

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



**“RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE  
SALUD BUCAL Y EL TIEMPO DE SERVICIO EN PROFESORES  
DE LOS NIVELES INICIAL Y PRIMARIO DE ASEP MARIA  
MADRE Y MAESTRA CIRCA, PAUCARPATA, AREQUIPA -  
2016”**

**Tesis presentada por la Bachiller:**

VERÓNICA GLORIA POLA DÍAZ

**Para optar el Título Profesional de:**

CIRUJANO DENTISTA

**Asesor:**

ELSA VÁSQUEZ HUERTA.

**AREQUIPA – PERU**

**2017**

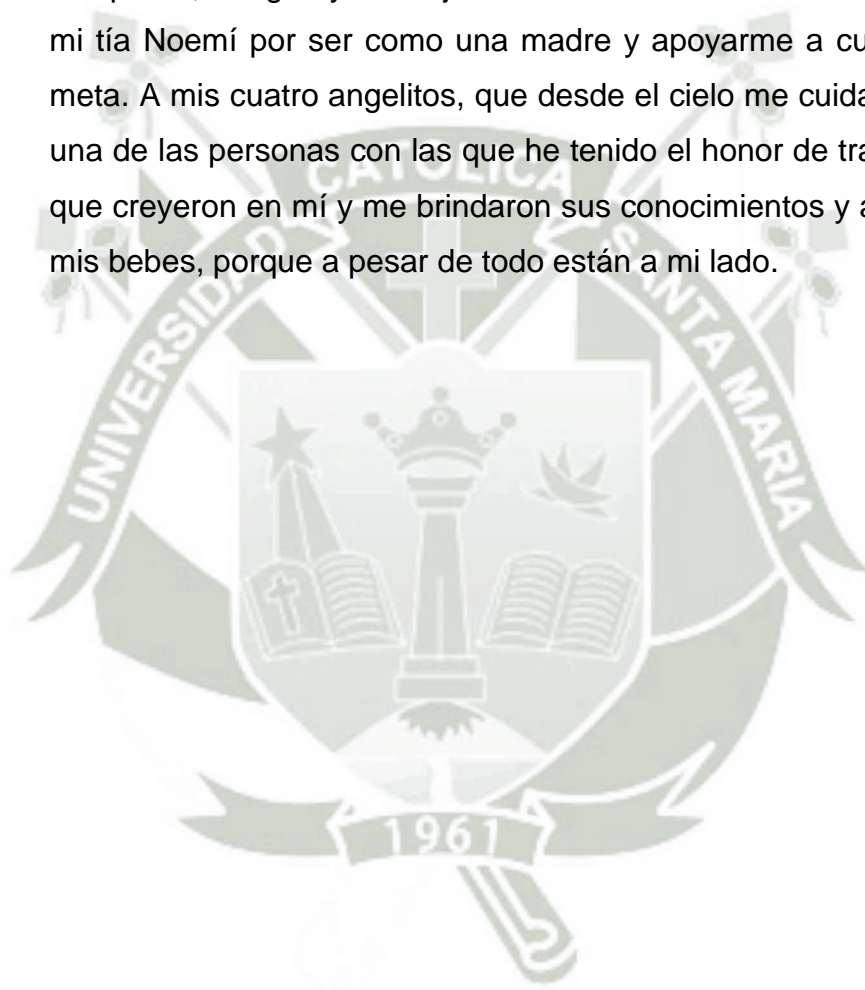


*"En última instancia, los entrenadores o los jugadores pueden decidir lo que quieran, pero si sus palabras no están respaldadas con desempeño y trabajo duro, la palabrería no sirve para nada."*

*Michael Jordán*

## DEDICATORIA

Está dedicada a Dios y a la Virgen por regalarme su bendición, sabiduría y paz en cada paso que he dado, a mis mis padres por ser el motor de mi vida, por impulsarme a ser mejor y apoyarme incondicionalmente, a pesar de todo. A mis hermanos por ser mis cómplices, amigos y consejeros en los momentos más difíciles. A mi tía Noemí por ser como una madre y apoyarme a cumplir esta meta. A mis cuatro angelitos, que desde el cielo me cuidan. A cada una de las personas con las que he tenido el honor de trabajar, por que creyeron en mí y me brindaron sus conocimientos y amistad. A mis bebes, porque a pesar de todo están a mi lado.



## AGRADECIMIENTOS

- En primer lugar le agradezco a Dios y a la Virgen por haberme permitido terminar mis estudios y por darme toda la fuerza necesaria para salir adelante.
- A mis Padres Pedro y Gloria quienes me apoyaron en toda mi formación académica y me han brindado todo su amor y su sacrificio a mis hermanos Ramiro y Guadalupe quienes siempre me brindaron su apoyo y comprensión.
- A todos los profesores que formaron parte de este estudio por su valiosa colaboración, ya que sin ellos no hubiese sido posible llevar a cabo esta investigación.
- A la Srta. Alicia Medina Bravo y a los directores de las instituciones educativas, por darme todas las facilidades para la realización de mi investigación.
- A mi Asesora Dra. Elsa Vásquez Huerta, por su tiempo, asesoría, comprensión y apoyo en la elaboración de este proyecto.
- A todos los docentes de la Facultad de Odontología, especialmente a los que de una manera u otra me ayudaron en mi formación académica con sus consejos y sus enseñanzas, ya que cada uno de ellos fue como pilar para mí, ya que aprendí de ellos.
- A todas las personas que de una u otra forma colaboraron con la realización de este trabajo.
- A la Universidad Católica de Santa María, por ser parte fundamental de mi realización como profesional, por haberme acogido en sus aulas y haberme dado las más grandes experiencias de mi vida.
- A todos ellos mi eterna gratitud.

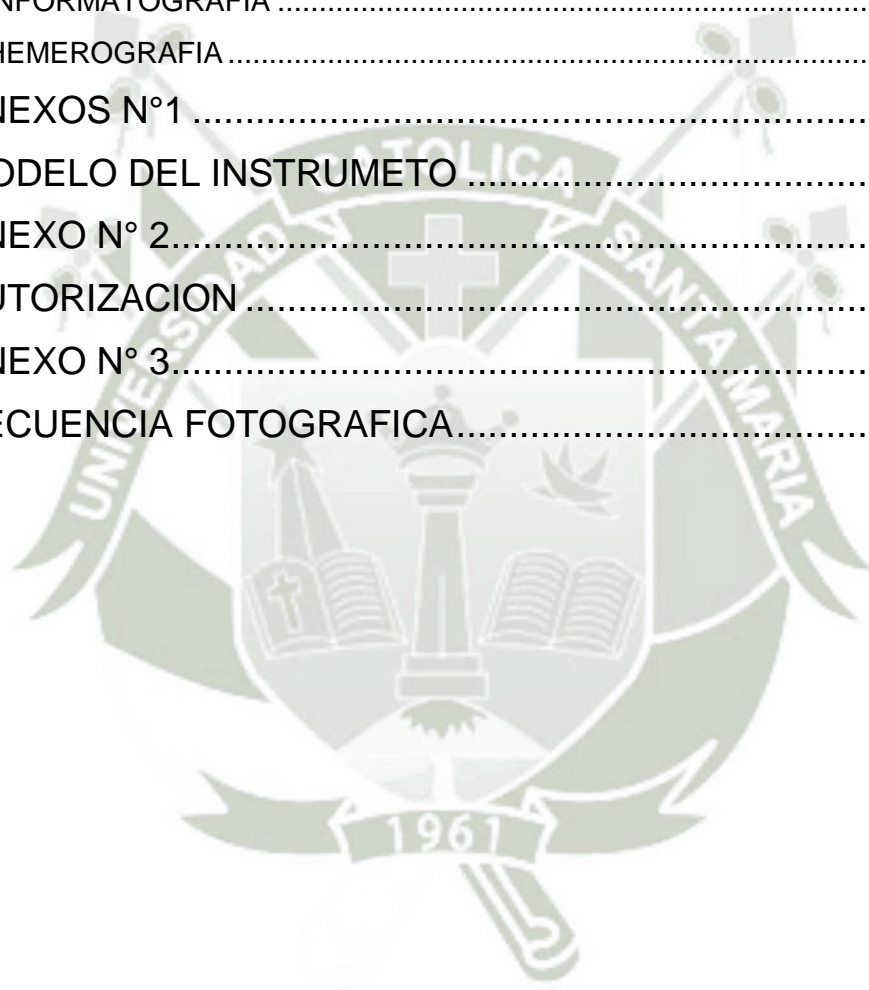
## INDICE

RESUMEN .....	IX
ABSTRACT .....	XI
INTRODUCCIÓN.....	XIII
<b>CAPITULO I .....</b>	<b>2</b>
<b>PLANTEAMIENTO TEORICO .....</b>	<b>2</b>
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	7
3. MARCO TEÓRICO .....	7
3.1. MARCO CONCEPTUAL .....	7
SALUD BUCAL .....	7
3.1.1.1. DEFINICION .....	7
3.1.1.2. HIGIENE BUCAL.....	8
Métodos Mecánicos.....	9
Métodos Químicos.....	15
Métodos Auxiliares .....	19
3.1.1.3. ENFERMEDADES BUCALES .....	20
1.1.1.3.1. CARIES .....	20
1.1.1.3.2. GINGIVITIS.....	20
1.1.1.3.3. PERIODONTITIS.....	21
3.1.1.4. CRONOLOGIA DENTARIA.....	22
3.1.1.5. DIETA Y NUTRICION.....	24
▪ DIETA .....	24
▪ POTENCIAL CARIOGENICO DE LA DIETA.....	25
▪ NUTRICION.....	26
EDUCACION .....	27
▪ CONCEPTO .....	27

EDUCACION EN EL PERÚ.....	27
EDUCACION EN AREQUIPA.....	30
3.2. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	35
2. ANTECEDENTES LOCALES .....	35
3. ANTECEDENTES NACIONALES.....	36
4. ANTECEDENTES INTERNACIONALES .....	40
4. HIPÓTESIS.....	42
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>43</b>
<b>PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>43</b>
1. TECNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION .....	44
1.1. TECNICA.....	44
1.1.1. PRECISION DE LA TECNICA .....	44
1.1.2. ESQUEMATIZACION .....	44
1.1.3. DESCRIPCION DE LA TECNICA .....	44
1.2. INSTRUMENTO.....	45
1.2.1. INSTRUMENTO DOCUMENTAL.....	45
1.2.2. PRECISIÓN DEL INSTRUMENTO .....	45
1.2.2.1. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO .....	46
1.2.2.2. INSTRUMENTOS MECANICOS .....	46
2. CAMPO DE VERIFICACION.....	47
2.1. AMBITO ESPACIAL.....	47
2.2. UNIDADES DE ESTUDIO.....	47
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION.....	48
3.1. Organización.....	48
3.2. Recursos.....	49
4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS .....	49
4.1. A nivel de sistematización .....	49
4.1.1. Tipo de procesamiento.....	49
4.1.2. Plan de operaciones .....	50
4.2. Plan de Analisis .....	50

CAPITULO III .....	51
RESULTADOS.....	51
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	52
TABLA 1.....	52
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE PROFESORES DE NIVEL INICIAL .....	52
GRAFICO 1.....	53
TABLA 2.....	54
TIEMPO DE SERVICIO DE PROFESORES DE NIVEL INICIAL.....	54
GRAFICO 2.....	55
TABLA 3.....	56
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL Y EL TIEMPO DE SERVICIO EN PROFESORES DE NIVEL INICIAL .....	56
GRAFICO 3.....	57
TABLA 4.....	58
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE PROFESORES DE NIVEL PRIMARIO .....	58
GRAFICO 4.....	59
TABLA 5.....	60
TIEMPO DE SERVICIO DE PROFESORES DE NIVEL PRIMARIO.....	60
GRAFICO 5.....	61
TABLA 6.....	62
RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL Y EL TIEMPO DE SERVICIO EN PROFESORES DE NIVEL PRIMARIO .....	62
GRAFICO 6.....	63
TABLA 7.....	64
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PROFESORES DE NIVEL INICIAL Y PRIMARIO .....	64
GRAFICO 7.....	65
TABLA 8.....	66
TIEMPO DE SERVICIO DE PROFESORES DE NIVEL INICIAL Y PRIMARIO .....	66
GRAFICO 8.....	67
TABLA 9.....	68

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PROFESORES DE NIVEL INICIAL Y PRIMARIO EN RELACION A SUS AÑOS DE SERVICIO ..	68
GRAFICO 9.....	69
DISCUSION .....	70
CONCLUSIONES .....	71
RECOMENDACIONES .....	72
BIBLIOGRAFIA .....	73
INFORMATOGRAFIA .....	75
HEMEROGRAFIA.....	78
ANEXOS N°1 .....	79
MODELO DEL INSTRUMENTO .....	79
ANEXO N° 2.....	85
AUTORIZACION .....	85
ANEXO N° 3.....	87
SECUENCIA FOTOGRAFICA.....	87



## RESUMEN

En el presente trabajo de investigación se realizó un estudio analítico y transversal, el cual tiene como objetivo principal determinar cuál es 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.

Esta investigación estuvo conformada por 107 profesores de los niveles inicial y primario de los colegios de la Federación de Círculos Sociales Católicos de Arequipa CIRCA del distrito de Paucarpata, a los que se les aplicó una encuesta, que fue realizada en noviembre del año 2016. La información obtenida luego de haber sido ordenada y procesada respectivamente, nos permite conocer la relación entre el nivel de conocimiento y el tiempo de servicio de los profesores de los niveles inicial y primario.

Llegando así a las siguientes conclusiones: 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. De acuerdo al análisis estadístico no se muestra dependencia entre el Nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio de los profesores.

El ambiente escolar es el lugar más apropiado para desarrollar estrategias de prevención, porque en esta etapa se pueden desarrollar hábitos positivos en los niños y conductas que influirán en su vida diaria, es por eso que el estado debe poner mayor interés y tratar de abarcar a toda la población escolar, con una enseñanza adecuada por parte de sus maestros.

**Palabras Clave: Salud Bucal – Conocimiento.**

## ABSTRACT

In the present research work, an analytical and transversal study was carried out, whose main objective is to determine the relationship between the level of knowledge on oral health and the years of service in primary and primary teachers of ASEP María Madre Maestra - CIRCA.

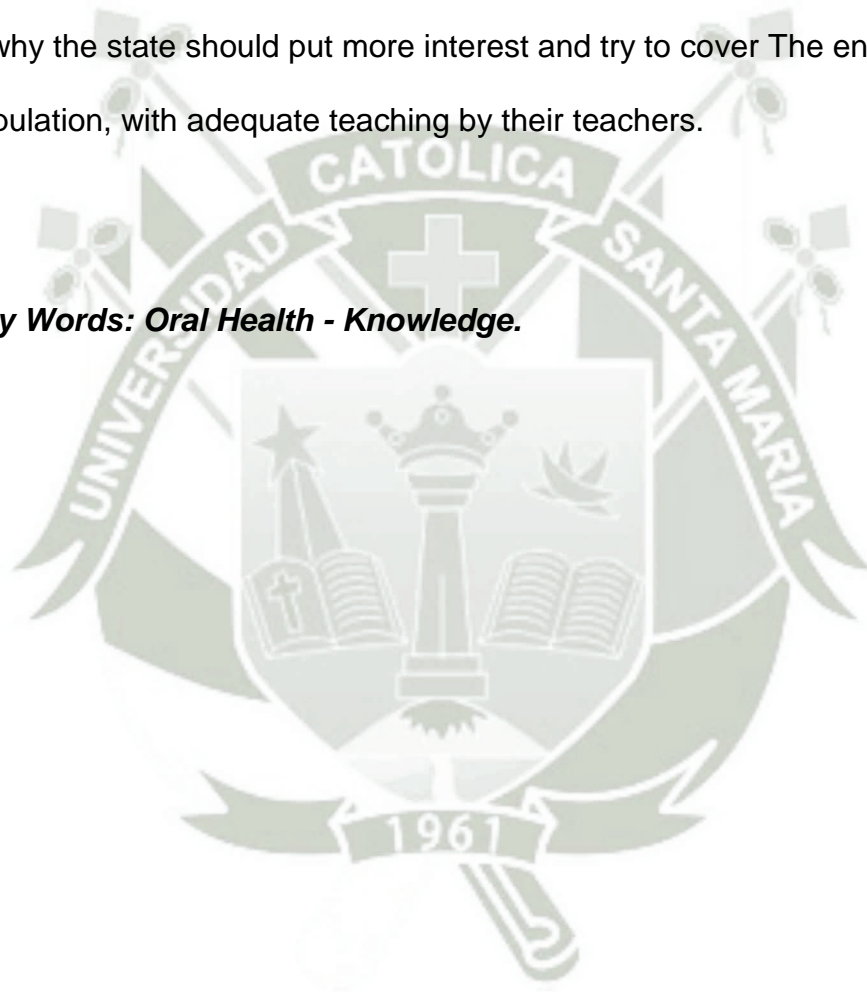
This research was made up of 107 teachers of initial and primary level of the schools of the Federation of Catholic Social Circles of Arequipa CIRCA of the district of Paucarpata, to which they were applied a survey, that was realized in November of the year 2016. The information Obtained after having been ordered and processed respectively allows us to know the relationship between the level of knowledge and the years of service of teachers of initial and primary level.

