

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

E.A.P DE ODONTOLOGÍA

**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 obtener el Título de Cirujano Dentista

AUTOR

Roxana Delgado Llancari

ASESOR

Dr. Gerardo rubén ayala de la vega

Lima-Perú

2012

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mi madre y a mi padre que a pesar de sus enfermedades luchan día a día por salir adelante y brindarme su apoyo incondicional. Gracias por enseñarme a luchar y seguir avanzando a pesar de las dificultades, los quiero demasiado.

Dedico este trabajo a una personita que está por llegar a este mundo, que desde que me entere de su existencia se ha convertido en el motor de mi vida, por la que me superaré y seguiré avanzando con mi metas, luchando para darle lo mejor del mundo.

Este trabajo también va a dedicado a mis hermanos Reynaldo y Francisco que siempre están pendientes de mi, para apoyarme y alentarme, a mi tío Emilio que ha sido como un segundo padre para mi, brindándome su apoyo incondicional.

Gracias a todos ellos

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento:

A Dios, por todo lo que me ha dado hasta el momento, por tener una familia llena de amor, por enseñarme que si existe la verdadera amistad al brindarme buenos amigos.

A mis queridos maestros de la Facultad de Odontología, por sus enseñanzas, tiempo, apoyo y deseos por lograr de nosotros profesionales comprometidos con la salud bucal de nuestro país.

Al Dr. Gerardo Ayala de la Vega, asesor de la tesis, por su colaboración con el proyecto.

A los miembros del Jurado Evaluador de Tesis por sus consejos y acertadas decisiones.

A mi Primo Elisban Llancari por su apoyo incondicional al haber sido mi guía en el recorrido de los colegios y poder culminar satisfactoriamente la ejecución.

A todos los maestros del distrito de Capillas y Huachos que formaron parte de este estudio por su valiosa colaboración.

ÍNDICE

I.....	INTR
ODUCCIÓN	8
II.....	PRO
BLEMA DE INVESTIGACIÓN	
2.1.....	Área
problema.....	10
2.2.....	
Delimitación del problema	12
2.3.....	
Formulación del problema	13
2.4.....	Objet
ivos de la investigación	13
2.5.....	
Justificación de la investigación.....	14
2.6.....	
Limitación de la investigación	14
III.....	MAR
CO TEÓRICO	
3.1 Antecedentes del problema.....	15
3.2 Bases teóricas	22
3.2.1 Conocimiento	22
3.2.2 Salud bucal.....	24
3.2.3 Educación.....	43
3.2.3.1 Educación en el Perú	45
3.2.3.2 Organización de la educación básica en el Perú	48
3.2.3.3 Sistemas públicos de educación inicial y primaria	50

3.2.3.4 Educación en Huancavelica	51
3.2.4 Promoción de la salud	53
3.2.4.1 La escuela y la educación inicial como promotoras de salud	56
3.2.4.2 Docente: Promotor de salud.....	59
3.2.4.3 Factores que influyen en las conductas en salud.....	61
3.2.4.4 Programas de salud en los colegios.....	63
3.2.4.5 Convenio marco entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación	65
3.3 Definición de términos básicos	70
3.4 Hipótesis y variables	72
3.5 Operacionalización de variables	73
IV.	DISE
 ÑO METODOLÓGICO	
3.1	Tipo
de estudio	74
3.2	Pobla
ción y muestra	74
3.3	Proc
edimientos y técnicas	76
3.4	Proc
esamientos de datos	78
3.5.....	Análi
sis de resultados.....	78
V.	RES
ULTADOS	79
VI.	DISC
USIÓN	98

VII.	CON
CONCLUSIONES	103
VIII.	REC
RECOMENDACIONES	104
IX.	RES
RESUMEN	105
X.	BIBL
BIBLIOGRAFÍA	108
XI.	ANE
ANEXOS	114

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS:

TABLA 1. Nivel de conocimiento sobre Salud BucalPág.79

TABLA 2. Tiempo de experiencia y nivel de conocimiento sobre Salud Bucal..... Pág.80

TABLA 3. Edad y nivel de conocimiento sobre Salud Bucal.....	Pág.81
TABLA 4. Sexo y nivel de conocimiento sobre Salud Bucal.....	Pág.82
TABLA 5. Tiempo de experiencia y nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal.....	Pág.83
TABLA 6. Edad y nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal.....	Pág.84
TABLA 7. Sexo y nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud Bucal.....	Pág.85
TABLA 8. Tiempo de experiencia y nivel de conocimiento de las principales enfermedades bucales	Pág.86
TABLA 9. Edad y nivel de conocimiento de las principales enfermedades bucales	Pág.87
TABLA 10. Sexo y nivel de conocimiento de las principales enfermedades bucales.	Pág.88
TABLA 11. Tiempo de experiencia y nivel de conocimiento sobre desarrollo dental.....	Pág.89
TABLA 12. Edad y nivel de conocimiento sobre desarrollo dental	Pág.90
TABLA 13. Sexo y nivel de conocimiento sobre desarrollo dental.	Pág.91
TABLA 14. Índice de Higiene oral de los docentes encuestados	Pág.92
TABLA 15. Docentes que tienen cepillo dental.....	Pág.93
TABLA 16. Tamaño de la cabeza del cepillo dental de los docentes	Pág.94
TABLA 17. Perfil del cepillo dental de los docentes	Pág.95

TABLA 18. Dureza de las cerdas del cepillo dental de los docentes.....	Pág.96
TABLA 19. Desgaste o decoloramiento del penacho de las cerdas del cepillo dental de los docentes.....	Pág.97
GRÁFICO 1. Nivel de conocimiento sobre salud bucal.....	Pág.79
GRAFICO 2. Índice de Higiene oral de los docentes encuestados.....	Pág.92
GRÁFICO 3. Docentes que tienen cepillo dental	Pág.93
GRÁFICO 4. Tamaño de la cabeza del cepillo dental de los docentes.....	Pág.94
GRÁFICO 5. Perfil del cepillo dental de los docentes	Pág.95
GRÁFICO 6. Dureza de las cerdas del cepillo dental de los docentes	Pág.96
GRÁFICO 7. Desgaste o decoloramiento del penacho de las cerdas del cepillo dental de los docentes.....	Pág.97

I. INTRODUCCIÓN

En el Perú se identifican muchos problemas en el sector salud, una de ellas es la salud bucal, ocasionando que gran parte de la población sobre todo aquellas zonas rurales vivan padeciendo de dicha enfermedad.

El Ministerio de Salud realizó un estudio epidemiológico de prevalencia de caries dental, fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en población escolar de 6 a 8, 10, 12 y 15 años a nivel del país, en el período comprendido entre octubre del 2001 y julio del 2002. Los resultados mostraron como promedio 90% de prevalencia de caries dental en la población escolar. Los departamentos con mayores prevalencias fueron Ayacucho (99,8%), Ica (98,8%), Huancavelica (98,3%) y Cusco (97,2%). La prevalencia en el área urbana fue 90,6% y en el rural 88,7%.

El énfasis de los servicios de salud es predominantemente curativo o de atención de emergencia mientras que el preventivo es escaso y de difícil aplicación, debido a la escases de recursos humanos y económicos especialmente en el interior del país.

La participación de la escuela en la promoción de la salud preventiva es un instrumento útil, ya que permite la proyección de conocimientos sanitarios tanto a los escolares, como al resto de la colectividad.

Por ello la escuela es la institución que a través de los programas de educación para la salud bucal podrían alcanzar la mayor cobertura en forma directa a escolares y profesores y en forma indirecta a las madres de escolares, además podrían alcanzar intervenciones al resto de la familia.

Se han elaborado pocos estudios sobre el estado de conocimiento en salud oral en zonas rurales, lo que dificulta conocer si los programas de salud impartidas por el estado están abarcando estas áreas.

El presente estudio busca determinar el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen los docentes del nivel inicial y del primer grado de educación primaria de los distritos de Huachos y Capillas en el departamento de Huancavelica lo que permitirá dar a conocer a las autoridades de las Instituciones Educativas del distrito y de nuestro país, la problemática del conocimiento de nuestros docentes respecto a los escolares con miras a aportar elementos que enriquezcan las políticas de educación y salud

bucal para con los escolares, así como permitirá tomar decisiones en los planos de promoción de la salud, administrativo y político para mejorar la calidad de salud bucal de los niños, que reflejen la situación de salud en las Instituciones Educativas del sector rural de dichos distritos.

II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1 ÁREA PROBLEMA

La falta de conocimiento por parte de la sociedad acerca de Salud, y en especial de la Salud Oral, es uno de los problemas mas graves que afronta nuestro país hoy en día, especialmente en los sectores sociales de mas bajos

recursos económicos como las zonas rurales y las urbano marginadas, donde muchas veces los programas de salud no son impartidas adecuadamente siendo uno de los factores , la difícil accesibilidad a la zona impidiendo que estos programas de salud lleguen a cada rincón del país .

Además la capacitación sobre prevención en la salud nos es tan frecuente para los docentes de estas zonas rurales lo cual hace que la tarea de prevención que coincide casi exactamente con la educación trate de promover en menor medida el desarrollo de habilidades y capacidades de adaptación en salud de los educandos.

Estudios realizados en el Perú muestran un bajo rendimiento en los escolares en cuanto a conocimiento sobre higiene bucal, en otro estudio realizado por León y col. (2011) en nuestro país mostró que el 63.5 % de docentes evaluados tuvo un conocimiento de nivel regular en cuanto a salud bucal, y un 36.5% tuvo un nivel malo.

La caries dental y la enfermedad periodontal son los problemas más frecuentes que aqueja al Perú. Tiene alto riesgo en niños pequeños debido a los malos hábitos alimenticios y a la falta de una buena higiene oral.

Es por ello que la prevención de estas enfermedades debe estar encaminada hacia el mantenimiento de una correcta higiene bucal, para evitar así el establecimiento y desarrollo de las mismas de manera que este conocimiento debe ser impartido en edades tempranas.

En la etapa de la niñez es de vital importancia la colaboración de los padres y de los maestros de los primeros años de la enseñanza primaria en la detección de malos hábitos en los que puedan estar incurriendo y los

eduquen para la formación de hábitos básicos para el cuidado y protección de la salud.

Así como el odontólogo desempeña funciones de educador motivando y logrando cambios de comportamiento en el paciente, así como crear hábitos saludables que mejoren su estado bucodental y eviten la aparición de posibles enfermedades, el docente también puede ejercer esta labor con menos presión y transformarla en una participación activa de la comunidad escolar, logrando convertir a los alumnos en individuos responsables de su propia salud bucal.

El ambiente escolar resulta, el lugar apropiado para desarrollar intervenciones de prevención y es en esa etapa donde se crea hábitos y conductas que influirán de manera significativa en la salud del individuo a lo largo de su vida y es en esta etapa donde el estado debe poner mas énfasis llegando a cubrir toda la población escolar, con la adecuada enseñanza por parte de los docentes.

