990`s. AIHW; 2003.
16. Organización Mundial de la Salud. Oral health country/area profile programme. Significant caries index. OMS: 2012.

17. Tabares I. La educación como motor del desarrollo. Juventicus; 2012.
18. Misrachi C.; Influencia de la educación escolar para estilos de vida saludables en los factores determinantes de conductas en salud oral. Odontología chilena. 2004; 42(2): 87-92.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries: systematic reviews of evidence, recommendations from the Task Force on Community Preventive Services, and expert commentary. [Internet]. 2007 [citado 21 setiembre 2019] Disponible en: [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5021a1.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5021a1.htm).
20. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Bucodental (4ª edición). Ginebra: OMS, 1997. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/32751/1/T36252.pdf>
21. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Office of Head Start. February 2007.
22. Rajab LD. Oral health behaviour of school children and parents in Jordan. Int J Pediatr Dent. 2002
23. Cuenca E, Manau C, Serra L. Odontología preventiva y comunitaria. Barcelona: Masson; 2002. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARIAMILAGROSCAMPOSRAMOS.pdf>
24. Dos Santos J. Biología e Higiene. Troquel. Disponible en: [http://www.phb.es/esp/Servicios\\_Cuidados.htm](http://www.phb.es/esp/Servicios_Cuidados.htm)

25. Higashida B. Odontología preventiva. 1ª ed. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana S.A; 2000. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/SALLYISELAYNCIOLOZADA.pdf>
26. Leonor L. Caries dental en el niño. Una enfermedad contagiosa. Universidad de Chile. Rev. Chile. Pediatría. Santiago, 2016; 77(1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S037041062006000100009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062006000100009)
27. Carranza F. Compendio de periodoncia. México: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1996. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20666/1/ODON017.pdf>
28. Milgrom P. Caries de la Niñez temprana: una perspectiva Multidisciplinaria para prevención y tratamiento de la condición. 1ª ed. Puesto Rico: Publicaciones puertorriqueñas Editores; 2006.
29. Hernández R. Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 6 ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
30. Supo J. Niveles y tipos de investigación: Seminarios de investigación. Perú: Bioestadístico; 2015.
31. SMU. Edad. Ser Médico. [Internet]. 2015 [citado 11 setiembre 2019]. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/cartelera/socio-cultural/edad.pdf>
32. Organización Mundial de la Salud. Género. OMS. 2019. Disponible en: <https://www.who.int/topics/gender/es/>



33. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de ética para la investigación. 1ª ed. Chimbote: ULADECH Católica; 2016. pp. 3-4.
34. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. WMA. 2013. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

# **ANEXOS**



**CUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES  
DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA  
ESTATAL REPUBLICA ARGENTINA, DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE,  
PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, AÑO 2019**

**Autor:** GÓMEZ FERNÁNDEZ, JOSÉ DE NAZARETH.

**INSTRUCCIONES:** El cuestionario contiene 15 preguntas, en cada pregunta usted deberá escoger la respuesta que considere más adecuada, marcando con una (X). Lea y marque cuidadosamente cada pregunta, por favor conteste solo una respuesta.

**DATOS GENERALES:**

Edad: \_\_\_\_\_ años                      Sexo: M \_\_\_\_                      F \_\_\_\_

**CUESTIONARIO SOBRE SALUD BUCAL<sup>9</sup>**

**I. Medidas de prevención en salud bucal**

**1. ¿Cuáles considera Ud. son los elementos preventivos de la salud bucal?**

- a. Dulces, cepillo dental, pasta dental, leche, hilo dental.
- b. Flúor, pasta dental, leche, enjuague bucal, verduras.
- c. Cepillo, hilo dental, pastas dentales, enjuague bucal.
- d. Cepillo, pasta dental, manzana, flúor, menestras.

**2. El tiempo sugerido para llevar al niño/adolescente al dentista es:**

- a. Cada año
- b. Cada seis meses
- c. Por emergencias
- d. Después de un año

**3. Cuál es el motivo principal para llevar al niño/adolescente al dentista:**

- a. Cuando tiene algún dolor en los dientes.
- b. Cuando nace su primer diente.
- c. Para revisión dental.
- d. Todas las anteriores.