Thus reaching the following conclusions: The level of knowledge on oral health, for initial level teachers is Regular, with a representation of 60.71%. The level of knowledge on oral health for primary level teachers is also Regular, with a representation of 59.49%. As a result of this study all the ranges corresponding to the years of service fall into the level of regular knowledge with a slight tendency towards the level of good knowledge. It is important to highlight that of all the respondents only a teacher of the primary level, achieved the level of knowledge very good and this is in the range of 18 to 23 years of service. According to the

statistical analysis, there is no dependence between the knowledge level on oral health and the years of service of the teachers.

The school environment is the most appropriate place to develop prevention strategies, because at this stage positive habits can be developed in children and behaviors that will influence their daily lives, that is why the state should put more interest and try to cover The entire school population, with adequate teaching by their teachers.

**Key Words: Oral Health - Knowledge.**



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad en nuestro país se presentan diversos problemas en el sector salud, uno de ellos es la salud bucal, como consecuencia de ello, gran parte de la población viven padeciendo problemas orales. El interés común de los servicios de salud es especialmente curativo o de atención de emergencia mientras que el preventivo es insuficiente. En el año 2015 el Ministerio de Salud (MINSA) ha incorporado la actividad preventiva y recuperativa en salud bucal dentro del Plan de Salud Escolar (PSE). Esto significa que cada niño debe recibir una evaluación estomatológica, instrucción de higiene oral con entrega de pasta y cepillo y aplicación de flúor barniz para prevenir el desarrollo de caries, así como la atención recuperativa de las caries mediante obturaciones dentales. Para ello el Seguro Integral de Salud (SIS) transfirió a las regiones 119 millones 739 mil 024 nuevos soles de los cuales 44 millones 765 mil 717 nuevos soles se invertirán para actividades preventivas y recuperativas de salud bucal de escolares de nivel inicial y primaria que forman parte del programa Qali Warma. El estudio epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud en año 2002, estimo que la prevalencia de caries en estudiantes de nivel inicial y primaria a nivel nacional fue de 90.43%. Mientras que el promedio de dientes (cariados, perdidos y obturados) es de 5.84% por escolar, es decir que cada escolar puede tener 5 dientes afectados. Es por eso que considero importante, la participación de los colegios en la promoción de la salud preventiva, ya que los colegios son como un segundo hogar para todos los escolares porque aprenden, se relacionan y conviven con los profesores la mayor parte del día. El actuar de manera preventiva y recuperativa según el Plan de Salud Escolar es de vital importancia pero, quien mejor que los profesores de las instituciones educativas para encargarse del seguimiento, en cuanto a los hábitos de cada escolar, ya que no solo basta curar, si no también crear conciencia en ellos para garantizar así que los tratamientos realizados duren. Los profesores que laboran en los colegios, son el medio más importante por el cual se podría

alcanzar una mayor cobertura en forma directa a escolares y en forma indirecta a su madres, además podrían alcanzar intervenciones al resto de la familia. Se han elaborado pocos estudios sobre nivel de conocimiento de los profesores en temas de salud bucal. La presente investigación busca determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y el tiempo de servicio en los profesores de los niveles inicial y primario de ASEP MARIA MADRE Y MAESTRA CIRCA del distrito de Paucarpata, esto nos permitirá dar a conocer a las autoridades de las Instituciones Educativas de CIRCA, de Arequipa y de nuestro País, el nivel de conocimiento que ellos presentan y así permitirá tomar decisiones en los planos de promoción de la salud, administrativo y político para mejorar la salud bucal de los niños.

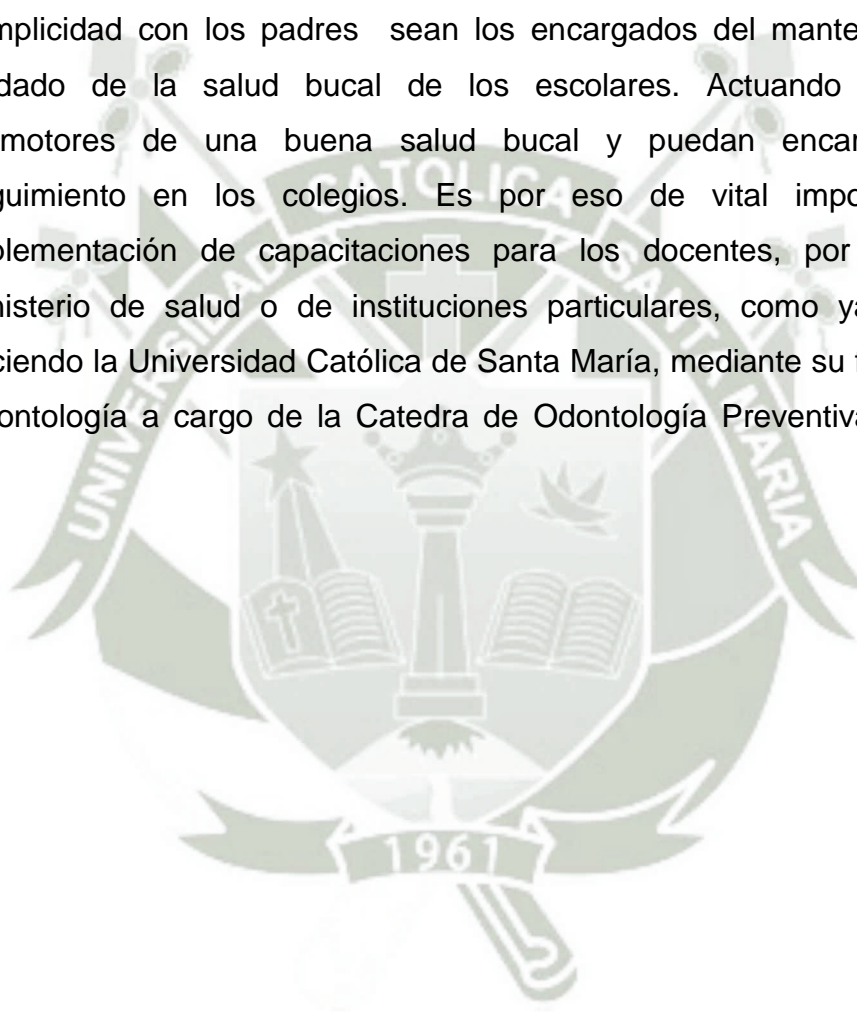
El estudio realizado por Leon y Col (2011) en nuestro País mostro 63.5% de docentes evaluados, tuvo conocimientos de nivel regular en cuanto a salud bucal y un 36.5% tuvo conocimiento en salud bucal de nivel malo.

En la ciudad de Arequipa varios niños asisten a estas Instituciones Educativas, por lo que consideró que es una población adecuada para ejecutar este estudio y poder clasificar el nivel de conocimiento que los profesores poseen y la manera en que ellos les transmiten sus conocimientos en salud bucal a los niños, como medida preventiva de enfermedades bucales. Una buena higiene bucal es considerada por muchos autores como, un arma poderosa para prevenir las enfermedades bucales prevalentes: caries, enfermedad periodontal y maloclusion.

La caries dental y la enfermedad periodontal son los problemas mas frecuentes que aquejan al Perú, se presenta en mayor riesgo en niños de inicial y primaria debido a los malos hábitos alimenticios, el descuido y la falta de una buena higiene oral. Es por eso que los conocimientos impartidos deben estar relacionados, con el mantenimiento de una buena

higiene bucal para evitar la presencia de estas enfermedades en un futuro, de manera que estos conocimientos deben de ser impartido en edades tempranas.

En la etapa de la niñez es muy importante la colaboración no solo de los padres, sino también la de los profesores, para la detección de malos hábitos que se puedan estar formando. Para que los profesores, en complicidad con los padres sean los encargados del mantenimiento y cuidado de la salud bucal de los escolares. Actuando como los promotores de una buena salud bucal y puedan encargarse del seguimiento en los colegios. Es por eso de vital importancia la implementación de capacitaciones para los docentes, por parte del ministerio de salud o de instituciones particulares, como ya lo viene haciendo la Universidad Católica de Santa María, mediante su facultad de Odontología a cargo de la Catedra de Odontología Preventiva y Social.





# **CAPITULO I**

## **PLANTEAMIENTO TEORICO**

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Determinación del problema

Durante mi práctica odontológica como estudiante de la facultad de Odontología de la Universidad Católica de Santa María, en la Cátedra de Odontopediatria y odontología preventiva pude observar lo frecuente que es encontrar una elevada incidencia de niños con caries y presencia de placa bacteriana, La prevención en salud bucal, tiene como proyección lograr en el futuro una disminución y tal vez la erradicación de las enfermedades bucales. Esto se podría lograr mediante la educación, concientización y apoyo de todos los involucrados, especialmente las instituciones formadoras para que continúen orientando y mejorando la formación académica con una visión preventiva. Estos resultados nos ayudaran al desarrollo de estrategias para que los profesores sean un apoyo más para impartir y supervisar la salud bucal de los niños.

#### 1.2. Enunciado

“RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL Y EL TIEMPO DE SERVICIO EN PROFESORES DE LOS NIVELES INICIAL Y PRIMARIO DE ASEP MARIA MADRE Y MAESTRA CIRCA, PAUCARPATA, AREQUIPA - 2016”.

#### 1.3. Descripción

##### 1.3.1. Área de conocimiento

- a. Campo : Ciencias de la salud
- b. Área : Odontología
- c. Especialidad : Odontología Preventiva
- d. Línea : Educación en salud bucal.

### 1.3.2. Análisis y operacionalización de variables:

VARIABLE		INDICADORES		SUBINDICADORES
Nivel de conocimientos sobre salud bucal	1	Higiene Bucal	1 2 3	Métodos Físicos Métodos Químicos Métodos Auxiliares
	2	Enfermedades bucales	1 2 3	Caries Gingivitis Periodontitis
	3	Cronología Dentaria	1 2	Dentición decidua Dentición permanente
	4	Dieta y Nutrición	1 2 3	Dieta Potencial Cariogenico de la dieta Nutrición
Años de servicio	1 2 3 4 5 6 7	Menos de 6 años 6-11 años 12-17 años 18-23 años 24-29 años 30-35 años 36 a más años		

### 1.3.3. Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					Diseño	Nivel
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	N° de mediciones de variables	N° de muestra	Por el ámbito de recolección		
Cuantitativa	Observacional	Prospectivo	Transversal	Comparativa	De campo	Prospectiva Comparativa	Relacional

#### **1.3.4. Interrogantes básicas**

- ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los años de servicio en profesores de nivel inicial?
- ¿Cómo se relaciona el nivel de conocimientos sobre salud bucal y el tiempo de servicio en profesores de nivel primario?
- ¿Qué diferencia existe en la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio en profesores de los niveles inicial y primario?

#### **1.4. Justificación**

##### **1.4.1. Actualidad**

En la actualidad es más fácil prevenir las enfermedades que curarlas; sin embargo, para poder prevenirlas es importante, tener conocimiento de los factores y condiciones que dan lugar a estas enfermedades, a pesar de los diferentes medios informativos; persiste la ignorancia por muchas personas acerca de la importancia de la salud bucal, es muy cotidiano escuchar a padres, profesores y personas en general referirse a la salud bucal, como algo innecesario en los niños, porque ocurre el recambio fisiológico y por tal motivo no se les presta atención.

##### **1.4.2. Relevancia Científica**

La prevención en salud bucal, tiene como proyección lograr en el futuro una disminución y tal vez la erradicación de las enfermedades bucales, como lo son la caries y la enfermedad periodontal. Esto se podría lograr mediante la educación, concientización y apoyo de todos los involucrados, especialmente las instituciones formadoras para que continúen orientando y mejorando la formación académica con una visión preventiva.

#### **1.4.3. Relevancia Social**

Esta investigación, nos permitirá proponer algunas acciones educativas referentes al mantenimiento de la salud bucal. Los profesores y padres de familia, son los responsables de la educación sobre salud bucal en niños, pero no todos están preparados para poder transmitirla a otros correctamente, ya que muchos enseñan a los niños la cultura que tradicionalmente ellos recibieron, con conceptos y hábitos que la mayoría de veces son equivocados. En nuestra comunidad la mayoría de personas no se preocupa por ir al odontólogo, a menos que tenga dolor, o algún tipo de inflamación que le impida de cierta forma seguir con su rutina diaria, esto se debe a que en nuestra realidad primero nos evocamos a cubrir las necesidades básicas como comida, vivienda, pocas veces por educación y salud.

#### **1.4.4. Motivación Personal**

Mi motivación personal es poder incrementar los conocimientos al respecto y es de mi interés con esta investigación obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista.

#### **1.4.5. Contribución Académica**

Esta investigación podrá ser utilizada para analizar y conocer la relación entre el nivel de conocimiento y el tiempo de servicio de los profesores y saber de qué manera ellos, nos apoyan en la educación bucal de los niños para en un futuro poder disminuir la incidencia de caries, enfermedad periodontal y mal oclusión.

#### **1.4.6. Factibilidad**

Es factible realizar la presente investigación porque se cuenta con unidades de estudio, recursos, presupuestos y conocimientos metodológicos.

## 2. OBJETIVOS

- Conocer cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio en profesores del nivel inicial
- Conocer cuál es la relación entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal y el tiempo de servicio en profesores del nivel primario.
- Determinar qué diferencia existe en la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio en profesores de los niveles inicial y primario.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. MARCO CONCEPTUAL

#### SALUD BUCAL

##### 3.1.1.1. DEFINICION

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

El 60%-90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo.

Las caries dentales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad bucal.

Las enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años).

Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales.

Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos.

Son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental, aunque existen también diversos determinantes sociales.<sup>1</sup>

### 3.1.1.2. HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es un hábito importante que constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la calidad de vida de las personas.<sup>2</sup>

Que la higiene es un componente importante para mantener la salud bucal, por ello, es indispensable que los Profesionales de la salud oral hagan que la higiene bucal sea el centro de sus estrategias de prevención. Existen algunos métodos para el control de una correcta higiene bucal, destacándose los mecánicos, químicos y auxiliares.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa, Nota informativa, Salud Bucodental. Abril del 2012[consultado el 3 de marzo del 2017] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

<sup>2</sup> FERNANDEZ MODRAGON, P. D. (s.f.). *Manual Técnico Superior De Higiene Dental*. Pág. 67

<sup>3</sup> Mc Donald, R, & Avery, D. (1996). *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. Madrid: Editorial Elsevier.

## **Métodos Mecánicos**

Los métodos mecánicos son los más utilizados en los procedimientos de higienización oral, dicho método requiere entre sus principales componentes: el cepillado dental y el uso de hilo dental.

El cepillado dental, es el método más conocido y aprobado socialmente por el ser humano.

### **a. Cepillado dental**

Es la limpieza de las caras vestibulares, palatinas, linguales, oclusales e incisales de cada pieza dental presente en la boca, y su efectividad. Un muy buen cepillado es el que se realiza de manera escrupulosa y consigue un nivel nulo de placa dental, siempre, pero sin causar ningún daño a la pieza dental o a los tejidos blandos que lo rodean.

- **Cepillos manuales**

El cepillo dental es un componente formado por grupos de cerdas adheridas a una cabeza, cuya acción es a manera de barrido en las caras de las piezas dentales, eliminando restos de alimentos pegados a las mismas. El cepillo se compone de tres elementos: mango, cuello y cabeza, con diferentes tamaños (para lactantes, niños, adultos), y tipos de cerdas (blandos, semiblandos o semiduros, duros).<sup>4</sup>

Para pacientes odontopediátricos, al momento de elegir el cepillo dental, se debe tomar en cuenta, el grupo etario, el nivel de salud bucal del niño o de sus padres, el grado de habilidad manual, los gustos del niño y la motivación que muestre para el cepillado.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Herazo, B., (2012). Clínica del sano en Odontología. Bogotá: Ecoe Ediciones.