Es importante reconocer el rol que desempeñan los maestros, pues la escuela es el segundo hogar donde se imparte conocimiento Es por eso que es necesario que los profesores sean capacitados y concientizados sobre la importancia de la salud bucal y general para que así transmitan sus conocimientos a los alumnos con los que comparten la mayor parte del día , por cuanto posibilita también que los educandos de uno y otros sexos, además de transmitirlos a miembros de su familia y demás condiscípulos, se conviertan en verdaderos promotores de salud bucal en su entorno comunitario.

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El conocimiento sobre salud bucal no es solo un tema para el profesional en odontología sino que es un problema de salud pública, que amerita la atención de todos los profesionales encargados de cuidar el bienestar del niño.

En nuestro país, el profesor de educación inicial y primaria cumple un rol importantísimo en el cuidado de la salud bucal, principalmente porque tienen contacto con el infante y con los padres de este, en muchos casos, antes de que se de la primera consulta odontológica

Sin embargo es importante conocer cual es el nivel de conocimiento sobre salud bucal que tienen los docentes , para dar a conocer al gobierno la realidad actual de los docentes en cuestión de conocimiento sobre salud bucal y de esa manera elabore entrenamientos adecuados sobre dicho tema con programas que abarquen la población estudiantil de todo el Perú, siendo el profesor de educación inicial y primaria el profesional que entra en contacto con los niños desde edades muy tempranas es necesaria su participación en la promoción de la salud oral .

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos de Huachos y Capillas de la provincia de Castrovirreyna - Huancavelica?

2.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos de Huachos y Capillas de la provincia de Castrovirreyna – Huancavelica

2.4.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud bucal, según tiempo de experiencia, edad, sexo.
- Conocer el nivel de conocimiento de las principales enfermedades bucales, según tiempo de experiencia, edad, sexo.
- Establecer el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental en salud bucal, según tiempo de experiencia, edad, sexo.
- Determinar el IHO de los docentes encuestados.
- Conocer el estado de conservación del cepillo dental de los docentes encuestados.

2.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La ejecución del proyecto en los distritos de Huachos y Capillas, Provincia Castrovirreyna, es muy necesaria, debido a que no existen estadísticas confiables en nuestra población para poder modificar la problemática existente con bases reales y tener parámetros para evaluar los niveles de conocimientos de salud bucal, lo que permitirá dar a conocer a las

autoridades de las Instituciones Educativas del distrito , la problemática del conocimiento de los docentes respecto a los escolares con miras a aportar elementos que enriquezcan las políticas de educación y salud bucal para con los escolares, así como permitirá tomar decisiones en los planos de promoción de la salud, administrativo y político para mejorar la calidad de salud bucal de los niños, que reflejen la situación de salud en las Instituciones Educativas del sector rural en los distritos de Huachos y Capillas de la Provincia de Castrovirreyna.

2.6 LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el área epidemiológica del nivel de conocimiento sobre salud bucal a todos los docentes de los niveles de educación inicial y primaria; en cuanto al aspecto clínico solo se tomó en cuenta el IHO y el estado de conservación del cepillo dental.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

ZAMBRANO (2011) ¹, En Ancash se realizó un estudio de tipo cualitativo, de nivel aplicativo, observacional y descriptivo; tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial del sector privado

del Distrito de Chimbote y Nuevo Chimbote para lo cual se aplicó una encuesta a 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.

LEÓN H. (2011) ², 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.

RÍOS C. (2011)³, 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.

ALZAMORA (2009)⁴, 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.

PICCOLO DE HERRERA, H (2008)⁵, realizó un estudio descriptivo, transversal y de campo, tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal encuestando a 15 docentes y entrevistando a 294 estudiantes entre 3 y 7 años de ambos sexos, pertenecientes a las Escuelas de Educación Parvulario Centro América y Juana López. Según el análisis de datos, el nivel estudiantil de conocimientos fue de 47,76% de respuestas correctas.

Para la pregunta "con que se cepilla", solo el 63,57% respondió correctamente. La edad y el turno influyen en el nivel de conocimientos, mayor edad mejor nivel y el turno matutino presenta mejor nivel. El sexo y la escuela no presentaron diferencias estadísticas significativas. Las docentes presentaron un nivel de conocimientos de 75,55%. Los años de ejercer la docencia no influyeron en el nivel, así como el hecho de ser licenciado, profesor o ambos, ya que las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Pertenecer a una de las escuelas influyó, ya que la diferencia calculada

fue estadísticamente significativa, porque los docentes de la Centro América alcanzaron un nivel de 80,83% y los de la Juana López un 67,55%. Se concluye, por las deficiencias detectadas, que los estudiantes de ambas escuelas y particularmente las docentes de la Escuela Juana López necesitan un refuerzo de sus conocimientos en cuanto a la temática investigada.

TREVIÑO y col, (2008)⁶, realizaron un estudio transversal, descriptivo y observacional en un paradigma cuanti – cualitativo, para obtener un panorama de la magnitud del problema de salud bucodental en los niños y su relación con la estructura del nivel cultural de los padres de familia en sus hábitos higiénicos, fue realizado en cinco instituciones preescolares de la zona de influencia de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacateca (UAZ). Se realizó la investigación con los tutores y familiares de los niños del programa de Clínicas de Jardines de Niños (CLIJANI) en UAZ, lugar donde se atiende a la población infantil. Los resultados obtenidos en el presente trabajo indican que el nivel de conocimientos sobre prevención de enfermedades bucales es insuficiente; pues sólo el 51% de los encuestados conocen los elementos de prevención dental (cepillado, hilo dental y selladores), el 39 % conoce el cepillado primordial antes de acostarse por la producción nocturna de bacterias.

DÍAZ MARTELL y col. (2008)⁷, se realizó una investigación de tipo intervención durante el curso 2007-2008, que consistió en un proyecto de intervención educativa, con el objetivo de capacitar a maestros de primero y segundo grado de la enseñanza primaria. Este trabajo permitió elevar los conocimientos sobre diversos temas de salud buco-dental en estos educadores.

El universo estuvo constituido por un total de 192 maestros de primero y segundo grado, de las escuelas primarias enclavadas en el municipio Matanzas.

La muestra seleccionada de tipo no probabilística la constituyeron 82 maestros de dichos grados. Posteriormente se observó el porcentaje de respuestas correctas antes y después de la intervención, con respecto a los conocimientos de los encuestados sobre la caries dental. En el primer caso, se evidencia que inicialmente solo el 54,9 % de los docentes respondió de manera correcta a la afirmación de que la caries dental constituye una enfermedad infecciosa que afecta a los dientes desde que el primero aparece en boca; mientras que después de la intervención el 92,7 % respondió de manera adecuada. Muestra los resultados obtenidos en cuanto a los conocimientos existentes sobre técnicas afectivo-participativas antes y después de la intervención educativa.

En ambos casos, se obtuvo diferencias en las respuestas: inicialmente se obtuvo un 53,6 % y un 37,8 % de respuestas correctas, mientras que después de la intervención estas cifras variaron a 78 y 81 %, respectivamente.

Referente al nivel de capacitación alcanzado antes y después de la intervención educativa, se observa un aumento positivo en el nivel de conocimientos de los docentes, obteniéndose un 75,6 % de calificaciones de excelente, un 17,1 % de bueno, solo un 7,3 % de calificaciones de regular, y ningún caso de calificación de malo, de 11 (13,4 %) que existían inicialmente.

BORDONI y col (2006)⁸, diseñaron y validaron un cuestionario destinado a estudiar la percepción de actores vinculados con la introducción de intervenciones de salud en escenarios no convencionales del equipamiento social. El objetivo del presente estudio fue identificar las características de percepción sobre el componente bucal de salud en los docentes de escuelas públicas vinculada con experiencias de práctica social curricular de la Universidad de Cuyo y comparar con los resultados obtenidos en un municipio de Buenos Aires. Los cuestionarios validados incluyen 5 dominios desarrollados en 25 ítems y las respuestas fueron recabadas aplicando la escala de Likert. Los valores obtenidos en el presente estudio fueron contrastados con la

experiencia aplicada con docentes en la provincia de Buenos Aires. Los resultados revelaron que para el dominio conocimientos, el 73,37 por ciento de las entrevistadas alcanzaron un nivel satisfactorio y el 8,12 por ciento resultaron erróneas; para el dominio experiencia odontológica personal, el 56,87 por ciento tuvo experiencia satisfactoria; al explorar las expectativas generales respecto a los niños sólo el 42,5 por ciento valoraron como positivo el papel de la familia respecto de la salud; el 45 por ciento expresaron expectativas positivas sobre la odontología. Respecto de su propio papel, la percepción resultó altamente positiva al considerar el ítem referido a su papel como docente (68,12 por ciento), pero bajo al referirse a su participación concreta en programas de salud (33 por ciento). Se concluyó que los conocimientos alcanzaron un nivel satisfactorio, que existió una percepción negativa referida al papel de los niños/as, las familias y la profesión y a su propio potencial como productor de prácticas de autocuidado y que resultó recomendable abordar la solución de los prejuicios existentes antes de incorporar a los docentes a programas de promoción de salud.

VÁSQUEZ (2004)⁹, la metodología utilizada consistió en un estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, con un muestreo probabilístico estratificado proporcional, por conglomerados, bietápico. Se describen los conocimientos que poseen los Educadores de Párvulos en la prevención de caries y gingivitis de los preescolares, así como también, las prácticas rutinarias declaradas que realizaron durante la jornada escolar. Los educadores encuestados respondieron un cuestionario auto-administrado, el que fue previamente validado, obteniendo una confiabilidad de 0.78, medida con alpha de Cronbach.

Resultó que el nivel de conocimientos fue catalogado como bueno (0.69, Intervalo de Confianza de 0.67-0.70) según la escala elaborada para este fin. En cuanto a las prácticas cotidianas de promoción y prevención, en el 98% de los establecimientos se realiza el cepillado dental diario como parte de las actividades cotidianas de los preescolares, en una frecuencia de 2 veces al día en el 63% de los casos; en relación

al tipo de alimentos otorgados, priman las frutas y leche, con un 52.3% y un 58.3% respectivamente, no entregándoseles colaciones fuera del horario habitual de las comidas.

MELGAR y otros (2003)¹⁰, el presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal.

La población que se estudió estuvo conformada por 161 docentes de educación inicial y primaria de los centros Educativos Estatales que participan en el Proyecto Preventivo Promocional de Salud Bucal organizada por la Municipalidad de San Borja e IDINA (empresa de médicos y odontólogos).

Se realizó una encuesta anónima, la que evaluó 5 rubros sobre creencias y conocimientos de salud bucal, siendo estos: higiene bucal, controles odontológicos, flúor, dieta y sellantes de fosas y fisuras. Las preguntas de la encuesta eran cerradas y fueron resueltas voluntariamente por los docentes, en la que indicaba edad y centro educativo al que pertenecían.