**4. La placa bacteriana (sarro) es:**

- a. Restos de dulce y comida endurecidos.
- b. Manchas blancas blandas.
- c. Restos de comida y microorganismos endurecidos.
- d. Manchas oscuras blandas

**5. ¿Cuál es el cepillado más importante sugerido por el dentista?**

- a. Antes del desayuno
- b. En las madrugadas
- c. Antes de acostarme
- d. Antes de las comidas

**II. Enfermedades bucales**

**6. La Caries es:**

- a. Enfermedad causada por microorganismos.
- b. Una mancha negra en los dientes.
- c. Causada por falta de aseo
- d. Todas

**7. La gingivitis es:**

- a. El dolor de diente
- b. La enfermedad de encías
- c. La inflamación del labio
- d. Manchas oscuras en los dientes

**8. La enfermedad periodontal es:**

- a. Heridas en la boca
- b. La que afecta a los soportes del diente

- c. La pigmentación de los dientes
- d. La pérdida de un diente

**9. ¿Por qué considera que a una persona le sangran las encías?**

- a. Porque consume muchos carbohidratos
- b. Porque tiene caries
- c. Porque no visita al dentista
- d. **Porque tiene la encía inflamada**

**10. Los cálculos en los dientes también se denominan:**

- a. **Sarro o tártaro dental**
- b. Los dientes rotos
- c. Manchas amarillas
- d. Todas las anteriores

**III. Desarrollo dental**

**11. Si el niño/adolescente está la mayor parte del tiempo con la boca abierta, lo más probable es:**

- a. **Tiene las encías inflamadas**
- b. Tiene caries
- c. Tiene dientes en erupción
- d. Respira por la boca

**12. Cuáles de estos malos hábitos perjudican la posición de los dientes:**

- a. Chuparse el dedo
- b. Comerse las uñas
- c. Tomar leche en biberón
- d. Todas las anteriores

**13. ¿Cuántos tipos de dentición tiene un niño?**

- a. 1
- b. 2**
- c. 3
- d. 4

**14. ¿A qué edad aproximadamente le erupciona el primer diente de leche?**

- a. **6** meses
- b. 1 año
- c. 3 años
- d. 5 años

**15. La Dentición infantil se denomina:**

- a. Decidua/Temporal
- b. Pasajera
- c. Permanente
- d. Dientes de Adulto

*Muchas gracias por su colaboración.*

*Fuente: Ramírez E. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia de estudiantes del nivel primario de la Institución Educativa N° 7067 Toribio Seminario del Distrito de San Juan de Miraflores, Lima 2016. Lima-Perú: UAP; 2017.<sup>9</sup>*

## CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad se realizó con el alfa de Cronbach

### Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	10	100,0

- a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,829	15




UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

## ANEXO 02



### CARTA DE AUTORIZACIÓN

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGIA

**CARGO**  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGIA  
I.E.E. REPUBLICA ARGENTINA  
RECEPCION SECRETARIA  
FECHA: 26 SET. 2019  
11:45  
N° Exp. 2968 FIRMA: *[Signature]*

"Año de la Lucha contra la Corrupción e Impunidad"

Chimbote, 13 de Setiembre del 2019

**CARTA N° 0109-2019- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica**

Sr.  
Mg. Nancy Matilde Cárdenas del Río  
Directora de la I.E.E. República Argentina  
**Presente.**

A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, para solicitarle lo siguiente:

En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, el estudiante viene desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo denominado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL REPÚBLICA ARGENTINA EN EL DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH - 2019".

Para ejecutar su investigación, el alumno ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al Sr. **GÓMEZ FERNÁNDEZ, José De Nazareth**; a fin de realizar el presente trabajo.

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

Atentamente;

  
Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres  
DIRECTOR





### ANEXO 03



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo, .....,  
identificado(a) con DNI N°....., autorizo la participación de mi persona  
en el proyecto de investigación titulado **“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE  
SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE  
LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL REPÚBLICA ARGENTINA,  
DISTRITO DE NUEVO CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA,  
DEPARTAMENTO DE ANCASH, AÑO 2019”**.

El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de conocimiento sobre  
salud bucal de los docentes de educación secundaria de la Institución Educativa Estatal  
República Argentina, Distrito de Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, Departamento  
de Ancash, año 2019.

Declaro haber sido informado(a) de forma clara y exhaustivamente sobre los  
objetivos, métodos y procedimientos que conlleva la investigación, que mi  
participación consistirá en responder un cuestionario y que los datos se utilizarán  
exclusivamente para fines de la investigación.

Chimbote, ..... de, ..... del 2019.

-----

**FIRMA**

**FOTOGRAFÍAS DEL PROCEDIMIENTO**