<sup>5</sup> Bordoni, N, Escobar, A & Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

### ○ Características del cepillo

Las características básicas de un cepillo dental son:

- Mango y tamaño de acuerdo a la edad y habilidad del paciente.
- Tamaño de la cabeza apropiada para la cavidad oral del paciente.
- Cerdas de poliéster o nylon, extremos redondos, que no superen las 0,009 pulgadas de diámetro.
- Cerdas suaves, aprobadas por la ISO.
- Distribución de las cerdas, para fomentar la reducción de placa dental, en áreas difíciles, como es en el margen gingival o los espacios interproximales.<sup>6</sup>

Para pacientes odontopediátricos, sus características son:

- La cabeza debe tener un tamaño pequeño, en relación al tamaño de la boca.
- El tamaño del mango debe ser de acuerdo al tamaño de la mano del niño, pero si las madres o padres realizan el cepillado, la cabeza debe ser de acuerdo a la edad del niño y que el mango permita una buena sujeción del cepillo.
- Deben haber múltiples penachos que sean rectos.
- Las cerdas deben ser de nylon, blandas, con punta redondeada, de cerca de 0,3 mm de diámetro y un largo de 10 mm.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Lindhe, J., Torkild, K. & Noklaus, P. (2003). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

<sup>7</sup> Bordoni, N, Escobar, A & Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

- **Cepillos eléctricos**

Estos cepillos son aparatos electromecánicos, impulsados por electricidad, pilas o baterías, cuyo fin es limpiar las caras de los dientes, de restos alimenticios o placa dental, y si son usados de acuerdo a las indicaciones del fabricante, no dañan el esmalte dental, y según el autor, deben usarse una o dos veces cada semana ya que complementan el cepillado manual.<sup>8</sup>

Estos cepillos son favorables para pacientes con poca motivación en higiene dental, en pacientes a los que se haya realizado tratamiento periodontal, que en la fase de mantenimiento, se observe un escaso control de placa, o en pacientes con poca habilidad manual o que presenten alguna discapacidad mental o física, puesto que este cepillo puede ayudar a una importante reducción del nivel de placa dental.<sup>9</sup>

Estos cepillos son recomendables para niños a los que les sea difícil eliminar la placa dental, por algún problema motriz o falta de cooperación del paciente.<sup>10</sup>

- **Cepillos interproximales**

Están compuestos por un mango de metal o plástico, de forma rectangular o cónica, cuyo objetivo es eliminar restos alimenticios y placa dental presente en las caras interproximales de las piezas dentales, y para lograrlo, según el autor, hay que sostener el cepillo realizar movimientos de frotación, de arriba hacia abajo y viceversa. Estos cepillos son recomendables para pacientes con ortodoncia fija, pacientes portadores de prótesis fija y en cerclajes quirúrgicos.

---

<sup>8</sup> Herazo, B., (2012). Clínica del sano en Odontología. Bogotá: Ecoe Ediciones.

<sup>9</sup> Lindhe, J., Torkild, K. & Noklaus, P. (2003). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

<sup>10</sup> Nahas, M. (2009). Odontopediatría de la Primera Infancia. Sao Paulo: Librería Santos.

Se deben elegir de tal forma que calcen de manera exacta en el espacio interproximal, para garantizar la limpieza adecuada del mismo.

- **Técnicas de cepillado manual**

- **Técnica de Charters**

En esta técnica, la cabeza del cepillo se coloca oblicua al diente, con las cerdas hacia oclusal, formando un ángulo de 45, en dirección al plano de oclusión, se hacen movimientos de rotación de atrás hacia adelante, Esta indicada para pacientes con retracción de las papilas, ya que alcanza el espacio interproximal.<sup>11</sup>

- **Técnica del Fregado Horizontal**

Esta forma de cepillado, las cerdas se ubican a 90° en relación al eje mayor de la pieza dental, y el cepillo se desplaza desde atrás hacia adelante, esta técnica se recomienda para pacientes pequeños o con poca destreza manual.

- **Técnica de Stillman Modificada**

También llamada de rotación, describió que para esta técnica, el cepillo se coloca en la región mucogingival, con el largo de las cerdas apoyadas

lateralmente en la encía, las cuáles serán deslizadas desde la gíngiva hacia oclusal e incisal, realizando movimientos ántero-posteriores en la región del punto de contacto. Esta técnica se basa en los movimientos vibratorios de las cerdas, junto a

---

<sup>11</sup> Lindhe, J., Torkild, K. & Noklaus, P. (2003). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

movimientos de deslizamiento del cepillo, en el sentido del eje largo de los dientes, proporcionando a esta técnica, una buena remoción mecánica de la placa dental, además de un masaje gingival, se recomienda a pacientes con más motivación y destreza manual.<sup>12</sup>

- **Técnica de Fones**

En esta técnica, se realizan movimientos circulares en cada superficie dental excepto en caras incisales y oclusales, en las que se realizan movimientos anteroposteriores, esta técnica se recomienda para bebés y para niños menos motivados y con menos habilidad manual.

- **Técnica de Bass**

Para la realización de esta técnica se recomienda que se ponga la cabeza del cepillo oblicua hacia el ápice, introduciendo las cerdas en el surco gingival.

Luego se hacen movimientos cortos en sentido anteroposterior, ayudando a reducir la placa dental en el margen gingival y bajo la encía, pero de Esta técnica es muy complicada para el niño, se recomienda a pacientes portadores de aparatos ortodónticos fijos.

- **Posición de Starkey**

En esta técnica se realizan movimientos circulares en superficies lisas, y movimientos anteroposteriores en las superficies oclusales, y se hace con el niño de pie, de espaldas y al frente de la madre, apoyando la cabeza hacia ella. Se realiza con la mano izquierda de la madre que dividirá

---

<sup>12</sup> Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011). Odontopediatría. Sao Paulo. Editorial Livraria Santos.

los tejidos orales, y la mano derecha se realiza la técnica de cepillado. Esta técnica se indica para niños en etapa escolar o con poca habilidad manual.<sup>13</sup>

- **Hilo dental**

Es un componente mecánico, que ingresa en los espacios interdentes para sacar los restos de alimentos que no pueden retirarse con el cepillo dental. Este componente es aún mejor que el cepillado en la disminución de la gingivitis, disminuye el biofilm en los tejidos dental y gingival, fomentar la buena circulación y limpieza, mantener la morfología y ayudar a la queratinización gingival, facilitar el paso de flúor, y fomentar la remineralización gracias al contacto con la saliva de los dientes vecinos.<sup>14</sup>

Existen varios tipos de hilo dental: con aroma o no, encerada o no, delgada, acintada y entrelazada, que deben elegirse de acuerdo a las características particulares y preferencias de cada paciente. Debe ser utilizado desde la dentición decidua, cuando ya existen puntos de contacto interproximales, en especial, en espacios interdentes pequeños o con apiñamiento, y el entrenamiento en la técnica para su uso, debe hacerse desde los 8 años de edad.

- **Técnicas para la utilización del hilo dental**

Para la utilización del hilo dental, se recomienda cortar un trozo de hilo de 25 a 45 cm, el cuál será enrollado en los dedos medios de ambas manos, y con las mismas, abiertas, la distancia entre los dedos índices, será de 2 a 3 cm, lo que ayuda a que el hilo esté estirado y tenso. Para la arcada inferior, el hilo será apoyado en los índices y se realizarán movimientos vestibulo linguales al área de

---

<sup>13</sup> Nahas, M. (2009). Odontopediatría de la Primera Infancia. Sao Paulo: Librería Santos.

<sup>14</sup> Bordoni, N, Escobar, A & Castillo, R. (2010). Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

contacto, siendo el movimiento hacia apical dentro del surco gingival, abrazando a la superficie interproximal. Para la arcada superior, se realizan los mismos movimientos, pero con los dedos pulgares.<sup>15</sup>

También existe otra técnica, es la técnica de Loop o de la cuerda, en la que se corta un pedazo de 50 cm de hilo, y se ata como un círculo, cada dedo a excepción de los dedos pulgares, se ubican dentro del círculo, y los pulgares dirigen el hilo entre las piezas dentarias. Hay que rotar el círculo para que cada espacio interdental esté en contacto con un trozo limpio de hilo dental.<sup>16</sup>

## Métodos Químicos

- **Dentífricos**

Son suspensiones o geles aplicados sobre el cepillo dental para ayudar a limpiar a los dientes, y gracias a sus componentes, eliminan las manchas y la placa dental (abrasivos y surfactantes), regulan el cálculo (pirofosfatos), y además previenen la caries y la sensibilidad dental, por el flúor que contienen, están indicados en todos los pacientes desde los 2 años de edad, para complementar su higiene oral.<sup>17</sup>

Es importante recalcar que, los Odontólogos deben informar a los padres para que no usen un dentífrico con flúor hasta que el niño tenga más de 2 años y se usen cantidades pequeñas del mismo, deben cubrir 1 o 2 penachos de las cerdas del cepillo, y en pacientes muy pequeños, se debe realizar la higiene oral con dentífricos que no contengan flúor.

---

<sup>15</sup> Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011). Odontopediatría. Sao Paulo. Editorial Livraria Santos.

<sup>16</sup> Nahas, M. (2009). Odontopediatría de la Primera Infancia. Sao Paulo: Librería Santos.

<sup>17</sup> Herazo, B., (2012). Clínica del sano en Odontología. Bogotá: Ecoe Ediciones.

- **Colutorios**

Los colutorios se deben utilizar en pacientes que no pueden realizar de manera adecuada los tratamientos mecánicos para el control de placa, ya que constituyen métodos coadyuvantes para la eliminación de placa dental.

- **Colutorios con Clorhexidina**

La clorhexidina es un antiséptico orgánico de carga positiva, muy importante porque ayuda a disminuir la placa dental y se adhiere bien a varias zonas del diente y a algunos componentes de la mucosa bucal, además de que se une a las membranas bacterianas ejerciendo su acción antibacteriana. Pero su desventaja es que puede alterar el gusto, ayudar a formar cálculos supragingivales y pigmenta los dientes.

- **Flúor**

Los fluoruros que más se usan son: el fluoruro de sodio, el fluoruro de estaño y el fluoruro fosfato acidulado, que están recomendados para la prevención de la caries dental, además de que impiden la formación de placa dentobacteriana. Al utilizarlos como colutorios, los compuestos fluorados pueden ser administrados de forma oral (vía sistémica; alimentos y medicación), por una vía tópica en presentación de geles, mouse y barniz, para manejo profesional. Además su presentación más común para uso casero adherido a pastas, colutorios e incluso el hilo dental.<sup>18</sup>

### **Respecto al flúor**

La evidencia científica indica que el flúor de la pasta dental ha sido el responsable de la disminución de la caries a escala mundial. Sólo los

---

<sup>18</sup> Mc Donald, R, & Avery, D. (1996). Odontología Pediátrica y del Adolescente. Madrid: Editorial Elsevier.

dentífricos con concentraciones de 1.000 ppm de flúor o más han probado su eficacia anticaries<sup>19</sup>.

Como en los niños pequeños (especialmente los menores de 3 años) existe el riesgo de que ingieran la pasta durante el cepillado, el uso de pastas fluoradas es un tema delicado, por el riesgo de fluorosis que podría ocasionar. Sin embargo, la evidencia actual indica que el riesgo de fluorosis a estas edades es mínima si se coloca una pequeña cantidad de pasta dental sobre el cepillo en los niños que no saben escupir.<sup>20</sup>

En líneas generales, se pueden establecer las siguientes recomendaciones:

- En niños que no sepan escupir, menores de 3 años, se debe utilizar pasta dental fluorada (con un mínimo de 1.000 ppm de flúor) en el cepillado, independientemente de su riesgo de caries. El cepillado se debe realizar 2 veces al día desde la erupción del primer diente, pero las cantidades de pasta sobre el cepillo deben ser mínimas («raspada» o «granito de arroz»)<sup>21</sup>. De este modo, si se utiliza la pasta en pequeñas cantidades, la cantidad que pueda ser ingerida es segura en términos de fluorosis dental y el beneficio anticaries se mantiene.

---

<sup>19</sup> Santos AP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. *Caries Res.* 2013; 47(5): 382-90

<sup>20</sup> . Cury JA, Tenuta LM. Evidence-based recommendation on toothpaste use. *Braz Oral Res.* 2014; 28 Supl: 1-7

<sup>21</sup> . Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. Recomendación. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea] [actualizado en marzo de 2011] [consultado el 5 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.aepap.org/previnfad/rec\\_bucodental.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_bucodental.htm)

- Cuando el niño haya aprendido a escupir (generalmente después de los 3 años), se debe aumentar la cantidad de pasta dental a tamaño «guisante», y ésta debe contener entre 1.000 y 1.450 ppm de flúor<sup>22</sup>.
- Todo bebé y niño que presente un alto riesgo de caries (por la transmisión de bacterias salivales de la madre, por el tipo o la frecuencia de alimentos, por una deficiente higiene bucal, por irse a dormir con la boca sucia o por comer durante la noche) se beneficiará de una aplicación de barniz de flúor profesional, especialmente en los incisivos superiores (mínimo cada 6 meses)<sup>23</sup>.

- **Sustitutos del Azúcar**

Hoy en día existen un sin número de sustitutos del azúcar, sin embargo entre los más importantes se considera al (xilitol, sorbitol y manitol), siendo el xilitol un elemento natural presente en muchas frutas y verduras, que no se fermenta por bacterias cariogénicas, por lo que se le considera una sustancia protectora, mejor que el sorbitol o manitol, ya que ayuda a reducir la cantidad de superficies cariadas, este sustituto tiene un efecto beneficioso en el pH de la placa fomenta la remineralización del esmalte dental. Otro reemplazante del azúcar, es el acesulfame – K, es un endulzante dos veces más dulce que la sacarosa, que no se metaboliza y se excreta normalmente, es estable y se le usa en dentífricos, colutorios y medicinas sin producir toxicidad.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies *Pediatr Dent Reference Manual*. 2014-2015; 36(6): 50-2.

<sup>23</sup> Clark MB, Slayton RL; Section on Oral Health. Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. *Pediatrics*. 2014; 134(3): 626-33.

<sup>24</sup> Escobar, F. (2012). *Odontología Pediátrica*. Madrid: Editorial Ripano.

## Métodos Auxiliares

- **Irrigadores dentales**

Estos dispositivos, liberan un chorro de agua a gran presión hacia los espacios interproximales para extraer placa bacteriana y restos de alimentos, mejorando la higiene oral de pacientes con alteraciones motoras o físicas para la realización de un correcto cepillado dental, y también ayudan a pacientes que usan prótesis fija u ortodoncia, en los que la higiene oral es más difícil.

- **Raspadores Linguales**

El dorso lingual, contiene muchas bacterias, que pueden diseminarse a otras zonas de la cavidad oral, como las piezas dentarias, además pueden producir halitosis, en pacientes sanos. Para lo cual, la limpieza lingual, debe realizarse, de con raspadores linguales, que son bastones plásticos flexibles y planos que ayudan a reducir los restos alimentarios y bacterias que puedan encontrarse en el dorso lingual. Señaló que la limpieza lingual debe incluirse como complemento junto con el cepillado y el uso de hilo dental en la higiene oral.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Lindhe, J., Torkild, K. & Noklaus, P. (2003). Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

### 3.1.1.3. ENFERMEDADES BUCALES

#### 1.1.1.3.1. CARIES

Es un proceso infeccioso y bacteriano que afecta a la mayoría de tejidos duros del diente provocando una desmineralización de los mismos, la cual se desarrolla por la degradación que provocan los ácidos orgánicos que contribuyen a la fermentación de los hidratos de carbono ingeridos en la dieta diaria.

Estos sucesos provocan un desequilibrio mineral entre los tejidos dentarios y el medio oral, este desequilibrio es variable, ya que primero hay una desmineralización y luego una remineralización, por lo que, se puede controlar la evolución de la caries, y revertirla en sus etapas iniciales.<sup>26</sup>

- **Etiología**

La caries se considera que está causada por la confluencia de varios factores importantes que son: los microorganismos (biofilm dental), el sustrato (dieta), y el huésped, y lo representa en un diagrama de tres círculos entrelazados. Actualmente, se han añadido factores: biológicos, químicos y sociales, a las causas de esta alteración.<sup>27</sup>

#### 1.1.1.3.2. GINGIVITIS

Inflamación de la encía provocada por una mala higiene bucal. Las toxinas producidas por las bacterias que proliferan en la dentadura provocan una irritación en la encía, que posteriormente se puede infectar.

---

<sup>26</sup> Boj, J., Catalá, M., García-Ballesta, C., & Mendoza, A. (2004). Odontopediatría. Barcelona: Editorial Masson.

<sup>27</sup> Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011). Odontopediatría. Sao Paulo. Editorial Livraria Santos.

Los síntomas son una hinchazón y sangrado de las encías durante el cepillado de los dientes.<sup>28</sup>

### 1.1.1.3.3. PERIODONTITIS

Es una inflamación e infección de los ligamentos y huesos que sirven de soporte a los dientes.