Los resultados de la encuesta realizada sobre conocimientos de salud bucal a 161 docentes con una edad promedio de 35 años, no se encontró diferencia estadística significativa entre las edades.

El 1,24% de la población estudiada respondió las 10 preguntas de la encuesta de la manera esperada.

3.2. BASES TEÓRICAS

3.2.1 CONOCIMIENTO ¹¹

3.2.1.1 Definición

Es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por si solos, poseen menor valor cualitativo.

Al conocimiento como un proceso en el que intervienen elaboraciones mentales. El conocimiento tiene dos 'características' o atributos que se presentan de forma simultánea (al mismo tiempo): objetividad y subjetividad.

La **objetividad** se refiere a consignar o plasmar la realidad tal como ocurre, sin valoraciones, creencias, mitos u opiniones del ser humano. Por su parte la **subjetividad** es todo aquello en lo cual entran en acción nuestras creencias, valoraciones y opiniones, es cuando intervienen los gustos, preferencias y posibles odios respecto a algunos temas.

2.2.1.2 Características

El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto, su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.

Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento.

Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad.

Carece de valor si permanece estático. Solo genera valor en la medida en que se mueve, cuando es transmitido o transformado genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia (tanto por parte de humanos como de máquinas); tiene estructura y es elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales

Puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o tácito. Este es el caso del conocimiento heurística resultado de la experiencia acumulada por individuos. Puede formalizar en diversión grados pudiendo ser también informal. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.

3.2.1.3 Conocimiento de los docentes

El conocimiento del profesor es un conocimiento profesional práctico, está constituido por una trama de creencias, valores, ideas, principios, reglas de actuación, etc. que utiliza para justificar su actuación profesional, son sus razones para tomar determinadas decisiones que guían su acción. Son pautas de comportamiento interiorizadas y adquiridas mediante la experiencia, que constituyen un marco de referencia y una guía orientadora de la práctica.

3.2.2 SALUD BUCAL

3.2.2.1 Definición

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, OMS, la salud se define como: “el pleno goce de bienestar físico social y mental del individuo o comunidad y no solamente la ausencia de enfermedades”.¹²

La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto la salud es integral y no sólo la ausencia de enfermedad.¹³

La salud, constituye un derecho y al mismo tiempo una responsabilidad de todos y constituye un elemento indispensable en el desarrollo de la persona, la familia, la sociedad y el país.¹³

Por salud bucal se entiende el bienestar estructural y funcional de todos los órganos constituyentes de la cavidad bucal o boca, así como de otras estructuras que colaboran al buen funcionamiento de la misma.¹²

Cuando se habla de salud bucal no debe limitarse el concepto a pensar únicamente en dientes, encías, mucosa oral, todas relacionadas con el proceso masticatorio, ya que la cavidad oral también desempeña otros tipos de funciones¹²

La salud bucal es un componente fundamental de la salud, definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales.¹⁴

Actualmente la salud bucal se considera una parte integral del complejo craneofacial que participa en funciones como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad¹⁴

Muchas enfermedades infecciosas y crónicas tienen repercusiones en la cavidad bucal, como el sida o la diabetes, así como las deficiencias nutricionales.¹⁴

Entre las principales enfermedades que afectan la cavidad bucal encontramos a la caries dental, las periodontopatías y las maloclusiones.¹⁴

3.2.2.2 Características epidemiológicas de la enfermedad bucodental

En las últimas décadas, las evidencias sobre la dramática situación de la salud bucal en el país son alarmantes. En el 2001, último año en que se hizo una evaluación nacional en escolares de 6 a 15 años de edad, se encontró una prevalencia de caries dental de 90,7% y de fluorosis de 35,7%. El índice CPOD (índice que mide el número promedio de dientes permanentes con experiencia de caries dental) estaba en 5,7, aunque fluctuaba entre 8,3 en Ayacucho y 3,5 en Ancash. En los niños de 12 años de edad este índice se encontraba en 3,9.

La prevalencia de enfermedad periodontal es de 85%, se estima que la prevalencia de maloclusiones es de 80%. En cuanto al edentulismo (ausencia parcial o total de piezas dentarias) no se dispone de datos oficiales sobre su prevalencia a nivel nacional, sin embargo la evidencia empírica indica que esta es muy alta en particular en las personas adultas mayores. Se estima que la prevalencia del cáncer bucal en nuestro país es de 3% presentando una tendencia a incrementarse.¹⁵

Las enfermedades bucales fueron la segunda causa de consulta externa en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y representaron 10% de todas las consultas en 2004. De todas las consultas odontológicas, 20,6% fueron para exodoncias y 18% para obturaciones. A pesar de la gran demanda de servicios odontológicos, sólo 16% de los aproximadamente 7100 establecimientos de salud del MINSA cuentan con este servicio y el número de odontólogos que laboran en ellos no se ha incrementado en los últimos años (1.681 en 2002 y 1.607 en 2004).¹⁵

En el 2005, en el Ministerio de Salud, el Seguro Social y las Empresas Prestadoras de Salud, que en su conjunto prestan servicio a alrededor del 80% de la población, se encontraban trabajando sólo 3.614 odontólogos, cifra muy inferior al caso de otras

profesiones de salud (23.804 médicos, 21.332 enfermeras, 8.104 obstetras). Ese mismo año, la tasa de odontólogos por 10.000 habitantes fue de 1,7.¹⁵

El Seguro Integral de Salud facilita el acceso a la atención básica de salud bucal de la población pobre, dispersa, infantil y gestante sin protección social en salud, sin embargo las evidencias mostradas indican que la oferta disponible es aún deficitaria para la demanda potencial.¹⁵

A nivel latinoamericano el Perú presenta un deficiente nivel de salud bucal, superado por países vecinos como Chile, Brasil, Colombia entre otros. Lograr cambiar esta dramática situación requiere de la participación activa de todos los sectores involucrados y la ciudadanía organizada que represente a amplios sectores de nuestra población que sufren día a día las dolencias y una baja calidad de vida como consecuencia de la crónica indiferencia de los gobiernos de turno para atender las necesidades de salud bucal en las últimas décadas.

En agosto del 2007 se crea mediante RM N° 649 – 2007 la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal (ESNSB), formulándose seis políticas:¹⁶

- **Primera política:** priorización y fortalecimiento de las intervenciones de promoción y prevención en salud bucal.
- **Segunda política:** Desarrollo de la Atención Estomatológica según el modelo de atención integral de salud en el sistema de aseguramiento
- **Tercera política:** Consolidación del sistema único de información en salud bucal a nivel nacional.
- **Cuarta política:** Fortalecer la oferta de atención estomatológica en todos los niveles de atención para ampliar la cobertura.
- **Quinta política:** Adquisición y distribución de medicamentos e insumos estomatológicos estandarizados a nivel nacional.

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

En julio del 2008 el MINSA lanza mediante RM 516-2008 el PLAN NACIONAL DE SALUD BUCAL “SONRIE SIEMPRE PERÚ” como marco normativo para estrategias de acción inmediata. Este plan focaliza su acción sobre las gestantes y población adulta mayor en 20 regiones del país. Incluye actividades de rehabilitación con prótesis dental y otras acciones de promoción y educación en el ámbito escolar. Existe coordinación y una alianza estratégica con los programas sociales CRECER y JUNTOS para un mejor impacto en las poblaciones excluidas.¹⁵

De acuerdo con el diagnóstico de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Bucal del MINSA la segunda causa principal de la morbilidad entre los años 2003-2007 han sido las enfermedades de cavidad bucal, y de estas la caries dental es la principal causa de morbilidad odontológica en el país entre los años 2002-2007 seguida de la enfermedad periodontal.¹⁶

Dentro del Plan Nacional Concertado de Salud 2007-2020 se menciona como objetivo sanitario disminuir las enfermedades de la cavidad bucal, reducción del índice CPOD y la inclusión de gestantes en la atención preventiva dental, pues la salud bucal es parte importante e inseparable de la salud general; las enfermedades estomatológicas afectan la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológica porque pueden alterar el estado nutricional, las relaciones interpersonales, la calidad de vida y la salud mental.¹⁷

3.2.2.3 Temas obligatorios en una intervención educativa sobre salud bucal

- **EL CEPILLADO DENTAL COMO PROFILAXIS DE CARIES Y PERIODONTOPATÍAS**

El cepillado de los dientes es considerado entre los factores de prevención de la caries dental, las experiencias realizadas han comprobado su efecto de utilidad en el campo de prevención, de tal forma que una de las medidas de prevención indicadas por el Ministerio de Salud Pública en nuestro país consiste en la enseñanza del cepillado dental a todos los pacientes en el momento de iniciar el tratamiento estomatológico; así como su comprobación en el terminado.

La base científica en que se apoya la prevención por el cepillado, está dada por resultados experimentales que indican que la caries resulta de un proceso aditivo de ataque al esmalte, cada vez que el pH de la placa desciende, bajo cierto nivel crítico (pH 5) y durante pocos minutos después de la ingestión de azúcares, siendo el pH neutralizado, después por el poder buffer de la saliva.^{18,19}

Se ha comprobado que en un limitado período, durante el cual los hidratos de carbono están en contacto con la superficie del diente, estos pueden alterar la naturaleza de las placas de las superficies dentarias.¹⁹

Varios investigadores consideran que la presencia de ácidos en la superficie del diente, aunque no es el único responsable de la caries, crea un medio favorable para enzimas de naturaleza causal o contributiva para la caries dental, como las fosfatasas y las proteasas.¹⁹

Existe evidencia de que el cepillado dental con dentífrico, inmediatamente después de las comidas, es un medio eficaz para limitar la caries dental, no así si se realiza después de los diez minutos. Numerosos estudios apoyan la creencia de que cepillar los dientes inmediatamente después de las comidas reduce la destrucción dental de 50 a 100 % aproximadamente.²⁰

- **CEPILLO DENTAL**^{21, 22}

El cepillo dental es el dispositivo más usado para la higiene oral con el propósito de remover la placa dental.

En Europa se empieza a utilizar en el siglo XVII, son instrumentos que por acción manual o eléctrica, actúan sobre las piezas dentarias.

El cepillado habitual y meticuloso de las superficies dentarias es necesario para la prevención de la caries y las enfermedades periodontales.

Con un cepillado dental adecuado se consigue el control de la placa supragingival y de la placa subgingival situada hasta una cierta profundidad.

El cepillado permite lograr el control mecánico de la placa y tiene como objetivos:

- 1.- Eliminar y evitar la formación de placa dentobacteriana.
- 2.- Limpiar los dientes que tengan restos de alimentos.
- 3.- Estimular los tejidos gingivales.
- 4.- Aportar fluoruros al medio bucal por medio de la pasta dental.

Partes del cepillo

El cepillo dental tiene tres partes: mango, cabeza y cerdas. La cabeza es el segmento donde se fijan las cerdas agrupadas en penachos, y se une al mango por medio del talón, las cerdas son de nailon, miden de 10 a 12mm de largo y sus partes libres o puntas tienen diferente grado de redondez, aunque se expanden con el uso.

De acuerdo con el tamaño, los cepillos son grandes, medianos o chicos. Por su perfil, pueden ser planos, cóncavos y convexos.

Según la dureza de las cerdas se clasifican en suaves, medianos y duros; todas las cerdas se elaboran con fibra de la misma calidad, por lo cual su dureza está en función del diámetro.

Ninguna evidencia científica apoya un diseño de cepillo más adecuado; por ello la elección de este depende de las características de la boca.

Es preferible el cepillo de mango recto, cabeza pequeña y recta, fibras sintéticas y puntas redondeadas para evitar las lesiones gingivales, y de cerdas blandas o medianas para tener mayor acceso a todas las partes del diente se cree que los penachos separados son más eficientes que aquellos juntos.

Frecuencia de cepillado y duración del cepillado

Para ser eficaz, el cepillo debe estar seco antes de usarse; esto significa que no debe mojarse antes de utilizarse.

La frecuencia del cepillado depende del estado gingival, la sensibilidad a la caries y la minuciosidad del aseo.

Los jóvenes y las personas con propensión a la caries dental deben cepillarse entre 10 minutos posteriores a cada comida y antes de dormir.

Si las personas no se cepillan de manera minuciosa, deben hacerlo después de cada comida y antes de dormir el cepillado nocturno es muy importante porque durante el sueño disminuye la secreción salival.

Es necesario reemplazarlo cada mes a tres meses, en cuanto las cerdas se deformen o se fracturen.

El cepillado por lo general debe durar 3 minutos para un mejor aseo.

- **TÉCNICAS DEL CEPILLADO**

Dada la gran variedad de técnicas de cepillado que existe y la falta de evidencia clara de la superioridad de una sobre otra, debemos valorar más los movimientos realizados en el cepillado que en la elección de la técnica en sí.

Lo cierto es que existen múltiples técnicas: la de Fones o rotacional; la de Charters, donde se masajea el margen de la encía y se limpia al mismo tiempo el espacio interproximal (con movimientos rotatorios y vibratorios) y la técnica horizontal, tan

generalizada que se indica en niños pequeños o con dificultades motrices importantes que no les permita utilizar otra técnica.^{18, 19}

En nuestro país se recomienda de forma generalizada la técnica Stillman modificada que con movimientos verticales, se trasladan las cerdas del cepillo de la encía al diente, tanto para el maxilar superior como para el inferior, para poder limpiar las superficies vestibulares y linguales, así como los espacios interdentarios; para las superficies oclusales se mueve el cepillo en sentido anteroposterior.¹⁸

Con esta técnica se contrarresta la técnica horizontal, que unida a la fuerza innecesaria y a la dureza de las cerdas, ha provocado abrasiones dentarias en los cuellos dentarios y retracción gingival. Con este método se logra, mediante los movimientos de giro del cepillo, estimular las encías con lo cual, además de la prevención de caries se hace prevención de periodontopatías. El cepillado se debe enseñar en los primeros años del niño y por ello es conveniente que los padres tengan el conocimiento de cómo efectuarlo.¹⁹

- **PLACA DENTOBACTERIANA Y DIETA CARIOGÉNICA**

Es conocido que la cavidad bucal posee condiciones ambientales propicias para que se desarrolle gran número de microorganismos.

El factor más importante en la relación entre la dieta y salud dental es la frecuencia del consumo de alimentos con carbohidratos refinados. Después de ingerir un alimento que contenga carbohidratos se produce ácido en la placa dental.²³ Puede haber desmineralización del esmalte cuando el ácido deprime el pH de la placa por debajo de 5,5 y esto por lo general se acepta como la primera fase en el inicio de la caries.

La edad también influye en los hábitos y comportamientos, así la mayoría de los datos indican que la toma frecuente es el factor más importante en los niños. Alimentos de

consumo habitual que contienen sacarosa con alto potencial cariogénico son: caramelos, confiterías, bombones, pasteles, galletas, bebidas de chocolates, entre otros. ¹⁸

Sería bueno recomendar la sustitución de alimentos cariogénico entre las comidas por otros no cariogénicos, por ejemplo: frutas, papas fritas, zanahorias, quesos, carnes, mantequilla, orientar la dieta baja en azúcares y grasas que no solo son beneficiosas para la salud dental, sino también para la salud general óptima.

Es muy difícil que el niño deje de comer dulce y golosinas, pero sí debe realizarse un control y regulación de la frecuencia y secuencia. El efecto más relevante es el tiempo en que transcurren los ataques desmineralizantes que no deben ser suficientes para que la remineralización pueda llevarse a cabo.

La recomendación más eficaz sería disfrutar de dulces y golosinas en salud; no comerlas indiscriminadamente, sino como postre, después de las comidas, de hacerlo fuera, cepillarse después o al menos enjuagarse la boca con agua; tener en cuenta la composición de los alimentos que conforman la dieta, la frecuencia y la forma en que están preparados, lo que condiciona el tiempo de su presencia en la boca; provocar hábitos alimentarios sanos para la formación de los dientes; disminuir la ingestión de carbohidratos y tratar de ingerir alimentos lo más natural posible y ricos en fibras. ¹⁸

- **EL FLÚOR EN LA ACTIVIDAD PREVENTIVA**

El flúor es un elemento que forma el grupo de los halógenos junto al cloro, bromo y yodo, su número atómico es 9, su masa atómica 19, en estado puro es un gas amarillo muy irritante. Presenta una gran electronegatividad en estado iónico, de ahí su capacidad de combinarse con otros elementos; debido a esto no se encuentra en la naturaleza en estado puro, pese a ser muy común en la tierra donde puede presentarse en forma de fluorita, fluoropatita o criolita. En el agua de mar se encuentra aproximadamente a una concentración de 1,3 mg / L. ²⁴

Efecto del flúor sobre la forma del diente

Los estudios de los cambios de la morfología dentaria, por acción del flúor, coinciden en destacar unas superficies oclusales más suaves y redondeadas, presentan fisuras amplias y superficiales que dan lugar a una menor retención y a un mejor acceso de los diversos mecanismos de remoción mecánica de la placa.

Toxicidad

El fluoruro es una sustancia toxica, debido a que se emplea de varias maneras para prevenir caries, es importante conocer los márgenes de seguridad a cada forma terapéutica.

La dosis letal de fluoruro es de 32 a 64 mg/kg de peso corporal. La dosis que podría ocasionar nauseas, hipersalivación, dolores abdominales, vómitos, diarreas es de un mg/kg de peso corporal, nos referimos a fluoruro ingerido.

La intoxicación crónica es la que más nos interesa, pues la administración de fluoruro ha aumentado de forma muy importante: para prevenir caries, por parte de los profesionales, para uso doméstico en pastas y colutorios, para fluoración de las aguas y alimentos, entre otros usos.^{24, 25}

Una excesiva ingestión de fluoruro superior a los 8 ppm de ión fluoruro en el agua, puede dar como resultado una osteoesclerosis en personas que la han consumido durante más de 20 años.

Sin embargo, las células del organismo más sensibles a altas concentraciones de flúor son los ameloblastos, de modo que en la formación del esmalte veremos con más frecuencia los efectos de un consumo continuado y exagerado de este oligoelemento, dando lugar a la “fluorosis dental”, que se caracteriza clínicamente por la aparición de distintos tipos de lesiones en esmalte que van desde las opacidades blanquecinas y

sin brillo que en casos más graves se convierten en manchas irregulares de color marrón hasta la destrucción parcial del esmalte.

El tratamiento consistirá en eliminar la fuente excesiva de flúor y para mejorar la estética: realizar el pulido de las superficies manchadas, blanqueamiento con peróxido de hidrógeno, y en casos graves las carillas de porcelana o corona de recubrimiento total.²²

Vías de administración

A) Vía sistémica: En la que los fluoruros son ingeridos a través del torrente circulatorio, depositándose a nivel óseo y en los dientes. El máximo beneficio de este aporte se obtiene en el período pre-eruptivo. Muchos autores plantean que para que los suplementos sistémicos presenten máximo efecto cariostático, debían contactar con los dientes desde el inicio de su desarrollo hasta la erupción (es decir desde el nacimiento hasta los 13 años).

B) Vía tópica: Supone la aplicación directa sobre los dientes, por lo que su uso es pos-eruptivo, puede iniciarse desde los 6 meses de nacido y continuar durante toda la vida, pero su máxima utilidad se centraría en los períodos de más susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos hipercariogénicos. La vía tópica requiere de dosis más altas.

Método de aplicación:

• Vía sistémica

- Fluoración de las aguas: fluoruro sódico, silico fluoruro de sodio y el ácido hexafluorsilícico. Se considera una medida de protección colectiva muy eficaz actualmente.²⁶

- Fluoración de las aguas en las escuelas: Si la institución alberga niños menores de 6 años, asegurarnos que estos no reciben suplementos de flúor por ninguna otra vía ante el riesgo de aportar dosis excesivas.

- Aguas de mesas con flúor (agua embotellada con dosis de flúor no superior a 1,5 ppm).

• **Suplemento de los alimentos con flúor**

- La sal fluorada se utiliza de forma masiva en Perú, Costa Rica y Cuba en dosis de 200 a 250 mg de F por kg de sal.

- También es usada la leche fluorada, la harina o los cereales.²⁷ A través de alimentos como el pescado, marisco, té, carnes, arroz, frutas, tomate, papa, miel, podemos ingerir flúor.²⁴

• **Vías tópicas**^{24, 25}

- Barnices

- Gel

- Dentífricos

- Colutorios

- Seda dental fluorada

Gel: Generalmente se utiliza el APF (acidulated phosphate fluoride) a 1,23% aunque también existe el gel flúor fosfato neutro 1,1 ó 2%. Puede ser aplicado directamente a los clientes con un hisopo de algodón (técnica directa) o con un portaimpresiones (técnica indirecta), se prefiere esta última por ser más rápida, aunque si se tratara de una dentición mixta en que falten lo molares primarios puede ser más conveniente la directa. Como el APF tiene una alta concentración de fluoruro 1,3 mg / mol es necesario surtir la cantidad necesaria o requerida para cada edad, ya que la ingestión de cantidades pequeñas en un niño de 5 años (1,6 ml) puede originar síntomas

digestivos. En estudios realizados se ha demostrado que la eficacia del gel es igual a la solución de APF.²⁸

Tiene el inconveniente de no poder utilizarse si existen restauraciones de porcelana y resinas compuestas, ya que pueden producir pigmentaciones. Se utiliza de acuerdo con el grado de riesgo identificado de las siguientes formas:

- Cuatro aplicaciones a intervalos de 2 a 4 semanas de manera inicial y posteriormente continuar con una aplicación trimestral, semestral o anual.
- Una aplicación trimestral o semestral.²⁹

- **COLUTORIOS O ENJUAGATORIOS:**

Los colutorios son soluciones que suele usarse después del cepillado de dientes, para eliminar las bacterias causantes de caries, son preparaciones líquidas destinadas a ser aplicadas sobre los dientes y las mucosas de la cavidad oral con el fin de ejercer una acción local antiséptica, astringente o calmante. El vehículo más comúnmente utilizado en los colutorios es el agua y los principios activos son numerosos, principalmente, antisépticos, antibióticos, antifúngicos, astringentes y antiinflamatorios.