#### ▪ Causas

La periodontitis ocurre cuando se presenta inflamación o la infección de las encías (gingivitis) y no es tratada. La infección e inflamación se diseminan desde las encías (gingiva) hasta los ligamentos y el hueso que sirven de soporte a los dientes. La pérdida de soporte hace que los dientes se aflojen y finalmente se caigan. La periodontitis es la causa principal de la caída de los dientes en los adultos. Este trastorno no es común en los niños pequeños, pero se incrementa durante los años de adolescencia.

La placa y el sarro se acumulan en la base de los dientes. La inflamación a raíz de esta acumulación hace que entre la encía y los dientes se formen "bolsas" o huecos. Estas bolsas se llenan de sarro y de placa. La inflamación del tejido blando atrapa la placa en la bolsa. La inflamación continua lleva al daño de los tejidos y el hueso alrededor del diente. Debido a que la placa contiene bacterias, es probable que se presente infección y también se puede presentar un absceso dental. Esto también aumenta la tasa de la destrucción ósea.

#### ▪ Síntomas

Los síntomas de periodontitis incluyen:

- Mal aliento

---

<sup>28</sup> Enciclopedia Salud. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/gingivitis> [consulta 27 de febrero]

- Encías que presentan un color rojo brillante o rojo púrpuro
- Encías que tienen aspecto brillante
- Encías que sangran con facilidad (presencia de sangre en el cepillo de dientes, incluso si el cepillado se hace con suavidad)
- Encías que pueden ser sensibles al tacto, pero por lo demás no duelen
- Dientes flojos
- Encías inflamadas<sup>29</sup>

#### 3.1.1.4. CRONOLOGIA DENTARIA

Los dientes deciduos han sido llamados dientes “temporales”, “primarios” y “de leche”. Estos términos no son adecuados por que dan mayor énfasis a la idea de que estos dientes serían útiles solo por un corto tiempo.

Es importante destacar que se necesitan varios años de crecimiento y desarrollo para que estos dientes sean reemplazados por sus sucesores, por lo que se debe evitar su pérdida prematura. El ser humano tiene durante su vida dos grupos de dientes naturales.

El primero comprende el conjunto denominado dentición decidua y se compone de 20 dientes que comienzan a aparecer desde los 6 meses de vida y cuya erupción se completa por los 2,5 años de edad. A los 6 años, comienza la erupción sucesiva del segundo conjunto, llamado

---

<sup>29</sup> Amsterdam JT. Oral medicine. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001059.htm>

permanente, que culmina a los 12 años, a excepción de los terceros molares. La erupción de la dentición permanente se completa entre los 18 y 25 años y consta de 32 piezas.

Estas dos denticiones son diferentes, tanto en número, forma, dimensiones y características histológicas. La dentición primaria se compone de 10 dientes superiores o maxilares y otros 10 inferiores o mandibulares.<sup>30</sup>

DENTICION DECICUA

Diente	Erupción	Caída
<b>Dentadura superior</b>		
<b>Incisivo central</b>	6-9	7-8
<b>Incisivo lateral</b>	7-10	7-9
<b>Canino</b>	16-20	10-12
<b>Primer molar</b>	12-16	9-11
<b>Segundo molar</b>	20-30	11-12
<b>Dentadura inferior</b>		
<b>Incisivo central</b>	6-9	7-8
<b>Incisivo lateral</b>	7-10	7-9
<b>Canino</b>	16-20	10-12
<b>Primer molar</b>	12-16	9-11
<b>Segundo molar</b>	20-30	11-12

<sup>1</sup> SEIF, R. T. (2006). *Cronología Dentaria*. Pag.44.

<sup>30</sup> SEIF, R. T. (2006). *Cronología Dentaria*. Pag.44.

## DENTACION PERMANENTE

Diente	Erupción (años de vida)
<b>Dentadura superior</b>	
Incisivo central	7
Incisivo lateral	8
Canino	10-13
Primer premolar	9-10
Segundo premolar	10-11
Primer molar	6
Segundo molar	12
Tercer molar	18-25
<b>Dentadura inferior</b>	
Incisivo central	7
Incisivo lateral	8
Canino	10-13
Primer premolar	9-11
Segundo premolar	10-11
Primer molar	6
Segundo molar	12
Tercer molar	18-25

<sup>1</sup> SEIF, R. T. (2006). *Cronología Dentaria*. Pag.44.

### 3.1.1.5. DIETA Y NUTRICION

#### ▪ DIETA

El termino dieta proviene del griego diaita, el cual significa forma de vida. Muchas personas confunden la dieta con el régimen para bajar de peso o para tratar determinadas enfermedades, como la diabetes y la hipertensión arterial; en estos últimos casos se trata de dietas especiales.

La dieta es el conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día; por tanto, constituye la unidad de la alimentación.

Todo ser humano tiene su dieta porque come alimentos y platillos día a día; sin embargo, es necesario aprender a tener una dieta correcta o recomendable para conservar la salud. La dieta recomendable debe ser satisfactoria en los factores biológico, psicológico y social.

#### ▪ **POTENCIAL CARIOGENICO DE LA DIETA**

Existen alimentos que predisponen mejor que otros a la producción de caries. Las caries dentales constituyen una de las enfermedades crónicas más frecuentes que afectan a la raza humana. Diversos factores predisponen al individuo a adquirir caries, entre ellos, la calidad de la dieta es uno de los fundamentales, por ejemplo una dieta rica en hidratos de carbono facilitará la formación de la placa bacteriana.

#### **Características que hacen que los alimentos sean cariogénicos:**

Propiedades físicas:

- Adhesividad. Cuanto más adhesivo sea el alimento, mayor tiempo permanecerá unido a la pieza dentaria. Es el caso de los chicles, gomas, turrone.
- Consistencia. Un alimento duro y fibroso como la manzana, la zanahoria... ejercerá una acción detergente sobre la pieza. Los blandos tienen tendencia a adherirse (galletas, chocolate...)
- Tamaño de la partícula. Los formados por partículas pequeñas tienen mayor probabilidad de quedar retenidos en surcos y fisuras.

Por otra parte, existen alimentos que presentan un efecto inhibitorio sobre los procesos cariogénicos. Los principales son:

- Flúor. Bien en los alimentos o administrado en forma tópica.
- Calcio y fósforo. Evitan a desmineralización del diente.
- Hierro. Estudios realizados en animales han demostrado su efecto sobre el proceso cariogénico.
- Proteínas. Una dieta pobre en proteínas aumenta el riesgo de desarrollar caries.
- Grasas. Forman una película protectora sobre los dientes.<sup>31</sup>

#### ▪ **NUTRICION**

En la actualidad, la alimentación constituye sólo una parte de la nutrición, la cual es un fenómeno global. El Instituto Nacional de la Nutrición (INN) de México define la nutrición como:

El conjunto de fenómenos involucrados en la obtención por el organismo, y en la asimilación y transformación metabólica por las células, de las sustancias energéticas, estructurales y catalíticas necesarias para la vida.

La nutrición es en esencia un proceso celular continuo determinado por factores genéticos y ambientales. La suma e interacción de la nutrición correspondiente a los distintos tejidos constituye la nutrición de los individuos es posible formular el concepto de “nutrición de una comunidad o de un país”.

---

<sup>31</sup> SALETE, N. M. (s.f.). Odontopediatria en la primera infancia. Pag. 168.

La alimentación depende de la dieta y esta se integra con platillos, derivados industriales y alimentos, los cuales a su vez deben combinarse de manera adecuada.<sup>32</sup>

## EDUCACION

### ▪ CONCEPTO

La educación se entiende como un proceso que sintetiza dos actividades: la enseñanza y el aprendizaje. La enseñanza se define como la acción de una gente educadora sobre los educandos, que puede ser programada o no, pretende transformar al alumno a partir de la capacitación.

La educación es una práctica en la que agentes especializados (educadores) realizan una labor sobre una materia prima (alumnos) con instrumentos adecuados, con el objetivo de que los sujetos de la educación, generalmente niños y adolescentes, se adapten a una determinada sociedad. Esta educación produce dos efectos en el alumno: la capacitación y la formación.

Se entiende por capacitación, a la adquisición por parte del estudiante de conceptos, procedimientos, información, etc., que facilitan un mejor desempeño en una actividad determinada. La formación implica la adquisición de actitudes, normas, valores y un código ético y moral.<sup>33</sup>

## EDUCACION EN EL PERÚ

La centralidad de la educación como factor de viabilidad de nuestro país es un hecho contundente de los tiempos contemporáneos. La educación

---

<sup>32</sup> VASQUEZ HUERTA, E. (s.f.). Salud Bucal y Nutricion. Pag. 49.

<sup>33</sup> TABARES, I. (2002). La educacion como motor del desarrollo.

forma parte del tejido institucional y social de un país y es cimiento de su potencial humano. Este potencial está actualmente afectado en el Perú por la agudización de los niveles de pobreza en los que se encuentra la mayor parte de la población. A ello se añade un serio deterioro de la calidad y equidad educativa, que se expresa, tanto en los resultados de aprendizaje, como en la existencia de amplios sectores excluidos del servicio educativo.

Uno de los objetivos estratégicos del sistema educativo es formar niños y adolescentes como ciudadanos capaces de construir la democracia, el bienestar y el desarrollo nacional, armonizando este proyecto colectivo con su propio proyecto personal de vida.<sup>34</sup>

#### ▪ ORGANIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN BÁSICA EN EL PERÚ

“La Educación Básica está destinada a favorecer el desarrollo integral del estudiante, el despliegue de sus potencialidades y el desarrollo de capacidades, conocimientos, actitudes y valores fundamentales que la persona debe poseer para actuar adecuada y eficazmente en los diversos ámbitos de la sociedad”.

La Educación Básica se organiza en Educación Básica Regular (EBR), Educación Básica Especial (EBE) y Educación Básica Alternativa (EBA). La Educación Básica Regular es la modalidad que abarca los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria; está dirigida a los niños y adolescentes que pasan oportunamente por el proceso educativo.

---

<sup>34</sup> Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. (2005). *Escuelas Saludables*. Perú: Dirección General de Promoción de la Salud.

## ▪ **SISTEMAS POLÍTICOS DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA**

### ○ **Educación Inicial**

Atiende a niños y niñas menores de 6 años y se desarrolla en forma escolarizada y no escolarizada. Promueve prácticas de crianza con participación de la familia y de la comunidad, contribuye al desarrollo integral de los niños, teniendo en cuenta su crecimiento social, afectivo y cognitivo, la expresión oral y artística, la psicomotricidad y el respeto de sus derechos. El Estado asume el compromiso y responsabilidad de atender sus necesidades de salud y nutrición a través de una acción intersectorial. La Educación Inicial se articula con la Educación Primaria asegurando coherencia pedagógica y curricular.

### ○ **Educación Primaria**

La Educación Primaria constituye el segundo nivel de la Educación Básica Regular y dura seis años. Al igual que los otros niveles, su finalidad es educar integralmente a niños y niñas.

Promueve la comunicación en todas las áreas, el manejo operacional del conocimiento, el desarrollo personal, espiritual, físico, afectivo, social, vocacional y artístico, el pensamiento lógico, la creatividad, la adquisición de habilidades necesarias para el despliegue de potencialidades del estudiante, así como la comprensión de hechos cercanos a su ambiente natural y social.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Diseño Curricular Nacional de la EBR y sus fundamentos. (s.f.).[consulta 12 diciembre 2016]  
<http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/DisenoCurricularNacional.pdf>.

## EDUCACION EN AREQUIPA

### EDUCACION EN AREQUIPA

En el 2011 Arequipa tuvo un total de 339396 estudiantes matriculados en distintos niveles educativos. De este total, 81%, es decir, 276042 estudiantes, cursaron sus estudios en Arequipa Metropolitana. A nivel departamental, 194726 estudiantes asistieron a instituciones educativas públicas y 146018 a instituciones privadas.

Es importante ver estas cifras en mayor detalle y relacionarlas con las estadísticas del último año censal 2007. La matrícula en educación inicial creció de 37742 en el 2007 a 46030 alumnos en el 2011, pero la educación primaria mostró una baja de 135130 a 129663 matriculados.

Mientras tanto, hay un importante aumento de instituciones educativas, cuyo total (incluyendo públicas y privadas) creció de 3986 en el 2008 a 4111 en el 2011. También ha crecido el número de docentes de todos los niveles y especialidades de un total de 21689 en el 2007 a 24431 en el 2011.

La infraestructura educativa creció entre los años 2007 y 2011, también el número de docentes, pero hay un preocupante descenso de la escolaridad en las provincias con mayor población rural.<sup>36</sup>

#### ▪ FORTALECIMIENTO DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Antes de describir el proceso de promoción de la salud, entendamos el concepto de salud que sustenta su accionar: “Es el equilibrio armonioso de las áreas física, social y espiritual que le permite a la persona un desarrollo humano integral”

---

<sup>36</sup> Educacion en Arequipa. (s.f.). <http://www.arequipaperu.org/educacion>.

Esta definición destaca la integralidad de la persona y la necesidad de dotarla de conocimientos y herramientas para que alcance las posibilidades de realización plena. La promoción de la salud propone construir una cultura de la salud, que involucra la responsabilidad personal y social.

- **Promoción de Salud**

El Ministerio de Salud, en sus “Lineamientos de Política del Sector 2001-2012”, señala en primer lugar a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, considerando para el trabajo intersectorial a Educación como el sector por excelencia para el trabajo de promoción de la salud, en la medida en que interviene en la formación de la niñez y adolescencia y porque la escuela promueve estilos y ambientes generadores de salud integral.

La Dirección General de Promoción de la Salud es la instancia responsable de cumplir con dicha tarea, por esta razón impulsó el Convenio Marco Intersectorial con Educación para fortalecer en las Instituciones Educativas las acciones de promoción de la salud.

La promoción de la salud, a diferencia de la prevención, que se dirige al individuo y que busca reducir la incidencia actuando sobre los factores de riesgo, fortalece la participación colectiva favoreciendo los factores que contribuyen al mantenimiento o mejoramiento de la salud. Estos factores se denominan determinantes de la salud y son:

Los internos, corresponden a las personas, su naturaleza biológica y genética y el estilo de vida desarrollado (hábitos, alimentación, recreación, actividad física, modos de pensar, entre otros).

Los externos, se refieren a los entornos físicos, sociales, económicos y culturales, así como los servicios sanitarios básicos, su calidad, accesibilidad, entre otros.

La promoción de la salud coloca en el primer lugar de su acción a la niñez, con el propósito de proteger sus derechos y su potencial cognitivo, emocional, social y físico, para un desarrollo óptimo en las etapas siguientes del ciclo vital.

○ **Docente: promotor de salud**

El docente promotor de la salud, es una figura de referencia social y se convierte en un modelo a imitar, es un observador permanente de las actitudes, aptitudes y expectativas del niño/a, la familia y la comunidad, con respecto su educación y su salud. En su ejercicio como promotor de salud escolar, el docente debe tener siempre presente aspectos como los expuestos por Losi (1995); quien afirma que la salud representa un derecho biológico y social de la vida, y la calidad de la misma es el reflejo del éxito o el fracaso en el proceso educativo y la vida en general, siendo la escuela el lugar preferencial para el inicio y la continuidad de estrategias preventivas para mejorar el nivel de salud y en consecuencia la calidad de vida

- Desarrollar la vigilancia y control de la buena salud, siendo capaz de detectar signos que afecten la salud y el rendimiento de cada niño y niñas.
- Fomentar la cooperación y la autogestión en la escuela, a través de un espíritu solidario que le permita conformar grupos de trabajos civiles y profesionales que sirvan de apoyo para alcanzar el bienestar de todos..
- Promover la creación de modelos educativos basados en experiencias y conocimientos de los actores del entorno escolar; para ello es fundamental que practique la comunicación clara y directa.
- Ejercer un liderazgo significativo, mediante el cual desarrolle la sensibilidad, el sentido de pertenencia, la solidaridad y la empatía.

- Promover la reflexión entorno a los problemas biopsicosociales que se presentan en el ambiente en el que se desarrollan del niño/a con el propósito de determinar su influencia en el proceso evolutivo, y plantear soluciones enfocadas en la defensa de la calidad de vida.
- Diseñar estrategias educativas en función de la problemática de la salud existente.

Es importante destacar las condiciones que favorecen el ejercicio del liderazgo en el maestro promotor de salud:

- Dedicar una alta dosis de su tiempo en calidad y cantidad de atención dirigida al niño y la niña.
- Ser un organizador de metodologías y conocimientos, que lo conviertan en planificador de estrategias.
- Orientar de manera adecuada las oportunidades que favorezcas la promoción de la salud.<sup>37</sup>

- **PROGRAMA DE SALUD BUCAL DE LA OMS/OPS**

La (OMS), en colaboración con la comunidad internacional de salud bucal, coordina alianzas globales con el fin de compartir responsabilidades para implementar una estrategia global.

Las actividades de la OMS abarcan la promoción, la prevención y el tratamiento, como son:

- La promoción desde un enfoque basado en los factores de riesgo comunes.