Podemos diferenciar cuatro tipos diferentes de colutorios:

- Colutorios para la prevención de caries (Flúor)
- Colutorios anti placa bacteriana (Colutorios de Clorhexidina, Hexetidina, Triclosán, aceites esenciales, etc.
- Colutorios contra la Halitosis
- Colutorios cosméticos

Los colutorios de flúor, son muy eficaces durante la calcificación del diente y han contribuido al descenso del número de caries.

Los colutorios con sustancias antiplaca bacteriana son muy eficaces en la prevención y el tratamiento de la enfermedad periodontal, aunque los geles, que son más recientes, cada vez se usan más.

- **DENTÍFRICO O PASTA DENTAL**

La primera pasta dentífrica fue creada por los egipcios hace 4000 años y era llamada clister. Para fabricarla se mezclaba piedra pómez pulverizada, sal, pimienta, agua, uñas de buey, cáscara de huevo y mirra. En Grecia y Roma, las pastas de dientes estaban basadas en orina. Sin embargo, el dentífrico no sería de uso común hasta el siglo XIX.

A comienzos del siglo XIX, la pasta de dientes era usada con agua, pero los antisépticos bucales pronto ganarían popularidad. Los dentífricos para usar en casa tenían tiza, ladrillo pulverizado, y sal como ingredientes comunes. En 1866, la Home Cyclopedia recomendó el carbón de leña pulverizado, y advirtió que ciertos dentífricos patentados y comerciales hacían daño. El tubo flexible donde se envasa la pasta fue obra de la empresa Colgate.

Hasta hace pocos años, de los dentífricos, el efecto cosmético era el más considerado, pero los avances tecnológicos ha hecho que en ellos se incluyan sustancias con efectos terapéuticos. Por ello, hoy en día existen en el mercado gran cantidad de dentífricos con efectos diversos sobre las piezas dentarias y las encías. El dentífrico es una sustancia que se utiliza en el cepillo dental para limpiar las caras accesibles de los dientes. El cepillo dental tiene la función más importante en la eliminación de la placa bacteriana, pero el dentífrico contribuye a ello por medio de sustancias tenso activas, espumígenos, bactericidas y abrasivos. Además, el dentífrico brinda sensación de limpieza a través de las sustancias soporíferas, como la menta.

Los principales ingredientes de los dentífricos son:

Abrasivos.- Se emplean para dar un máximo de limpieza con un mínimo de marcas o rayas sobre la superficie de los dientes, entre los más comunes se encuentran el pirofosfato cálcico, fosfato de calcio bibásico, fosfato tricálcico, ortofosfato cálcico, carbonato de calcio, hidróxido de aluminio.

Sin embargo si se usa una pasta demasiado agresiva es más perjudicial que saludable porque contribuye al desgaste de los dientes; si además se utiliza con un cepillo de cerdas duras y una técnica de cepillado inadecuada se aumenta el problema.

Humectantes.-Previenen que la pasta se seque y también proporcionan un cierto grado de plasticidad. Los más usados son glicerina, propilenglicol y sorbitol.

Agua.- Sin ella, la pasta sería demasiado espesa para utilizarse normalmente.

Detergentes.- Son agentes espumantes que sirven para limpiar la superficie y que actúen mejor los abrasivos, los mas usado son el lauril sulfato de sodio y de magnesio.

Espesantes.- Se usan para mantener y mejorar la consistencia de la pasta, previenen la separación de los ingredientes bajo condiciones extremas; se usan la goma de tragacanto y musgo de Irlanda (25)

Otro componente importante es el fluoruro, el cual puede ser de sodio o estaño o monofluoruro fosfato de sodio, todos contienen 0.1% o 1000ppm, ahí dentífricos que contienen triclosan, un antibacteriano de amplio espectro eficaz para combatir las bacterias bucales, en especial las que se localizan en superficies lisas y fisuras.

Las pastas fluoradas en general son recomendadas para niños al sustituir durante la época de crecimiento los iones de hidroxiapatita que es un mineral componente del esmalte de los dientes y lo cambia por fluoroapatita, que es más resistente al ataque ácido que crean los microorganismos.

Otros ingredientes son saborizantes como el aceite de menta, eucalipto, edulcorantes como la sacarina, aromatizantes y agentes colorantes.

- **HILO DENTAL**

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

Uso del hilo dental

Métodos de limpieza con el hilo dental:

- **Método del lazo también conocido como método circular**

Corte un trozo de hilo dental de aproximadamente 45 cm de largo forme un círculo y átelo finalmente coloque todos los dedos, excepto el pulgar, dentro del lazo después use los índices para guiar el hilo a través de los dientes inferiores y use los pulgares para guiar el hilo en los dientes superiores asegurándose de llegar debajo de las encías, formando una al costado de cada diente. (25)

- **Otro método**

Para usar el hilo dental, se extrae del rollo más o menos 60cm y este fragmento se enrolla alrededor del dedo medio de una mano, pero se deja suficiente para sostenerlo de manera firme con el dedo medio de la otra mano. Conforme se va utilizando, el hilo se desenrolla de un dedo y se enrolla en el otro con el fin de usar un segmento nuevo en cada espacio interdental.

El hilo se introduce con suavidad entre los dientes y se desliza hasta el surco gingival en seguida se rodea el diente y se desliza hacia la cara oclusal con movimientos de sierra o de vaivén en sentido vestibulolingual. Luego se mueve encima de la papila interdental con mucho cuidado y luego se pasa al siguiente espacio con otra fracción del hilo. Es importante mantener tenso el hilo entre los dedos.

En los dientes superiores el hilo se guía con los dos pulgares, o con un pulgar y el índice y en los dientes inferiores con los dos dedos índices. (8)

Importancia del uso de hilo dental

El uso del hilo dental es importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de dentritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillo y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo.

- **TIPOS DE DENTICIÓN.** ³⁰

El ser humano tiene dos denticiones: la decidua y la permanente.

Dentición Permanente.

Los dientes temporales empiezan a ser reemplazados a partir de los 6 años, por los dientes permanentes, su erupción se inicia también con los incisivos centrales inferiores. Las primeras molares inferiores y superiores erupcionan detrás de las segundas molares temporales, es decir no reemplazan a ningún diente temporal y algunas veces coinciden con la erupción de incisivos.

Dentición Decidua.

Así mismo, resulta conveniente que las madres conozcan un grupo de signos que se denominan "accidentes de la erupción", que acompañan al momento de la erupción de los dientes temporales y que no se pueden considerar como patología en sentido estricto: desasosiego, eritrosis yugal, sialorrea, rinitis, bronquitis serosa, etc.

La dentición decidua también es conocida como de leche, o la primera.

Empiezan a erupcionar aproximadamente a los 6 meses y se completa hacia los 2 años. Está compuesta por 20 dientes: 10 superiores y 10 inferiores. En esta primera dentición no salen ni premolares ni terceros molares.

El cuidado de los dientes de leche o temporales es algo a lo que muchos padres de familia no le dan importancia porque piensan que al fin y al cabo se caerán antes que su hijo (a) cumpla los siete años. Según la experiencia clínica del odontopediatra, José Orlando Vega, los padres de familia no practican normas de higiene bucal con sus hijos menores de tres años, porque resulta una práctica incómoda y cansada. "Muchas veces nos resulta más cómodo dormir al niño con un biberón lleno de líquidos azucarados (leche, jugos etc.)". De esta manera lo que se hace es abrir las puertas a la caries de biberón.

Recalcó que el ser humano experimenta enfermedades dentales a partir de los seis meses de edad, con la erupción del primer diente, por tal razón los cuidados dentales de un niño deben de iniciarla los padres de familia a esa edad.

Importancia. Los dientes de leche o temporales, cumplen importantes funciones dentro del sistema masticatorio, en el que participan de manera armónica otros elementos como la lengua, mejilla, huesos maxilares, músculos y glándulas salivares. Desempeñan funciones de masticación, fonación, estética y matrices funcionales para el adecuado desarrollo cráneo maxilo-facial del menor. Los dientes enfermos traen problemas de masticación de los alimentos en el período más activo del crecimiento y desarrollo del niño. Estos inciden también en la fono-articulación correcta. Los dientes temporales y principalmente los de adelante son claves en el aprendizaje del lenguaje hablado. Estos primeros dientes son los encargados de mantener el espacio adecuado para la correcta alineación de los dientes permanentes. Sin olvidar la estética que inciden en la imagen del niño que pueden crear traumas psicológicos.

- **SELLANTES³¹**

Incluso en aquellas comunidades con una incidencia escasa de caries, las fosas y fisuras siguen siendo un peligro real. La forma más eficaz para prevenir la caries en fosa y fisuras es el sellado de las mismas. Es importante preservar la estructura dental. Una vez abierta la cavidad, el diente necesitará asistencia odontológica de por vida, ya que ninguna restauración dura toda la vida. Se considera que un gran porcentaje de niños hasta los 18 años tienen alguna caries, (principalmente las primeras molares permanentes), debemos prevenir sellando todos los dientes.

- **ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO**

Green y Vermillon elaboraron el índice de higiene oral en 1960, y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentarias, el estado de higiene oral se mide

únicamente en superficies de diente completamente erupcionados o han alcanzado el plano oclusal, solo se adjudica puntajes a seis piezas dentarias

En cada uno de los segmentos posteriores se examina el primer diente por completo hacia distal del segundo premolar o en el segundo molar deciduo (en dentición mixta), por lo general, aunque no siempre es el primer molar permanente .Se adjudican puntajes a las superficies vestibular del incisivo central superior derecho y el incisivo central izquierdo (temporal o deciduo, según edad).

Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente, el diente por evaluar.

El examen de D-S (diente- superficie) en placa blanda se ejecuta, tiñendo las superficies a examinar con liquido revelador de placa o frotando el explorador desde el tercio incisal hacia gingival

Tipo de diente por evaluar	Superficie
Molar superior derecho	vestibular
Molar superior izquierdo	vestibular
Molar inferior derecho	lingual
Molar inferior izquierdo	lingual
Incisivo central superior derecho	vestibular
Incisivo central inferior izquierdo	vestibular

El resultado por persona se obtiene sumando los resultados de los puntajes de cada superficie dividida entre el número de superficies examinadas y su rango es de 0-3.

Los valores clínicos de higiene bucal para la placa blanda serán.

Bueno: 0,0 a 0,6

Regular: 0,7 a 1,8

Malo: 1,9 a 3,0

3.2.3 EDUCACIÓN

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.³²

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.³²

La adquisición de una actitud: ver la realidad de una manera socialmente aceptada, que posibilita al alumno a adaptarse a las normas que tiene la sociedad.³²

De la práctica educativa surge esa transformación que se advierte como una capacitación y una formación cuya finalidad es posibilitar dicha adaptación, educar es el arte de crear o reafirmar una conducta deseada. La educación logra su objetivo cuando se produce un cambio de actitud o hábito del educando, o cuando el conocimiento o información se traducen en la práctica rutinaria y efectiva de ciertas acciones.³³

Hay muchas barreras que el educador debe vencer para lograr educar.

Entre estas barreras se pueden mencionar las cognoscitivas, que se expresan como ignorancia, las emocionales, expresadas a través del desinterés, que es muy

destrutivo, ambientales, principalmente por conductas económicas, estas últimas son muy difíciles de variar para el educador.³⁴

El aprendizaje se realiza a través de un proceso educativo que debe presentar varias etapas bien definidas³³:

- **Toma de conocimientos:** el educador entrega la información o instrucción en la cual da a conocer los contenidos educativos en forma ordenada y secuencial.
- **Interés:** una vez motivado, el educando se interesa por la situación, siente el deseo de poner en práctica lo adquirido en la etapa previa.
- **Enjuiciamiento:** el educando analiza las ventajas y desventajas que le proporcionaría poner en práctica lo que se plantea
- **Ensayo:** el educando pone en práctica a manera de prueba lo que se le indicó y verifica las ventajas y desventajas que teóricamente analizó.
- **Nuevo enjuiciamiento:** después del ensayo, el educando analiza los resultados de la aplicación de esta situación.
- **Adopción o rechazo:** si el ensayo tuvo éxito adopta total o parcialmente la conducta, si ocurre lo contrario la rechaza

3.2.3.1 Educación 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 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.³⁵

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.³⁶

El sistema educativo en nuestro país atiende el 82,4% de los niños de 5 años; el 96,9% de los niños entre los 6 y los 11 años; y el 85,9% de los adolescentes entre los 12 y 16 años. Reflejando avances en su nivel de cobertura.³⁶

En los cuadros 1, 2 y 3 se especifica la población escolar, el número de Instituciones Educativas y el número de profesores del Sistema Educativo Peruano:³⁶ (Ver anexos)

La población en edad escolar, de 0 a 16 años en el Perú es de 10'150,250. El 66% está en zona urbana y el 34% en zona rural. La matrícula en educación básica hasta los 16 años es de 7'456,519, lo que representa el 73%%.

Tenemos pues un déficit de cobertura del 27% que se ubica en tres áreas críticas. Educación inicial, secundaria rural y personas con discapacidad. A ello se añade el problema del analfabetismo.³⁶

La educación Inicial constituye el primer nivel de la Educación Básica Regular. Atiende a niños de cero a dos años en forma no escolarizada y de tres a cinco años en forma escolarizada. No obstante, la cobertura de 0 a 2 años es ínfima: 3% y de 3 a 5 años alcanza el 57%.

Frente a ello, el Ministerio de educación se ha planteado la meta de universalización de la educación inicial, la que se propone lograr de manera progresiva.³⁵

En cuanto al **analfabetismo**, a nivel nacional, de los adultos de 15 y más años, 12,1% son analfabetos absolutos, y se calcula que más de dos tercios (1'370,000) de los analfabetos absolutos están en el área rural. La tasa de analfabetismo absoluto rural (24,8%) es el doble que la urbana.³⁵

En el Perú el analfabetismo tiene rostro de mujer. De los 2 millones 87 mil adultos de 15 y más años analfabetos absolutos (que no saben leer y escribir), el 75% (1 millón 570 mil) son mujeres (2001), y entre las mujeres del área rural la tasa de analfabetismo se eleva al 37,0%, es decir, más del doble de la tasa promedio nacional. Durante el año 2003, la difusión de los resultados de evaluación del rendimiento en base a las pruebas del Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes de la OCDE (PISA 2001), corroboró el bajo nivel de rendimiento estudiantil ya evidenciado en otras mediciones, y mostró que los jóvenes peruanos tienen serias dificultades en cuanto a las competencias de comunicación, no pueden comprender lo que leen, no reconocen el tema central de un texto y no están en posibilidades de relacionar lo que leen con su contexto de vida y trabajo.³⁵

En 1996, la tasa de mortalidad infantil fue de 43 por mil nacidos vivos, según la ENDES 2000, el promedio nacional de mortalidad infantil se redujo a 33 por mil nacidos vivos. Sin embargo, en sectores de menores ingresos, la mortalidad infantil aumentó, lo que significa que el promedio nacional mejoró porque la mortalidad infantil descendió en sectores de mayores ingresos. Esto muestra el incremento de la desigualdad social y sus consecuencias en la salud.

Cada vez es mayor el número de niños y adolescentes que trabajan paralelamente a sus estudios, los cuales son más vulnerables a presentar problemas de salud. El Ministerio de Educación a través de la Oficina de Tutoría y Prevención Integral (OTUPI), ejecutan programas de atención a fin de asegurar la permanencia sostenida

del educando en el sistema educativo, evitando el ausentismo y deserción por razones de trabajo.

Los adolescentes exhiben problemas de accidentes de tránsito, participación en acciones violentas (riñas, pandillaje, etc.), inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, violencia intrafamiliar, etc.

Según la Dirección de Participación Ciudadana de la Policía Nacional del Perú, existen 400 pandillas entre Lima y Callao a febrero del 2000, con aproximadamente 12 mil 950 personas, entre adolescentes y adultos. El 88% tiene menos de 24 años.

El 49% de los niños son maltratados por sus padres, siendo considerada esta práctica por los propios niños como un método natural de disciplina y educación.

La farmacodependencia es un problema de salud pública en el país. Los registros estadísticos ilustran que la población de mayor riesgo frente al consumo de drogas sigue siendo los adolescentes. El consumo y abuso de drogas legales como el alcohol y el tabaco son la puerta de inicio para el consumo de otras drogas ilegales.

Los adolescentes necesitan una educación integral, que contribuya a su formación como personas, al desarrollo de sus capacidades relacionadas con los valores de la convivencia, a conocer y manejar sus emociones y conflictos, entender a los demás, fijarse propósitos significativos en su vida, aprender a comprometerse, a ser solidarios, etc. Necesitan desarrollar habilidades que les facilite enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida cotidiana en su propia familia, en la escuela y la comunidad.

Los datos y cifras estadísticas presentadas revelan la situación de educación y salud de los niños y adolescentes del país, y la necesidad de intervenciones inmediatas y sostenibles desde dos sectores: Salud y Educación, pilares del desarrollo integral de la persona.

3.2.3.2 Organización de la Educación Básica Regular en el Perú

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.³⁷

3.2.3.2.1 Niveles³⁷

Son períodos graduales y articulados del proceso educativo:

a) Nivel de Educación Inicial

La 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.

b) Nivel de 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.

c) Nivel de Educación Secundaria

La Educación Secundaria constituye el tercer nivel de la Educación Básica Regular y dura cinco años. Ofrece una educación integral a los estudiantes mediante una formación científica, humanista y técnica. Afianza su identidad personal y social. Profundiza los aprendizajes logrados en el nivel de educación Primaria. Está orientada al desarrollo de capacidades que permitan al educando acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio. Forma para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio. Tiene en cuenta las características, necesidades y derechos de los púberes y adolescentes. Consolida la formación para el mundo del trabajo que es parte de la formación básica de todos los estudiantes, y se desarrolla en la propia Institución Educativa o, por convenio, en instituciones de formación técnico-productiva, en empresas y en otros espacios educativos que permitan desarrollar aprendizajes laborales polivalentes y específicos vinculados al desarrollo de cada localidad.

3.2.3.2.2 Ciclos ³⁷

Son procesos educativos que se organizan y desarrollan en función de logros de aprendizaje.

La Educación Básica Regular contempla siete ciclos que se inician desde la primera infancia, con la finalidad de articular los procesos educativos en sus diferentes niveles. (Ver cuadro 4 en anexos)

3.2.3.3 Sistemas Públicos de Educación Inicial y Primaria ³⁸

3.2.3.3.1 Servicios de Educación Inicial

La educación inicial en el Perú cuenta con dos sistemas de educación la Escolarizada conformada por cunas, jardín, y cunas jardín y la No Escolarizada conformada por programas no escolarizados como Programas Infantiles Comunitarios, Ludoteca (06 meses a 5 años) , Programas de Educación Integral dirigidos a menores de 3 años, Sala de Educación Temprana (SET), Programa Integral de Educación Temprana (PIET) ,Programas de Educación Inicial dirigidos a niños entre 3 y 5 años de edad, Programa No Escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI) y por último los programas de práctica de crianzas Programas dirigidos a las familias de niños menores de 3 años, Programa Integral de Educación Temprana con Base en la Familia (PIETBAF), Familias que Aprenden, Programas dirigidos a las comunidades en donde viven los niños (0 a 5 años) , Programa de Atención a Grupos de Madres y Padres(PAIGRUMA), Escuelas del Aire

3.2.3.3.2 Escuelas Públicas de Educación Primaria ³⁹

La atención del servicio de Educación Primaria se cubre con Instituciones Educativas polidocentes completas, unidocentes y polidocentes incompletas (multigrado). Las polidocentes completas son las Instituciones Educativas que cuentan con un profesor para cada grado. Las unidocentes son las Instituciones Educativas que tienen un solo profesor para todos los grados. Las

polidocentes incompletas o multigrado son aquellas en las que un profesor asume más de un grado.”(Ver cuadro 5 en anexos)

3.2.3.4 Educación en Huancavelica ⁴⁰

La Región Huancavelica ha logrado que casi la totalidad de la población de 6 a 11 años esté matriculada en algún nivel del sistema educativo. Alcanzar una cobertura similar para la población infantil y adolescente y garantizar que se concluya la primaria y secundaria de manera oportuna y, con el rendimiento esperado en Comunicación Integral y Lógico-matemática, son algunos de los retos básicos que debiera plantearse el Proyecto Educativo Regional.(Ver gráfico 1 en anexos)

Poco más de la mitad de la población de 3 a 5 años que reside en Huancavelica accede al sistema educativo. En comparación con otras regiones de similar nivel de pobreza, como Puno y Cajamarca, no se observan grandes diferencias en la tasa de cobertura para la población de este rango de edad.

Aproximadamente 19 600 niños y niñas de 3 a 5 años residen en Huancavelica y no acceden al sistema educativo.

En Huancavelica se tiene una población infantil 16 mil 800 niños en educación inicial escolarizada y 11 mil 462 niños en educación inicial no escolarizada.

En el primer ciclo de la educación inicial es decir desde 0 a los 2 años de edad se tiene una desatención casi absoluta de parte del estado. ⁴¹

La provincia de Castrovirreyna cuenta con 292 centros educativos de diferentes niveles: 115 de Inicial y PRONOEI, 114 de Primaria, 03 de Primaria Educación Especial, 57 de Secundaria y 03 Institutos Superiores, de los cuáles tienen acceso vial por carretera o trocha carrozable los centros educativos secundarios e institutos superiores.