---

<sup>37</sup> Guía de Gestión de la Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud. (s.f.).  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/guiadegestion.pdf>.

- Los programas de fluorización para mejorar el acceso a los fluoruros en los países de bajos ingresos.
- El apoyo técnico a los países que están integrando la salud bucodental en sus sistemas de salud pública.

A través del marco de escuelas de promoción de la salud de la OMS, desde 1995, diseña programas para mejorar la salud de niños, personal escolar, familias y otros miembros de la comunidad a través de los colegios.

Esta iniciativa consiste en cuatro amplias estrategias:

- Capacidad de interceder en programas de salud escolar mejorados.
- Crear redes y alianzas para el desarrollo de escuelas promotoras de la Salud.
- Fortalecimiento de la capacidad nacional.
- Investigar para mejorar los programas de salud en las escuelas.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú Pag 105. (s.f.).

### 3.2. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 2. ANTECEDENTES LOCALES

- a. **TÍTULO: “HÁBITOS DE HIGIENE BUCODENTAL EN ALUMNAS DE SECUNDARIA DEL COLEGIO ESCLAVAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, AREQUIPA-2008.”**

**AUTORA:** Rosa Elizabeth Hualla Mariño

**RESUMEN:**

El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo con la finalidad de tener un mejor conocimiento sobre los Hábitos de Higiene bucodental en alumnas de secundaria del Colegio Esclavas del Sagrado Corazón de Jesús.

El universo de estudio fue de 372 alumnas teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; a las cuales se les realizó una encuesta para la recolección de datos, los cuales fueron sistematizados constituyendo una matriz de datos en el programa Epi-info versión 2000; dicho estudio fue realizado en el mes de mayo del año 2008 y entre los principales hallazgos se encontró: que la frecuencia de cepillado en el 41.7% de las alumnas fue de 2 veces al día y en el 48.1% el momento en que lo hacen es después de los alimentos y al acostarse; el 56.7% de las unidades de estudio tarda aproximadamente más de 1 minuto en cepillarse los dientes y la frecuencia con la que cambian su cepillo dental en el 34.1% es sólo cuando sea necesario.

El 42.2% de las alumnas usa hilo dental, de ellas el 60.5% lo hace sólo 1 vez al día y el 28% lo usa antes del cepillado.

El uso de enjuagues bucales se dio en el 66.4% de las alumnas. La frecuencia con la que lo usan el 40.5% de ellas es 1 vez al día; el 75.3% tiene el enjuague en boca aproximadamente 1 minuto y el 96% de dichas alumnas usa el colutorio después del cepillado.

El hábito del consumo de alimentos entre comidas se dio en un 90.3% y el 59% de éstos alimentos son carbohidratos, golosinas y gaseosas.

El 95.7% de las alumnas visita al odontólogo, mientras que el 2,4% de ellas nunca lo visitó; la frecuencia con la que acuden al odontólogo en el 65.2% es aproximadamente cada 6 meses y el 27.2% lo visita sólo cuando lo amerita.

### **3. ANTECEDENTES NACIONALES**

**TITULO: 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.**

**AUTOR: Zambrano S.**

#### **RESUMEN:**

En Ancash se realizó un estudio de tipo cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial del sector privado 16 del Distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote para lo cual se aplicó una encuesta a los docentes de las diez instituciones designadas. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas,

conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de experiencia, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 73,3% mostró un nivel regular y el 26,7% tuvo un nivel bueno. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 90% tuvo un nivel bueno y el 10% un nivel regular sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 60% tuvo nivel regular, el 23,3% tuvo un nivel malo y un 16,7% tuvo nivel bueno y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 50% mostró un nivel regular, el 33,3% tuvo un nivel bueno, y un 16,7% tuvo un nivel malo.

**a. TITULO: 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**

**AUTOR:** León H.

**RESUMEN**

En Ancash se realizó un estudio cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo en tutores y padres de familia de niños de nivel inicial en los distritos de Chimbote y Nuevo Chimbote, provincia del Santa, región Ancash, para determinar el nivel de conocimiento de salud bucal, aplicando una encuesta estructurada y de manera voluntaria en 5 instituciones designadas.

El nivel de conocimiento sobre salud bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de matrimonio, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo.

En general, sobre conocimiento en salud bucal el 63,5% mostró un nivel regular y el 36,5% tuvo un nivel malo. 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.

**a. TITULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN TUTORES Y PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE EDUCACIÓN INICIAL DEL DISTRITO DE LA ESPERANZA, DPTO. LA LIBERTAD. 2011.**

**AUTOR:** Ríos C

#### **RESUMEN**

Se realizó un trabajo de tipo cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo; tuvo como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento de Salud bucal en los

tutores y padres de familia de nivel inicial en el Distrito de La Esperanza, Provincia de Trujillo, Región La Libertad durante el año 2011, para lo cual se aplicó una encuesta estructurada de manera voluntaria de cinco instituciones designadas. El nivel de conocimiento sobre Salud Bucal se dividió en conocimiento sobre medidas preventivas, conocimiento sobre enfermedades bucales y conocimiento sobre desarrollo dental; así mismo se relacionó cada aspecto del nivel de conocimiento con el tiempo de matrimonio, la edad y el sexo de los encuestados. Se dividieron los resultados en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 77,4% mostró un nivel regular y el 22,6% tuvo un nivel malo. En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, el 64,2% tuvo un nivel regular y el 30,2% un nivel bueno; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, el 75,5% tuvo nivel malo, el 22,6% tuvo un nivel regular y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el 62,3% mostró un nivel malo, el 35,8% tuvo un nivel regular Y respecto a conocimiento de hábitos bucales hubo un 100% de desconocimiento, así mismo la asociación de hábitos con maloclusiones con un 47,2% negativo, que manifiesta la realidad en esta área. En el nivel de conocimiento en medidas preventivas según grupo etáreo, el nivel más predominante fue de 24,5% ubicado en el nivel regular en el grupo de 26 a 30 años. El nivel de conocimiento más predominante en medidas preventivas según sexo fue de 58,5% ubicado en el nivel regular del sexo femenino. El nivel de conocimiento más predominante sobre medidas de prevención en salud bucal según tiempo de casado/convivencia fue de 37,7% ubicado en el nivel regular

en el grupo de 6 a 10 años. El nivel de nivel de conocimiento sobre enfermedades bucales más predominantes según grupo etario fue de 30,2% ubicado en el nivel malo en el grupo de 26 a 30 años.

#### 4. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**a. TITULO: EVALUACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD ORAL EN DOCENTES DE BÁSICA PRIMARIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS.**

**AUTOR:** Alzamora y col

##### **RESUMEN**

Esta investigación de tipo descriptivo, tuvo como población de estudio, docentes de Básica Primaria que laboran en 14 Instituciones Educativas del Distrito de Cartagena de Indias, se encontró que la mayoría de los docentes no han recibido instrucción profesional para manejar el tema con sus estudiantes, sino que están supeditados a sus propias experiencias, a las campañas realizadas por empresas comercializadoras de productos de aseo personal o a Instituciones de Educación Superior que realizan proyección social y en las que los mismos son excluidos.

**b. TITULO: SALUD BUCAL EN PREESCOLARES Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL DE SUS MADRES, EN ESCUELAS PÚBLICAS Y PRIVADAS DE SAN LORENZO, PARAGUAY**

**AUTORA:** Marta Inés Ferreira Gaona,

**RESUMEN**

Introducción: Las enfermedades bucodentales afectan a gran parte de la población, en especial a niños cuyos padres no cuentan con conocimientos acerca de la manera de prevenirlas. Objetivo: Interrelacionar el estado de salud bucal en preescolares y el nivel conocimientos de higiene bucal que tienen sus madres, según asistan a escuelas públicas o privadas de la ciudad de San Lorenzo, Paraguay en el año 2012. Materiales y Métodos: Estudio transversal llevado a cabo en niños de 4 a 5 años. Para evaluar el conocimiento se realizó una encuesta con 7 preguntas cerradas. El examen clínico de los niños se efectuó en condiciones estandarizadas. Las escuelas se seleccionaron por muestreo probabilístico y los sujetos en forma consecutiva. Resultados: Fueron evaluados 221 niños en 8 escuelas. La participación fue del 57%. El índice ceo-d fue de 2,54 (DE=3,72) para escuelas privadas y 3,02 (DE=4,10) para escuelas públicas. El tipo de escuela al que asiste el niño y el conocimiento de la madre presentaron asociación estadísticamente significativa. Conclusión: En las escuelas públicas existe un nivel de salud bucodental más bajo y un menor número de madres con alto conocimiento, mientras que en las privadas el menor número tiene conocimiento medio.

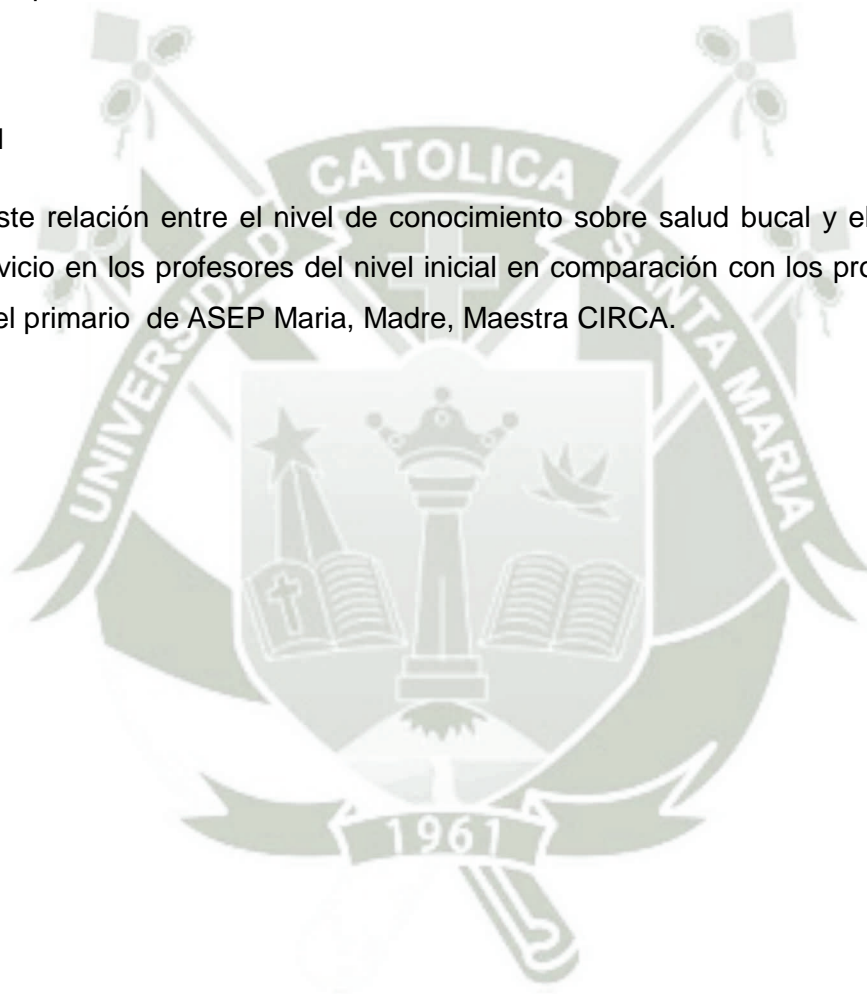
#### 4. HIPÓTESIS

Ho 1

No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio en los profesores del nivel inicial en comparación con los profesores de nivel primario de ASEP Maria, Madre, Maestra CIRCA.

Hi 1

Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio en los profesores del nivel inicial en comparación con los profesores de nivel primario de ASEP Maria, Madre, Maestra CIRCA.





# **CAPITULO II**

# **PLANTEAMIENTO**

# **OPERACIONAL**

## 1. TECNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

### 1.1. TECNICA

#### 1.1.1. PRECISION DE LA TECNICA

Se precisó la técnica de cuestionario para recoger la información de las variables investigativas.

#### 1.1.2. ESQUEMATIZACION

VARIABLES	TECNICA	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre salud bucal de profesores de nivel inicial	Cuestionario	Formulario de preguntas
Tiempo de servicio	cuestionario	Formulario de preguntas

#### 1.1.3. DESCRIPCION DE LA TECNICA

Los instrumentos que se utilizarán para la presente investigación son las siguientes: Encuestas, Se modificó el cuestionario de Zambrano, León y Ríos, aplicando posteriormente una prueba piloto a 10 docentes de un colegio del distrito de Jose Luis Bustamante y Rivero, para evaluar los aspectos de forma y estructura del cuestionario (semántica, redacción y grado de dificultad en el desarrollo del cuestionario) y proceder a corregir todo lo que sea necesario, obteniendo un 10 como mediana del piloto.

## 1.2. INSTRUMENTO

### 1.2.1. INSTRUMENTO DOCUMENTAL

Como instrumento documental se utilizó Formulario de preguntas.

### 1.2.2. PRECISIÓN DEL INSTRUMENTO

Se utilizará un solo instrumento documental de tipo cuestionario, cuyas preguntas llevarán implícitas todas las variables para alcanzar los objetivos. Se elaboró un cuestionario de 20 preguntas con respuestas cerradas sobre temas de salud bucal.

El puntaje fue de 0 a 20 según el Ministerio de Educación del Perú; se utilizó el método estadístico de la V de Aiken, para la obtención de los resultados, obteniendo como resultado final, un valor de 0.95. La prueba que se utilizó fue el Coeficiente de Validez (V de Aiken).

Particularmente, es esencial desarrollar la validez y confiabilidad de un instrumento cuando se trata de un intento para medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los profesores de nivel inicial y primario; por lo general esto se utiliza para la comparación de las respuestas de esos individuos.

La corroboración adicional resulta al aplicar una escala de calificación según el Ministerio de Educación:

AD (muy bueno) 18-20 puntos,

A (bueno) 15-17 puntos,

B (regular) 11-14 puntos y

C (malo) 0-10 puntos.

### 1.2.2.1. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE		INDICADORES		SUBINDICADORES
Nivel de conocimientos sobre salud bucal	1	Higiene Bucal	1 2 3	Métodos Físicos Métodos Químicos Métodos Auxiliares
	2	Enfermedades bucales	1 2 3	Caries Gingivitis Periodontitis
	3	Cronología Dentaria	1 2	Dentición decidua Dentición permanente
	4	Dieta y Nutrición	1 2 3	Dieta Potencial Cariogénico de la dieta Nutrición
Años de servicio	1 2 3 4 5 6 7	Menos de 6 años 6-11 años 12-17 años 18-23 años 24-29 años 30-35 años 36 a más años		

### 1.2.2.2. INSTRUMENTOS MECANICOS

Como instrumentos mecánicos se utilizó:

- Computadora
- Impresora

▪ **Materiales**

- Útiles de escritorio
- Hojas de papel
- Folder

## 2. CAMPO DE VERIFICACION

### 2.1. AMBITO ESPACIAL

La investigación se llevó a cabo en las instituciones de nivel amical y primario de ASEP María Madre Maestra del distrito de Paucarpata, la cual fue dirigida solo a los profesores pertenecientes a estas instituciones.

### 2.2. UNIDADES DE ESTUDIO

#### a. Alternativa

Grupos

#### b. Identificación de los grupos

Profesores de nivel inicial

Profesores de nivel primario

#### c. Control de los grupos

##### c.1 Criterios de inclusión

- Ser docente de inicial y primaria de ASEP MARIA MADRE Y MAESTRA CIRCA.
- Ser profesor del Distrito de Paucarpata.
- Que acepte participar.

#### d. Criterios de exclusión

- No ser docente del nivel inicial y/o primario de ASEP MARIA MADRE Y MAESTRA CIRCA.
- Ser profesional de la salud.

**e. Asignación de unidades de estudio a cada grupo**

- N1= 28 profesores
- N2= 79 profesores

**f. Tamaño de los grupos**

- N1= 28 profesores
- N2= 79 profesores

**g. Formalización de los grupos**

Grupos	N°
<b>Profesores Nivel Inicial</b>	<b>28</b>
<b>Profesores Nivel Primario</b>	<b>79</b>

**h. Temporalidad**

Esta investigación duro 1 mes.

**3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION**

**3.1. Organización**

Primero se envió la solicitud dirigida a la Srta. Alicia Medina Bravo coordinadora de CIRCA- MAS. Solicitando permiso y autorización para la realización de la investigación.

Posteriormente me presente en cada institución para coordinar el día y la hora para la realización de las encuestas en cada centro educativo.

### 3.2. Recursos

Recursos Humanos

- Investigadora: Verónica Gloria Pola Díaz
- Asesor: Dra. Elsa Carmela Vásquez Huerta.

Recursos Físicos

- Centro educativos de inicial y primaria de ASEP MARIA MADRE Y MAESTRA CIRCA.