El problema de accesibilidad se presenta en los centros educativos primarios y de inicial, que justamente son los más numerosos (229 centros), de estos no ha sido posible determinar todos los que no cuentan con acceso vial por trocha carrozable, sin embargo los principales centro educativos que no cuentan con este tipo de acceso.

En relación a la situación de la educación en la provincia, la tasa de analfabetismo fluctúa entre el 13.6% en Huamatambo y 37.9% en Santa Ana, siendo estos indicadores más altos para la población femenina, donde el indicador más bajo es de 24% en el distrito de Huachos, mientras que el más alto de 51.9% se da en el distrito de Santa Ana.

En cuanto a deserción escolar, no se obtuvo indicadores confiables a nivel provincial y distrital, a nivel distrital se cuenta únicamente con indicadores de deserción escolar en el nivel primario, que en todos los distritos fluctúa alrededor del 50%, a lo que sumariamos la deserción escolar del nivel secundario y a los que no asisten a la escuela; estos datos corresponden al Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas de los Hogares a nivel Distrital del Instituto Nacional de Estadística e Informática.⁴²

3.2.4 PROMOCION DE LA SALUD

Para la Organización Mundial de la salud (OMS; 1997), la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades.

En relación a este concepto se plantea que debe considerarse como sinónimo de bienestar, equilibrio y armonía de la funcionalidad de lo biológico, psicológico y social, todo ello se logra encontrar gracias a un proceso constante de promoción de salud y prevención de enfermedades; tomando en cuenta estos conceptos es importante destacar que, durante mucho tiempo el hombre a luchado y estudiado para

generar importantes avances científicos y tecnológicos en las áreas, biológica, psicológica y social, con el único interés de promover la conservación de la salud.

En Ottawa - Canadá 1986 se realizó la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, cuyo propósito fundamental fue analizar cuáles son las condiciones necesarias para mejorar la salud de los pueblos, e hicieron especial énfasis en algunos factores tales como: educación, vivienda, alimentación, un ecosistema estable, conservación de los recursos, justicia social, equidad y paz. Asimismo señalaron que la promoción de la Salud, debe basarse en la disminución de la inequidad social y el aumento del bienestar colectivo, en este aspecto, la equidad se convierte en el principal objetivo y medio para la promoción de la salud, tomando en cuenta que las principales diferencias en salud, están determinadas por factores socio económicos y ambientales; se requiere así, para el logro de la equidad, eliminar diferencias injustas y evitables que restringen el derecho al bienestar.

La promoción de la salud tiene un marco de referencia bastante amplio que responde tanto a características como necesidades de salud en los contextos económicos, políticos y sociales de diversos grupos humanos; así mismo plantea que la promoción de la salud parte de un concepto integral y busca convocar a la sociedad en su conjunto a desarrollar e implantar políticas, planes y programas de acción para lograr un adecuado estado de bienestar.

Por tanto, el éxito de la promoción de la salud, depende y/o requiere de la elaboración de políticas públicas saludables, que permitan favorecer la participación ciudadana, la creación de ambientes favorables y el desarrollo de habilidades personales para mejorar y cuidar de la salud, también se destaca el planteamiento de estrategias que favorezcan la comunicación social, la democratización del conocimiento científico y la organización para la educación en salud, y el fomento de estilos de vida saludables.

Por otro lado, es importante destacar la importancia de que las actividades dirigidas a la promoción de la salud hagan especial énfasis en la responsabilidad individual, en relación con la conducta, los hábitos, y el comportamiento frente a su propio bienestar.

En la infancia la promoción de la salud debe estar dirigida a favorecer ambientes adecuados para el crecimiento y desarrollo del niño/a, promoviendo la incorporación progresiva de hábitos saludables, en este proceso la puericultura adquiere gran relevancia por su esfuerzo en el desarrollo de la cultura de la salud, el desarrollo humano y social más equitativo.

Por lo anteriormente expuesto, se puede decir que la promoción de la salud no debe ser vista como una mera prevención de enfermedades, organizada en campañas de vacunación o curación; representa un proceso de mayor trascendencia marcada por la convicción de generar transformaciones sociales profundas.⁴³

Arroyo y Cerqueira (1997) citan la Declaración de la Conferencia Internacional de promoción de la salud (OPS/ OMS 1992) en la cual se describen estrategias, que a continuación se presentan, considerándolas como fundamentales, para una mejor comprensión de su trascendencia para el ser humano:⁴³

- Impulsar la cultura de la salud modificando valores, creencias, aptitudes y relaciones que permitan acceder tanto a la producción como al usufructo de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables, incluyendo la creación de ambientes sanos y la prolongación de una vida plena con el máximo desarrollo de las capacidades personales y sociales.
- Convocar, animar y movilizar el gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad.

- Fortalecer la capacidad de la población para tomar decisiones que afecten su vida y para optar por estilos de vida saludables; de igual manera estimular el diálogo de saberes en el proceso de desarrollo de la salud.
- Ampliar la definición y/o el concepto de salud, incorporando los aspectos económicos y sociales que determinan la producción social de la salud.
- Fomentar la participación de la comunidad en la identificación y análisis de sus problemas y necesidades así como proponer las estrategias para enfrentar esos problemas.

Es importante destacar que la participación social tiene como prioridad la construcción de capacidades para analizar y priorizar sus necesidades, formalizar y negociar propuestas; se trata de construir lazos de solidaridad en la comunidad, de fomentar el intercambio de saberes y compartir historias y experiencias. La promoción de la salud resalta la aplicación de estrategias, métodos y técnicas de educación para la salud, comunicación social y fortalecimiento de las experiencias y procesos de participación social.

Lo anterior muestra que la promoción de la salud busca el logro de dos aspectos fundamentales, que se describen a continuación: ⁴⁴

1. Buscar modificar condiciones de vida para que sean dignas y adecuadas, apunta a la transformación positiva de las condiciones de vida en concreto. Por tanto, un núcleo esencial de trabajo es la búsqueda de la distribución social equitativa de recursos, adecuadas a las necesidades e identidades de la población.
2. A la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones para que sean favorables a la calidad de vida y salud, aquí pretende tocar el complejo sistema de motivaciones, creencias, bajo las cuales se mueven las

decisiones individuales, con el fin de hacer de la salud una opción de vida prioritaria que a su vez incida en los proyectos de convivencia y vida colectiva.

3.2.4.1 La escuela y la Educación Inicial como Promotoras de Salud:

La escuela, los docentes, la familia y la comunidad, representan el mejor equipo de trabajo en la promoción de la salud y para el éxito de todos los procesos sociales que se desarrollan en bienestar del niño/a. Uno de estos procesos sociales, es el proceso de enseñanza aprendizaje alrededor del cual se encuentra una serie de factores tanto físicos, como mentales y emocionales que deben ser tratados de manera especial, requiriendo del trabajo conjunto de todos los protagonistas de la educación.⁴⁴

Una Escuela Promotora de la Salud “es un centro educativo que fomenta el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de la comunidad educativa; propicia valores y actitudes favorables hacia la salud integral en un ambiente psicológico y social solidario, de relaciones humanas constructivas, armoniosas y de respeto a la cultura local; busca contar con un ambiente físico seguro y con servicios e instalaciones adecuadas. Una escuela promotora de la salud se proyecta y ejerce una influencia positiva hacia la comunidad, a la vez que fortalece habilidades en los alumnos para adoptar decisiones de ciudadanía y democracia”.⁴⁵

Se realiza la promoción de la salud en la escuela “porque es un espacio donde muchas personas aprenden y trabajan, donde los escolares y maestros pasan gran parte de su tiempo, y muchos momentos claves para sus vidas. Aquí se da el encuentro de los sectores salud y educación, ambos abocados al desarrollo y el bienestar de la población escolar y de toda la comunidad educativa”.⁴⁶

Por ello es fundamental desarrollar la promoción de la salud en la escuela a fin de construir una cultura de la salud en el Perú.

La educación inicial tiene como propósito fundamental ofrecer al niño y la niña desde su concepción y hasta los 6 ó 7 años de edad, las condiciones más favorables para fomentar su socialización y desarrollo integral, a través de acciones planificadas que involucran a la familia, la escuela y la comunidad a la que pertenece, en otras palabras, la educación inicial es un proceso que cuenta con diversas estrategias, que se inicia desde la gestación, con la educación de la familia gestante y culmina a los 6 años de edad, a través de diversas estrategias a desarrollar en dos ambientes: el entorno familiar y educativo o escolar, este último organizado de forma especial para garantizar el aprendizaje y adecuado desarrollo biopsicosocial del niño/a.⁴⁴

En el proceso de enseñanza aprendizaje del niño/a, el docente debe asumir el desarrollo como una transformación compleja que concibe al niño/a como un sujeto biológico y socio cultural, que se propone cultivar la capacidad de aprender a aprender, la creatividad, la autonomía, el espíritu científico y reflexivo, al igual que el cuidado y respeto por su bienestar físico y mental, en un contexto social adecuado. En la misma línea de ideas se afirma que en la calidad de vida del niño/a incide de forma significativa, factores como buena salud y nutrición, también es importante destacar al respecto la influencia del ambiente; se dice que el aprendizaje ocurre en cualquier lugar, sin embargo para lograr un aprendizaje positivo y de calidad, se requiere de ambientes saludables, seguros y provistos de recursos adecuados. (Gómez F, y Gómez L.2005).⁴⁴

Podemos decir que la Educación inicial en nuestro país ha pasado, en su desarrollo, por diversas etapas, las mismas que han estado marcadas por hechos trascendentes para este nivel educativo.

Los objetivos generales de la educación inicial son:⁴⁷

- Promover el desarrollo integral del niño y procurar su atención alimenticia, de salud y recreación.

- Prevenir, descubrir y tratar oportunamente los problemas de orden bio-social que puedan perturbar el desarrollo del niño.
- Contribuir a la integración y fortalecimiento de la familia y la comunidad.
- Los objetivos que persiguen los centros de educación inicial son:
- Brindar atención integral al niño menor de 6 años.
- Detectar y tratar oportunamente los problemas de orden bio-psico-social del niño.
- Lograr la participación de los padres de familia y comunidad, en la promoción y gestión de los servicios complementarios y compensatorios de los niños.
- Orientar y capacitar a los padres de familia para que cumplan con su misión de primeros y principales educadores de sus hijos.

Características de una escuela promotora de salud: ⁴⁸

- Considera todos los aspectos de la vida de la escuela y sus relaciones con la comunidad.
- Se basa en un modelo de salud que incluye la interacción de los aspectos físicos, mentales, sociales y ambientales.
- Se centra en la participación activa de los alumnos, con una serie de métodos variados para desarrollar destrezas.
- Reconoce que muchas destrezas y procesos básicos son comunes a todos los temas de salud y que éstos deberían programarse como parte del currículo.
- Entiende que el desarrollo de la autoestima y de la autonomía personal son fundamentales para la promoción de una buena salud.
- Concede gran importancia a la estética del entorno físico del centro, así como al efecto psicológico directo que tiene sobre profesores, personal no docente y alumnos.