Recursos económicos

Presupuesto propio del Investigador

## 4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

### 4.1. A nivel de sistematización

#### 4.1.1. Tipo de procesamiento

Los datos fueron procesados de manera manual y electrónica (computadora). El ordenamiento de los datos será electrónico mediante el uso del programa SPSS (programa estadístico

informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado)

#### 4.1.2. Plan de operaciones

- Clasificaciones: Una vez aplicado los instrumentos, la información será ordenada en un matriz de sistematización.
- Recuento: Se realizara en forma automática considerando el número de las unidades de estudio.
- Tabulaciones: se empleo cuadros simples de doble entrada.
- Graficación: Se graficara a barras comparativas.

#### 4.2. Plan de Analisis

##### a. Tipo de Analisis

Relacional bivariado, comparativo

##### b. Tratamiento estadístico

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICION	ESTADISTICA DESCRIPTIVA	PRUEBAS
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL	Dependiente	Ordinal	Frecuencias absolutas	Ji cuadrado
TIEMPO DE SERVICIO	Independiente	Razón		Ji cuadrado



# **CAPITULO III**

# **RESULTADOS**

## ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

**TABLA 1**

### NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE PROFESORES DE NIVEL INICIAL

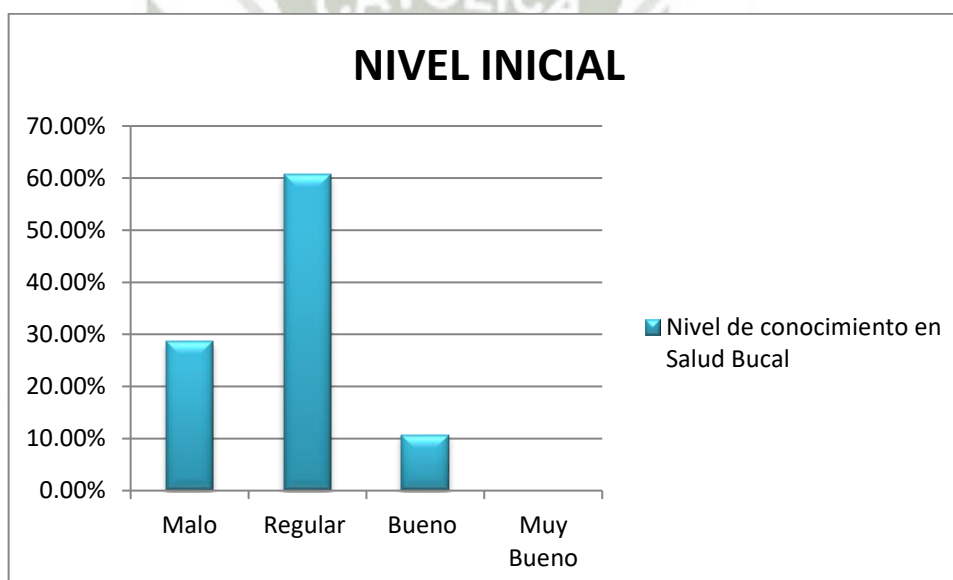
Nivel	Nivel de Conocimiento en Salud Bucal								Total	
	Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Inicial	8	28.57	17	60.71	3	10.71	0	0.00	28	100

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

### INTERPRETACION

El nivel de conocimiento predominante para los docentes de nivel inicial es regular con una representación de 60.71%.

GRAFICO 1



FUENTE: ELABORACION PROPIA

**TABLA 2**

**TIEMPO DE SERVICIO DE PROFESORES DE NIVEL INICIAL**

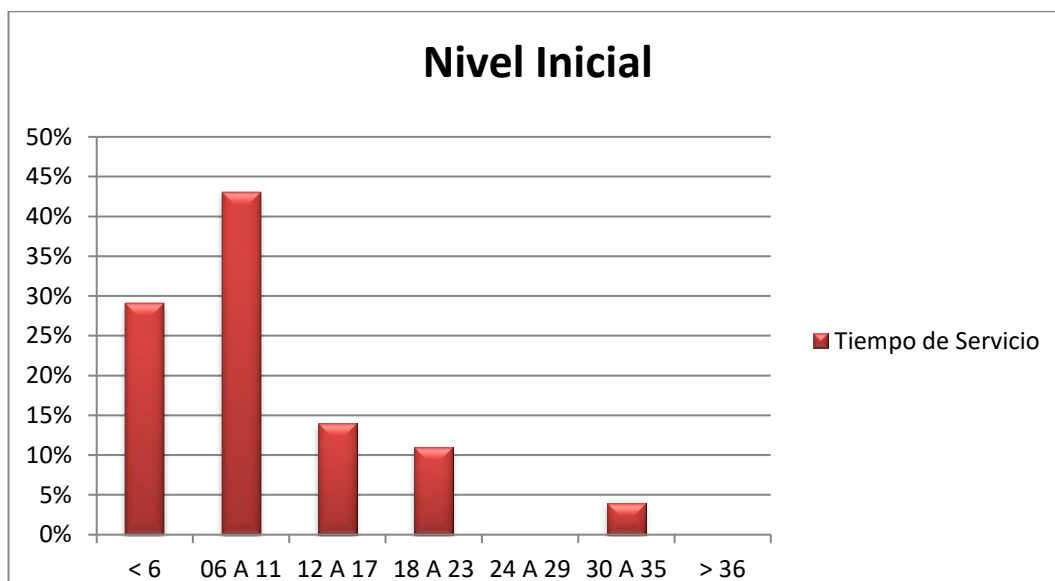
Nivel	Años de Servicio	Total	
		Frecuencia	%
Inicial	Menor de 6	8.00	29
	De 6 a 11	12.00	43
	De 12 a 17	4.00	14
	De 18 a 23	3.00	11
	De 30 a 35	1.00	4
	Total	28	100

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

**INTERPRETACION**

No se tienen profesores en el rango de 24 a 29 que enseñen en nivel inicial.

GRAFICO 2



FUENTE: ELABORACION PROPIA

**TABLA 3**

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD  
BUCAL Y EL TIEMPO DE SERVICIO EN PROFESORES DE NIVEL  
INICIAL**

Nivel	Años de Servicio	Nivel de Conocimiento General en Salud Bucal								Total	
		Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Inicial	Menor de 6	3	37.5	5	62.5	0	0.0	0	0.00	8	29
	De 6 a 11	3	25.0	8	66.7	1	8.3	0	0.00	12	43
	De 12 a 17	1	25.0	1	25.0	2	50.0	0	0.00	4	14
	De 18 a 23	1	33.3	2	66.7	0	0.0	0	0.00	3	11
	De 30 a 35	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.00	1	4
	Total	8	28.57	17	60.71	3	10.71	0	0.00	28	100

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

$\chi^2 = 8,902$

gl = 8

p = 35.1%

**INTERPRETACIÓN:**

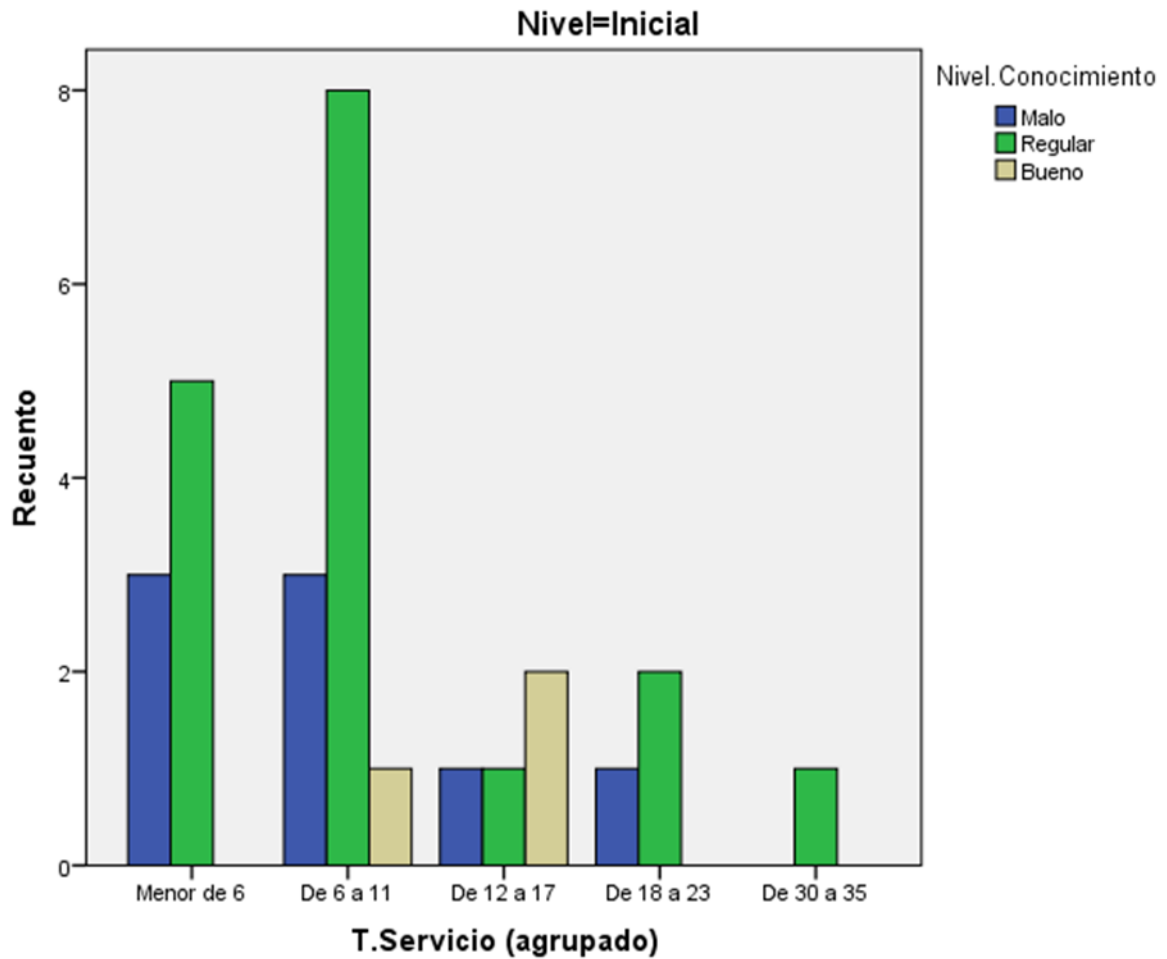
No se tienen profesores en el rango de 24 a 29 que enseñen en nivel inicial.

El nivel de conocimiento predominante para los profesores de nivel inicial es regular con una representación de 60.71%.

En el nivel inicial no se tienen profesores con un nivel de conocimiento muy bueno.

De acuerdo a la prueba Chi Cuadrado ( $\chi^2 = 8.902$  y  $p = 0,351$ ) no muestra dependencia entre el Nivel de conocimiento en General y los años de servicio de los profesores que enseñan en nivel inicial.

GRAFICO 3



FUENTE: ELABORACION PROPIA



**TABLA 4**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE PROFESORES DE**  
**NIVEL PRIMARIO**

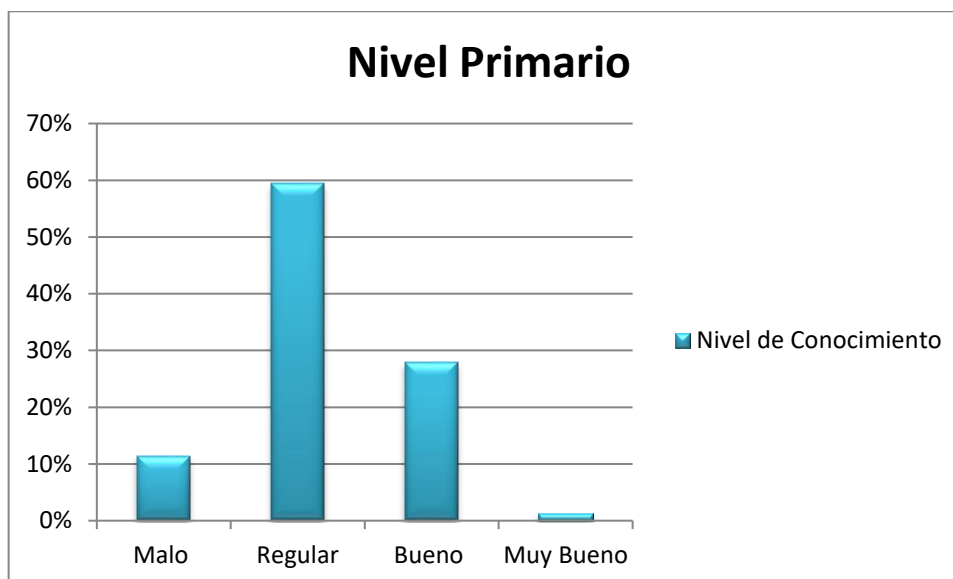
Nivel	Años de Servicio	Nivel de Conocimiento en Salud Bucal								Total	
		Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Total		9	11.39	47	59.49	22	27.85	1	1.27	79	100%

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

#### INTERPRETACION

El nivel de conocimiento predominante para los docentes de nivel primario es regular con una representación de 59.49%.

GRAFICO 4



FUENTE: ELABORACION PROPIA



**TABLA 5**

**TIEMPO DE SERVICIO DE PROFESORES DE NIVEL PRIMARIO**

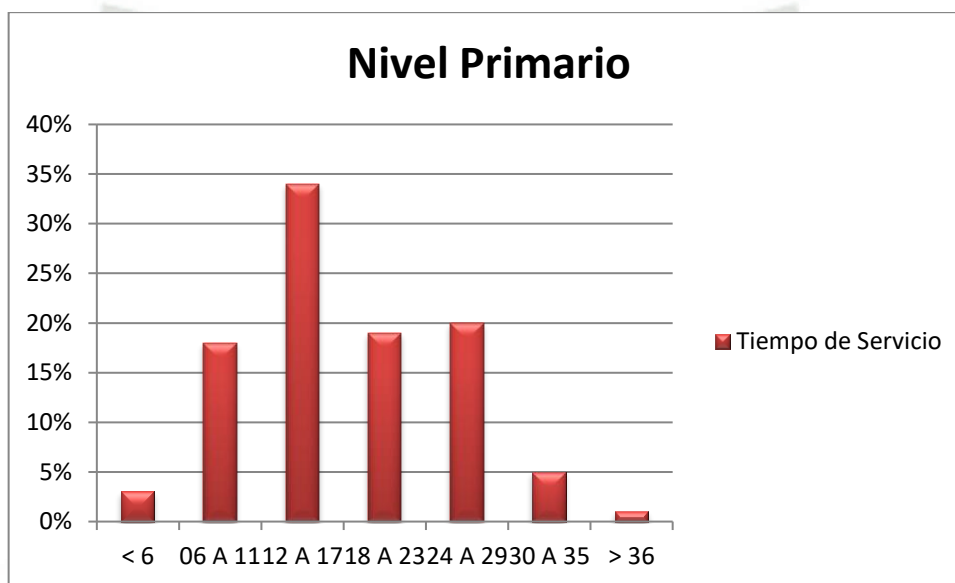
Nivel	Años de Servicio	Total	
		Frecuencia	%
Primaria	Menor de 6	2.00	3
	De 6 a 11	14.00	18
	De 12 a 17	27.00	34
	De 18 a 23	15.00	19
	De 24 a 29	16.00	20
	De 30 a 35	4.00	5
	FUENTE: MATRIZ DE DATOS De 36 a más	1.00	1
	Total	79	100.0

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

**INTERPRETACION**

Se tiene en la mayor cantidad de profesores en el rango de 12 a 17 años representada por un 34%

GRAFICO 5



FUENTE: ELABORACION PROPIA

**TABLA 6**  
**RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL Y EL TIEMPO DE SERVICIO EN PROFESORES DE NIVEL PRIMARIO**

Nivel	Años de Servicio	Nivel de Conocimiento General en Salud Bucal								Total	
		Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Primaria	Menor de 6	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.00	2	3
	De 6 a 11	2	14.3	6	42.9	6	42.9	0	0.00	14	18
	De 12 a 17	4	14.8	17	63.0	6	22.2	0	0.00	27	34
	De 18 a 23	2	13.3	8	53.3	4	26.7	1	6.67	15	19
	De 24 a 29	1	6.3	12	75.0	3	18.8	0	0.00	16	20
	De 30 a 35	0	0.0	2	50.0	2	50.0	0	0.00	4	5
	De 36 a mas	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.00	1	1
	Total	9	11.39	47	59.49	22	27.85	1	1.27	79	100

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

$X^2 = 10.939$

gl = 18

p = 89.7%

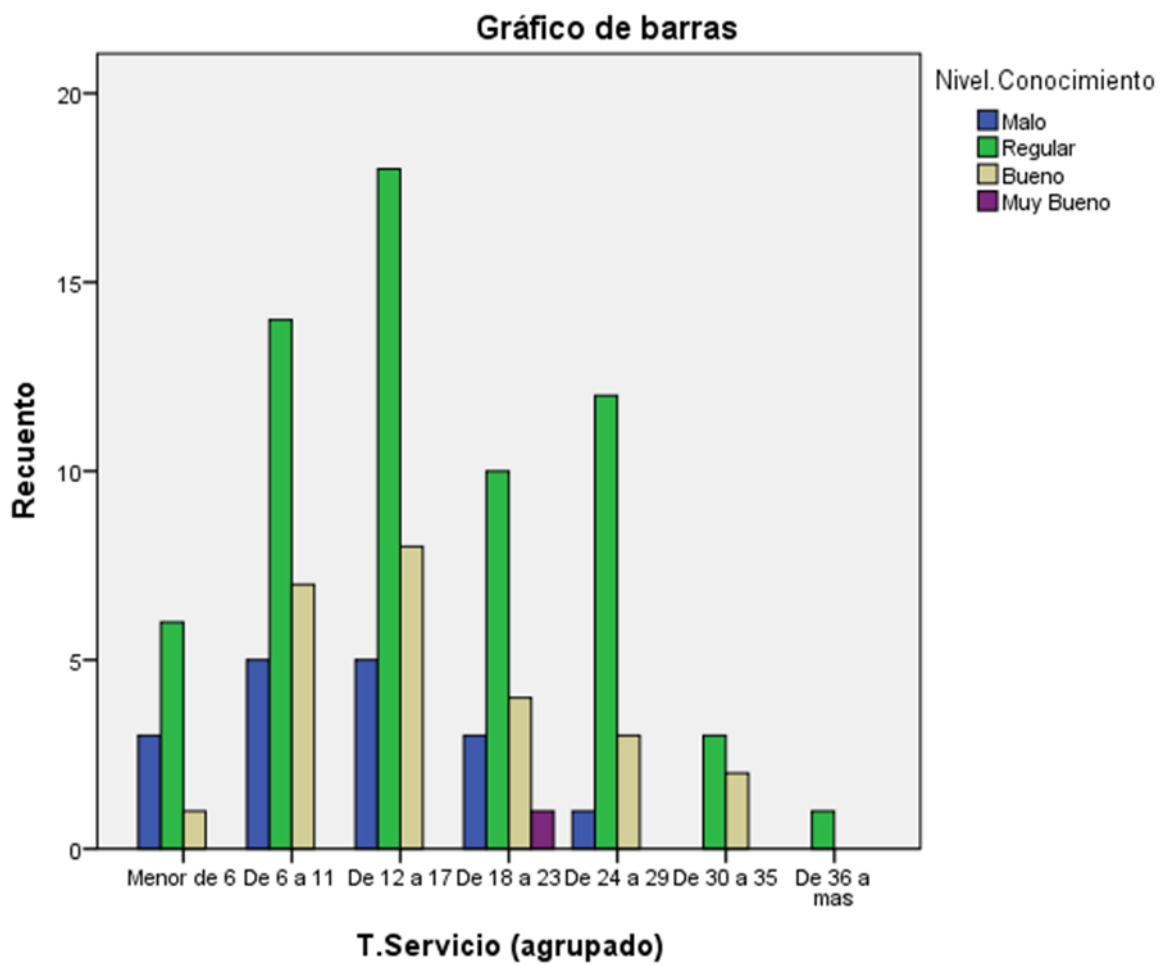
**INTERPRETACIÓN:**

El nivel de conocimiento predominante para los profesores de nivel primario es regular con una representación de 59.49%.

En el nivel primario se tiene un docente con nivel de conocimiento muy bueno el cual se encuentra en el rango de 18 a 23 años.

De acuerdo a la prueba Chi Cuadrado ( $X^2 = 10.939$  y  $p = 0,897$ ) no muestra dependencia entre el Nivel de conocimiento en General y los años de servicio de los docentes que enseñan en nivel primario.

GRAFICO 6



FUENTE: ELABORACION PROPIA

**TABLA 7**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PROFESORES  
DE NIVEL INICIAL Y PRIMARIO**

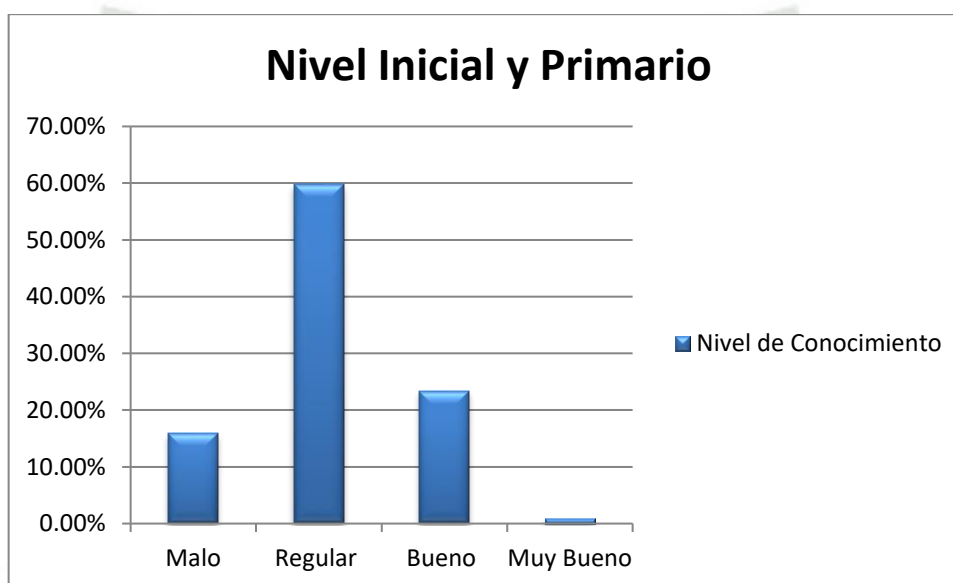
Años de Servicio	Nivel de Conocimiento en Salud Bucal								Total	
	Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Total	17	15.89	64	59.81	25	23.36	1	0.93	107	100

FUENTE : MATRIZ DE DATOS

**INTERPRETACION**

El nivel de conocimiento de todos los profesores considerando los de nivel inicial y primario es regular con una representación del 59.81%.

**GRAFICO 7**



FUENTE: ELABORACION PROPIA

**TABLA 8**  
**TIEMPO DE SERVICIO DE PROFESORES DE NIVEL INICIAL Y PRIMARIO**

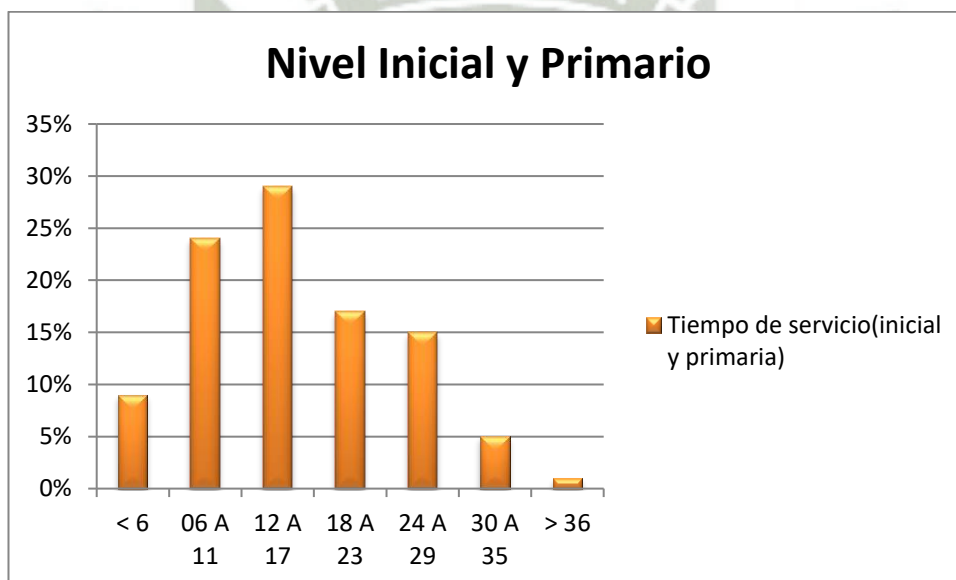
Años de Servicio	Total	
	Frecuencia	%
Menor de 6	10.00	9
De 6 a 11	26.00	24
De 12 a 17	31.00	29
De 18 a 23	18.00	17
De 24 a 29	16.00	15
De 30 a 35	5.00	5
De 36 a mas	1.00	1
Total	107	100%

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

#### INTERPRETACION

La mayoría de profesores tanto del nivel inicial y primario se encuentra en el rango de 12 a 17 años de servicio.

GRAFICO 8



FUENTE: ELABORACION PROPIA

**TABLA 9**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN PROFESORES  
DE NIVEL INICIAL Y PRIMARIO EN RELACION A SUS AÑOS DE  
SERVICIO.**

Años de Servicio	Nivel de Conocimiento General en Salud Bucal								Total		
	Malo		Regular		Bueno		Muy Bueno				
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Menor de 6	3	30.0	6	60.0	1	10.0	0	0.00	10,00	9%	
De 6 a 11	5	19.2	14	53.8	7	26.9	0	0.00	26,00	24%	
De 12 a 17	5	16.1	18	58.1	8	25.8	0	0.00	31,00	29%	
De 18 a 23	3	16.7	10	55.6	4	22.2	1	5.56	18,00	17%	
De 24 a 29	1	6.3	12	75.0	3	18.8	0	0.00	16,00	15%	
De 30 a 35	0	0.0	3	60.0	2	40.0	0	0.00	5,00	5%	
De 36 a mas	0	0.0	1	100.0	0	0.0	0	0.00	1,00	1%	
<b>Total</b>	17	15.89	64	59.81	25	23.36	1	0.93	107,00	100%	
X <sup>2</sup> = 11.356				gl =18				p = 87.9			

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

FUENTE: MATRIZ DE DATOS

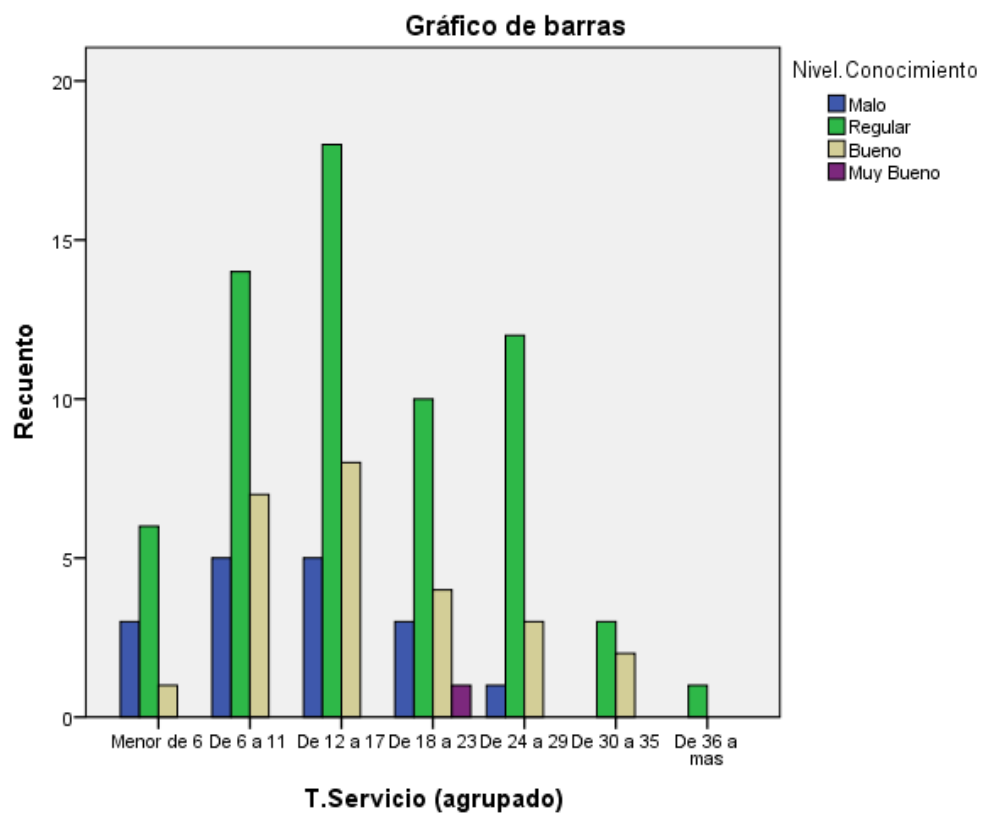
**INTERPRETACIÓN:**

Como se puede apreciar en esta tabla general, todos los rangos caen en el nivel de conocimiento regular con una ligera tendencia hacia el nivel de conocimiento bueno, lo cual contrasta con las tablas anteriores.

Solo existe un docente en general que logro el nivel de conocimiento muy bueno.

De acuerdo a la prueba Chi Cuadrado ( $X^2 = 11.356$  y  $p = 0,879$ ) no muestra dependencia entre el Nivel de conocimiento en General y los años de servicio de los docentes, lo cual contrasta con las tablas anteriores.

GRAFICO 9



FUENTE: ELABORACION PROPIA

## DISCUSION

En la presente investigación, se encontró que: 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%.

De manera general considerando a los profesores de nivel inicial y primario el nivel de conocimiento en salud bucal obtenido fue regular con un porcentaje del 59.81%. En comparación con los estudios realizados por León y Col(2011) y Rios los cuales mostraron lo siguiente :

El estudio realizado por León y Col (2011) en nuestro País mostro 63.5% de docentes evaluados, tuvo conocimientos de nivel regular en cuanto a salud bucal. El estudio realizado por Ríos en la Ciudad de Chimbote mostro en general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 77,4% mostró un nivel Regular. Siendo este nivel el mas representativo en las presentes investigaciones.

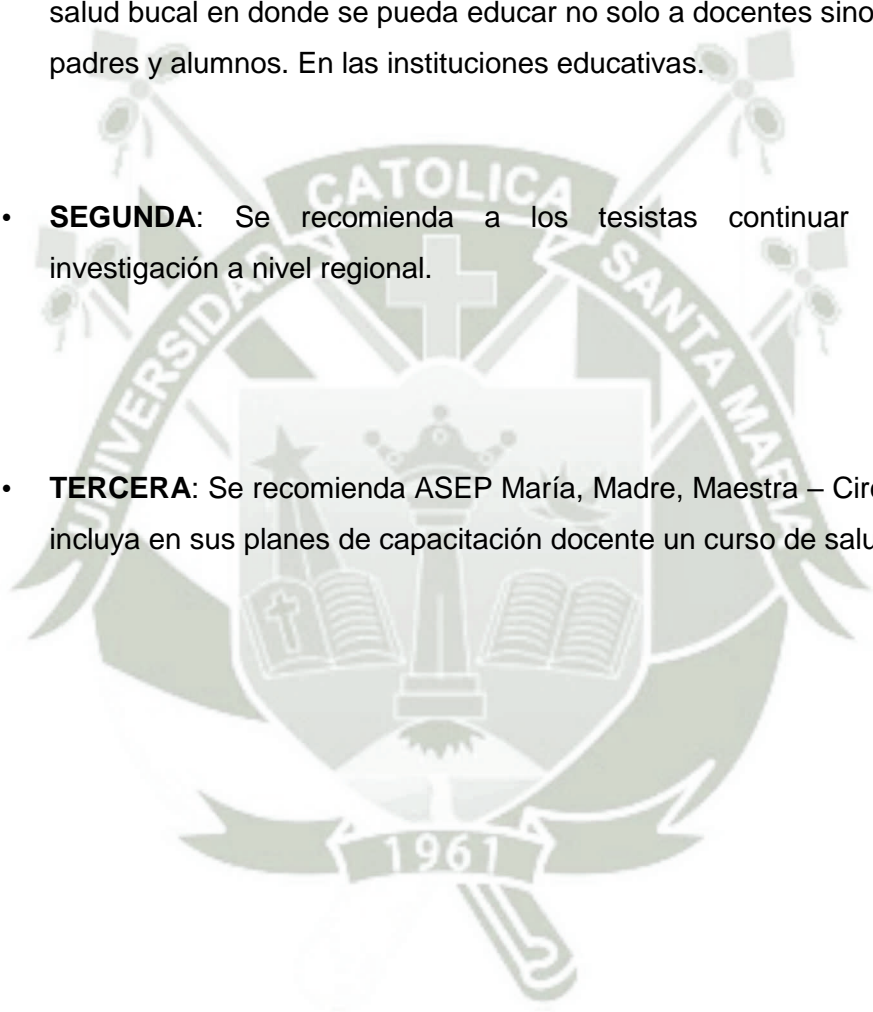
Los datos recopilados en este trabajo, fueron registrados en tablas elaboradas previamente, para su análisis posterior, las cuales fueron organizadas en una base de datos en Excel 2013, que luego se procesaron en el programa SPSS, que permitió establecer que realmente no existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y el tiempo de servicio, y la prueba chi cuadrado de Pearson, con una significancia estadística del 0,05 %, encontrando que no existe dependencia significativa.

## CONCLUSIONES

- **PRIMERA:** El nivel de conocimiento predominante para los docentes de nivel inicial es regular con una representación de 60.71%. No se tienen profesores en el rango de 24 a 29 años de servicio.
- **SEGUNDA:** El nivel de conocimiento predominante para los profesores de nivel primario es regular con una representación de 59.49%. En este nivel se tiene un profesor con un nivel de conocimiento muy bueno el cual se encuentra en el rango de 18 a 23 años de servicio.
- **TERCERA:** Como se puede apreciar en esta tabla general, todos los rangos caen en el nivel de conocimiento regular con una ligera tendencia hacia el nivel de conocimiento bueno, lo cual contrasta con las conclusiones anteriores.
- **CUARTA:** Se acepta la hipótesis nula y niega la hipótesis alternativa por los que no existe relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal y los años de servicio de los profesores de los niveles inicial y primario de ASEP María, Madre y Maestra.

## RECOMENDACIONES

- **PRIMERA:** Se recomienda al ministerio de Salud, implementar en el Programa de Salud Escolar, campañas sobre conocimientos básicos en salud bucal en donde se pueda educar no solo a docentes sino también a padres y alumnos. En las instituciones educativas.
- **SEGUNDA:** Se recomienda a los tesisistas continuar con esta investigación a nivel regional.
- **TERCERA:** Se recomienda ASEP María, Madre, Maestra – Circa. Que se incluya en sus planes de capacitación docente un curso de salud bucal.



## BIBLIOGRAFIA

Organización Mundial de la Salud, Centro de Prensa, Nota informativa, Salud Bucodental. Abril del 2012[consultado el 3 de marzo del 2017]  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

FERNANDEZ MODRAGON, P. D. (s.f.). *Manual Técnico Superior De Higiene Dental. Pág. 67*

Mc Donald, R, & Avery, D. (1996). *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. Madrid: Editorial Elsevier.

Lindhe, J., Torkild, K. & Noklaus, P. (2003). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Bordoni, N, Escobar, A & Castillo, R. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.

Herazo, B., (2012). *Clínica del sano en Odontología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.

Lindhe, J., Torkild, K. & Noklaus, P. (2003). *Periodontología Clínica e Implantología Odontológica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Guedes-Pinto, A., Bonecker, M., & Martins, C. (2011). *Odontopediatría*. Sao Paulo. Editorial Livraria Santos.

Nahas, M. (2009). *Odontopediatría de la Primera Infancia*. Sao Paulo: Librería Santos

Mc Donald, R, & Avery, D. (1996). *Odontología Pediátrica y del Adolescente*. Madrid: Editorial Elsevier.

Santos AP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. *Caries Res*. 2013; 47(5): 382-90.

Cury JA, Tenuta LM. Evidence-based recommendation on toothpaste use. *Braz Oral Res*. 2014; 28 Supl: 1-7

Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. Recomendación. En: *Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea] [actualizado en marzo de 2011] [consultado el 5 de enero de 2017]*. Disponible en: [http://www.aepap.org/previnfad/rec\\_bucodental.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_bucodental.htm)

American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies *Pediatr Dent Reference Manual*. 2014-2015; 36(6): 50-2.

Clark MB, Slayton RL; Section on Oral Health. Fluoride use in caries prevention in the primary care setting. *Pediatrics*. 2014; 134(3): 626-33.

Escobar, F. (2012). *Odontología Pediátrica*. Madrid: Editorial Ripano.

Enciclopedia-Salud.

<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/gingivitis>[consulta 27 de febrero]

Amsterdam JT. Oral medicine. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 8th

ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001059.htm>

SALETE, N. M. (s.f.). Odontopediatria en la primera infancia. Pag. 168.

VASQUEZ HUERTA, E. (s.f.). Salud Bucal y Nutricion. Pag. 49.

TABARES, I. (2002). La educacion como motor del desarrollo. Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas. (2005). *Escuelas Saludables*. Perú: Direccion General de Promocion de la Salud.

Diseño Curricular Nacional de la EBR y sus fundamentos. (s.f.).[12 dic 2016]  
<http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/DisenoCurricularNacional.pdf>.

Educacion en Arequipa. (s.f.). <http://www.arequipaperu.org/educacion>.

URIBE Gonzalo, CARDENAS Dario, Temprano no, a tiempo. 1era Edicion – Editorial CIB, Medellin 2014.

HENOSTROZA Gilberto, caries dental Principios y Procedimientos para el diagnostico. Edit. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1era edición, Lima, 2007.

## INFORMATOGRAFIA

PINEDA S. *Conocimiento sobre higiene oral en padres y Madres de familia y su relación con el nivel de Caries en individuos de 6 a 8 años de edad de la Unidad educativa municipal "eugenio espejo" enero del 2015* [tesis para optar el título de Cirujano Dentista].Universidad central del Ecuador; 2015.

DELGADO R. *Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica*. [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2012.

Zambrano S. *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en docentes de educación inicial del sector privado en el distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote, provincia de Santa Región Ancash, durante los meses mayo y junio en el año 2011*. [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011

León H. *Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal en Tutores y Padres de Familia de Niños de Educación Inicial en el distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote, Provincia del Santa, región Ancash, en el año 2011* [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011

Ríos C, *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia de niños de educación inicial del distrito de la esperanza, Dpto. La libertad*. 2011. [tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2011

Alzamora y col , *Evaluación de los conocimientos sobre prevención en salud oral en docentes de básica primaria de las instituciones educativas del distrito de cartagena de indias*; Vol. 1; No. 1; Diciembre de 2009; pág. 45–51

Piccolo de Herrera, Helen de Cassia. *Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de docentes y alumnos de las Escuelas de Educación Parvularia Centro América y Juana López*. Ubicado en: <http://www.redisal.org.sv/proyectos/view/805> .2008

Treviño ME. *Patrón cultural sanitario bucal familiar y enfermedad bucodental en preescolares*; Revista Invest. Científica (Barcelona); 2008;

4(2); Nueva época. 110 Mayo - Agosto 2008. ISSN 1870-8196 ;Unidad Académica de odontología ; Universidad Autónoma de Zacatecas

Díaz Martell Y, Hidalgo Gato Fuentes I; *Intervención educativa sobre Salud bucal en maestros de enseñanza primaria*; Rev. Méd. Electrón; [Seriada en línea] 2011; 33(1); Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol1%202011/tema08.htm> .

Bordoni G. *Percepción sobre el componente bucal de la salud en docentes de escuelas participantes en la práctica social curricular*; Lilacs . Asoc. Argent. Odontol. Niños ;Mar 2008; 37 (1):10-14.

Vásquez, *Conocimientos y prácticas en prevención de caries y gingivitis del preescolar, en educadores de párvulos de la junta nacional de jardines infantiles, de la provincia de Santiago*; Universidad de Chile facultad de medicina [Tesis]; 2007

Grilli, S. *Percepción sobre el componente bucal de la salud en docentes de escuelas participantes en la práctica social curricular*. Bol. Asoc. Argent. Odontol. Niños . Mar 2008; 37 (1):10-14.

## HEMEROGRAFIA

Santos AP, Oliveira BH, Nadanovsky P. Effects of low and standard fluoride toothpastes on caries and fluorosis: systematic review and meta-analysis. Caries Res. 2013; 47(5): 382-90.

Universidad europea de Madrid .El Conocimiento, trabajo de investigación 2002-2008 [http://www.esp.uem.es/isbc/trabajo\\_Conocimiento\\_Gorka.ppdf](http://www.esp.uem.es/isbc/trabajo_Conocimiento_Gorka.ppdf)

Luengas Aguirre, María .Salud Bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud .2004. <http://www.mex.pos.oms.org/documentos/publicaciones/hacia/a/03.pdf> 111.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001059.htm>

[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=39920&id\\_seccion=2082&id\\_ejemplar=4115&id\\_revista=64](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=39920&id_seccion=2082&id_ejemplar=4115&id_revista=64)

[http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/3/perdida\\_dental\\_patrones\\_caries\\_preescolares.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2004/3/perdida_dental_patrones_caries_preescolares.asp)

[http://www.aepap.org/previnfad/rec\\_bucodental.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_bucodental.htm)



# ANEXOS N°1

## MODELO DEL INSTRUMENTO

## UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

### FICHA DE ENCUESTA

#### I. DATOS GENERALES:

Colegio: \_\_\_\_\_

Tiempo de servicio docente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años

Nivel Inicial ( )

Nivel primario ( )

#### II. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

##### Instrucciones:

Esta encuesta está compuesta por 20 preguntas. Para contestar cada pregunta usted deberá escoger sólo una respuesta que será la que usted considere más adecuada, marque con una equis (X) dentro del paréntesis.

1. ¿Cuál es el momento mas importante para cepillarse los dientes?

- a) ( ) Al levantarse
- b) ( ) Después de comer
- c) ( ) Antes de acostarse
- d) ( ) No sabe

5. Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

- a) ( ) cepillo dental, pasta dental.
- b) ( ) Flúor, pasta dental, hilo dental.
- c) ( ) Cepillo dental, pasta dental, hilo dental, colutorio.
- d) ( ) No sé

3. Sabe para qué sirve el flúor dental?

- a) ( ) Para blanquear los dientes
- b) ( ) Para enjuagarse la boca
- c) ( ) Para fortalecer los dientes
- d) ( ) Para la halitosis

4. El enjuagatorio bucal se usa:

- a)  Antes del cepillado
- b)  Durante el cepillado
- c)  Después del cepillado
- d)  No sabe

5. El hilo dental sirve para:

- a)  eliminar resto de alimentos que están entre los dientes
- b)  limpiar los dientes
- c)  no sirve
- d)  no sabe

6. ¿Qué es la caries?

- a)  Es una bacteria en la boca
- b)  Es una enfermedad multifactorial
- c)  Es una enfermedad en la boca
- d)  No sé

7. La placa bacteriana es:

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

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)  No sé

9. La gingivitis es:

- a)  El dolor de diente
- b)  La inflamación de las encías
- c)  La enfermedad del labio
- d)  No sabe

10. ¿Por qué considera principalmente que a una persona le sangran las encías?

- a)  Porque no se cepilla
- b)  Porque se le mueve los dientes
- c)  Porque no visita al dentista
- d)  No sabe

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

- a)  Si
- b)  No
- c)  Quizas
- d)  No sabe

12. ¿Sabe cuántos dientes de leche tiene un niño?

- a)  10
- b)  20
- c)  24
- d)  No sabe

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

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

14. Un diente temporal (de leche) con caries puede afectar al diente permanente.

- a)  Sí afecta
- b)  No afecta
- c)  No sabe
- d)  Solo al temporal

15. ¿Son importantes los dientes de leche?

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

16. ¿Qué alimentos no deben faltar en nuestra dieta diaria?

- a)  Carne, lácteos, frutas, pescado, frituras, agua,
- b)  Menestras, cereales y tubérculos, líquidos
- c)  Carne, lácteos, pescado, frutas y verduras
- d)  b y c son correctas

17. Que tipo de lochera recomendaría:

- a)  Salchipapa, galletas y gaseosa.
- b)  Jugo de caja, porción de torta y fruta
- c)  Yogurt, pan con mermelada y queso
- d)  Agua, pollo desmenuzado y verdura cocida.

18. ¿Qué alimento contiene mayor cantidad de azúcares?

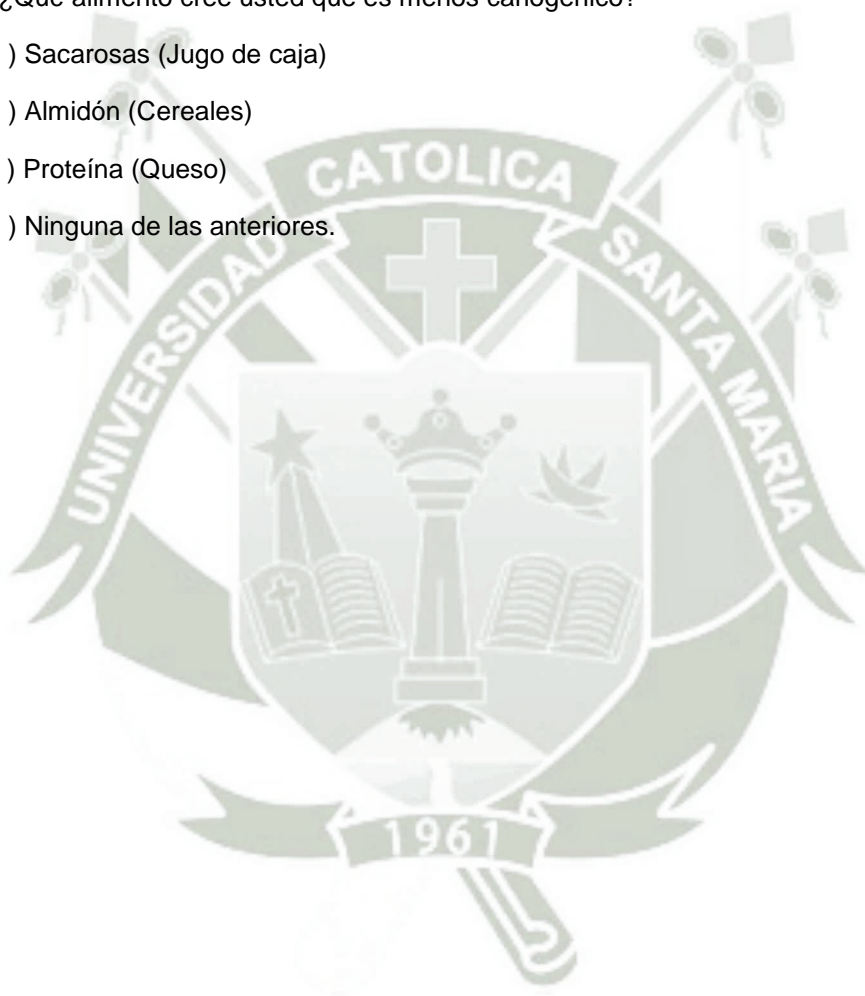
- a)  Verduras y pescado
- b)  Ensalada de frutas y galletas dulces
- c)  Mandarina, naranja y piña
- d)  Carne, menestras y verduras

19. Que alimentos cree usted que deba contener una lonchera saludable:

- a) ( ) Gaseosas, papas fritas y ensalada de frutas
- b) ( ) Jugo de caja, porción de torta y fruta
- c) ( ) Yogurt, sándwich de mermelada y fruta
- d) ( ) Agua, pollo desmenuzado con verdura picada

20. ¿Qué alimento cree usted que es menos cariogénico?

- a) ( ) Sacarosas (Jugo de caja)
- b) ( ) Almidón (Cereales)
- c) ( ) Proteína (Queso)
- d) ( ) Ninguna de las anteriores.





# **ANEXO N° 2**

# **AUTORIZACION**

ASOCIACION EDUCATIVA POPULAR "MARÍA MADRE Y MAESTRA" CIRCA-MAS

**Memorándum** N° 636-2016



**A:** Sres. Directores de I.EE. de Paucarpata y Mariano Melgar CIRCA

**De:** Supervisión ASEP "MARÍA MADRE Y MAESTRA" CIRCA

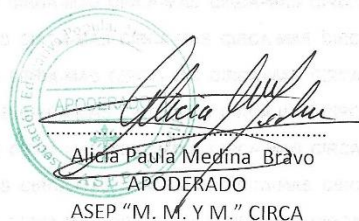
**Ref:** Autorización

**Fecha:** Arequipa, 23 de Noviembre 2016

Por medio del presente, hacemos de su conocimiento Sres. Directores de ámbito de los Distrito de Paucarpata y Mariano Melgar que, la Srta. POLA DÍAZ, Verónica Gloria, está AUTORIZADA para coordinar con Ustedes y pueda efectuar encuestas a los Sres. Profesores de los Niveles Inicial y Primaria, que están bajo su Dirección, a partir de la fecha hasta el 09 de Diciembre 2016.

De lo actuado, informara a ésta Supervisión en la brevedad posible.

Atentamente,



Alicia Paula Medina Bravo  
APODERADO  
ASEP "M. M. Y M." CIRCA

**¡LUCHAMOS POR LA JUSTICIA! ¡CIRCA PRESENTE!**



**ANEXO N° 3**  
**SECUENCIA FOTOGRAFICA**

### INSTITUCIONES COLABORADORAS