- Considera la promoción de la salud en la escuela como algo muy importante para todas las personas que en ella conviven.
- Tiene una visión amplia de los servicios de salud escolar, que incluye la prevención y los exámenes de salud, pero también la participación activa en el desarrollo del currículum de Educación para la Salud.

3.2.4.2 Docente Promotor de Salud: Características e Importancia ⁴⁴

Como se señaló, la educación y la escuela son fundamentales en el proceso de promoción y fomento de la salud y es el docente el ejecutor de este proceso, por lo cual es importante analizar algunas características y consideraciones generales a tomarse en cuenta para el ejercicio de su acción como promotor .

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 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: ⁴⁴

- 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. Báez y Mandiola, referidos por Arroyo (1997), presentan el perfil psicológico y social del educador para la salud, lo que sería para nosotros el docente promotor de la salud.

De acuerdo con las características del trabajo que debe realizar en la institución educativa el (la) docente debe reunir las siguientes características:

- Condiciones intelectuales promedio: capacidad de juicio y comprensión; capacidad de expresión, crítica constructiva, organización y planificación, capacidad de observación, razonamiento lógico y creatividad.
- Con respecto a su personalidad y a los aspectos sociales, se destacan características como: capaz de enfrentar con éxito situaciones nuevas y resolver diversos problemas; de criterio amplio, comprensión con los demás, conocimiento de la realidad socioeconómica y buen contacto interpersonal.

Las características antes expuestas muestran como debería ser un(a) docente promotor de salud escolar como elemento fundamental para el éxito de sus acciones dirigidas a mejorar el estado de bienestar del niño/a, su familia y la comunidad, tomando en cuenta que no solo es importante tener la capacidad de planificar y organizar en teoría, sino que se requiere de capacidades y habilidades para la ejecución, en la cual es esencial el liderazgo y el trabajo en equipo.

3.2.4.3 Factores que Influyen en las Conductas en Salud ³

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

b) **Fases entre el conocimiento y la conducta.** De lo anterior se desprende que:

- En algunos casos, el conocimiento puede ser suficiente para producir cambios de conducta; pero en otros, no es condición necesaria ni suficiente.
- Cuando el conocimiento es estimado importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo.
- La transferencia del conocimiento a la acción depende de un amplio rango de factores internos y externos, incluyendo los valores, las actitudes y las creencias.
- Para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas.

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

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

Los valores, entonces, preceden a las actitudes.

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

de conducta; de igual modo un cambio de conducta puede preceder o influir en una actitud.

3.2.4.4 Programas de Salud en los Colegios ³⁶

En el país se tiene un desarrollo importante de las escuelas saludables tanto desde el sector público como de las instituciones cooperantes y organismos no gubernamentales de desarrollo.

Una de las primeras experiencias la desarrollo la Asociación Kallpa en 1988 en el Cono Sur de Lima, extendiéndose luego al Cusco, Ayacucho a Iquitos. De igual forma la institución Plan International desarrolla el componente de Higiene en los Centros Educativos en el nivel primario, de las regiones de Lima, Piura y Cusco.

Otra experiencia es "Escuelas Amigas", impulsada por UNICEF a través del Ministerio de Educación en zonas rurales y urbano-marginales. Se trabaja la democratización del aula, el autogobierno de los alumnos, la mejora de la calidad educativa y una educación integral que involucre la salud.

En los años 2001-2002 el Sub Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, consideró en la Línea de Prevención de Violencia implementar las actividades de habilidades sociales para la prevención de conductas violentas en el adolescente, para ello se programó el desarrollo de estas actividades en las 34 DISAS y 16 talleres en los Centros Educativos. Se utilizó el Manual de Habilidades Sociales para la Prevención de Conductas Violentas en el Adolescente elaborado y validado por el IESM Honorio Delgado Hideyo Noguchi, con el objetivo de desarrollar habilidades sociales en los adolescentes con riesgo a presentar conductas violentas, dicho documento tenía como contenido: Módulos de Autoestima, Comunicación, Asertividad y Toma de Decisiones.

El Ministerio de Salud desarrollo diversas acciones educativas en los centros educativos a través del Programa de Salud del Escolar y Adolescente, habiéndose suscrito un convenio de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación el año 1993.

En la actualidad se vienen desarrollando una serie de experiencias de Escuelas Promotoras de la Salud por diversas instituciones como son Catalyst y Pathfinder International, entre otras.

En el año 2003 se inició el Programa de Escuelas Saludables en el Ministerio de Salud, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación. Este Programa actualmente se desarrolla en 3,250 Instituciones Educativas del país, beneficiando aproximadamente a 500,000 estudiantes.

A fin de oficializar el trabajo en las escuelas, el 28 de Octubre del 2004 se publicó en el Diario Oficial "El Peruano", la aprobación vía Resolución Ministerial de la Directiva del Indicador del Programa de Promoción de la Salud en los Centros Educativos, que norma a nivel nacional el desarrollo de las Escuelas Saludables, bajo la responsabilidad de las Direcciones Regionales de Salud del país.

En Noviembre del 2004 se realizó el I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud donde se conformó la Red Nacional de Escuelas Promotoras de la Salud constituyéndose en un importante hito en el país para el desarrollo del Programa. Asimismo en el marco del Encuentro se realizó la 2da. Reunión de las Escuelas Promotoras de Salud. Como producto del Encuentro se emitió la Declaración de Lima que entre uno de sus acuerdos promueve el desarrollo de las escuelas saludables en el país.

3.2.4.5 Convenio Marco entre el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación³⁶

Un paso significativo para el trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación lo constituye el convenio de cooperación técnica MINSA-MED firmado el 05 de Agosto del 2002.

Mediante este Convenio MINSA-MED, ambos Ministerios expresaron su voluntad y acuerdo de un trabajo conjunto para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano marginales de alta vulnerabilidad, fomentando de esta manera el use del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de la salud.

Los objetivos específicos del convenio son³⁶:

Con relación a los beneficiarios directos: Brindar atención a los educandos en aspectos preventivo promocionales de su salud, incluyendo el adecuado control del crecimiento y desarrollo de la niñez, mediante una nutrición preventiva, a través del cuidado y tratamiento oportuno de las personas menores de 18 años, con énfasis en los menores de 5 años, así como el fortalecimiento de las capacidades psicosociales que les permitan crecer saludablemente en contextos de riesgo; incrementar la cobertura y el acceso a la educación formal y no formal, así como la atención en salud, con especial cuidado del crecimiento y desarrollo de los menores de 2 años en las zonas rurales dispersas y urbano marginales de extrema pobreza; propiciar la detección temprana de problemas de aprendizaje y de salud en los educandos y coordinar, articular y complementar servicios de salud y educación para los educandos, alrededor de los programas educativos y de salud que se ofrecen a los niños de las zonas rurales y urbano marginales de extrema pobreza.

Con relación a la comunidad educativa: Orientar a la comunidad sobre la importancia de la educación temprana en menores de 6 años, así como el mejoramiento de las prácticas de crianza familiar que guarden relación con el respeto de los valores y tradiciones nacionales, orientando esfuerzos hacia la población de extrema pobreza; generar en los actores de la comunidad educativa, conocimientos y habilidades para el desarrollo de prácticas saludables, tanto individuales como colectivas; promover en la comunidad educativa, la difusión de contenidos en alimentación, nutrición, higiene y el uso adecuado de medicamentos y medicina tradicional y el peligro de utilización irracional de los mismos, tanto a nivel grupal como a través de medios de difusión masiva; fomentar practicas saludables que relacionen a los educandos con su ambiente familiar, social y ecológico; promover una cultura de alfabetismo que a su vez integre la promoción y prevención de todo tipo de enfermedades, orientando los esfuerzos hacia una cultura saludable; evaluar conjuntamente el impacto de las acciones que se desprendan de la ejecución del presente Convenio.

Para la implementación del Convenio el Ministerio de Educación esta representado por la Oficina de Tutoría y Prevención Integral y el Ministerio de Salud por la Dirección General de Promoción de la Salud.

El Ministerio de Salud del Perú conjuntamente con el Ministerio de Educación, vienen implementando desde el año 2003 el Programa de Escuelas Promotoras de la Salud. Para tal fin suscribieron en el año 2002 un convenio marco de cooperación técnica intersectorial donde expresaron su voluntad y el acuerdo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, ampliando la cobertura de atención en educación y salud en zonas rurales dispersas y urbano marginales de alta vulnerabilidad, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para promover una cultura de salud.⁴⁴

Ambos Ministerios buscan optimizar los recursos humanos, materiales, informativos, informáticos y financieros de los programas y proyectos a realizarse en beneficio de la niñez, la familia y la comunidad. De esta manera, el Estado peruano ratifica las conclusiones de foros internacionales señalando que la formación integral debe incluir conocimientos y habilidades que contribuyan a desarrollar una vida saludable, con bienestar y al alcance de todos como derecho humano.⁴⁸

El Programa se viene desarrollando en las escuelas y colegios públicos que han sido priorizados teniendo en cuenta su perfil epidemiológico y necesidades de salud.

Los resultados logrados por el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas muestran un incremento del año 2003 al año 2004, aplicados en centros educativos de nivel de educación primaria, secundaria, además de un incremento de profesores capacitados en salud tanto del nivel primario como secundario, siendo muchos estudiantes beneficiados con dicho programa. (Ver cuadro 6 en anexos).

El fortalecimiento de la promoción de la salud en las escuelas es tarea de todos los integrantes de la comunidad educativa y de sus aliados de la comunidad local, hacia la cual se expanden sus acciones. Este proceso participativo y concertado afirma el ejercicio ciudadano y democrático del país y genera un cúmulo de conocimientos y experiencias valiosas, capital social que coopera y aporta al crecimiento de las nuevas generaciones del país.⁴⁸

Dentro de la estrategia promocional de salud en niños en etapa escolar, el Ministerio de Salud cuenta con un programa denominado “Escuelas Saludables” en el cual se enseñan distintos tópicos de higiene en los que se incluye los consejos referentes al cuidado de la salud bucal (higiene bucal, buenos hábitos alimenticios, etc.). En este programa también se educa a los profesores y padres de familia.

En cuanto a la estrategia directa de prevención de caries dental el Ministerio desarrolla dos programas específicos:

1. Fluorización tópica a través de enjuagues semanales de fluoruro de sodio al 0,2% en los colegios de educación primaria. Con este programa se llega a cubrir a una población de 1 millón y medio de niños aproximadamente a nivel nacional.

2. La fluorización de la sal de consumo humano.

Es conveniente indicar que otras instituciones como el Colegio Odontológico del Perú, la Seguridad Social y las Escuelas de Odontología de las universidades también cuentan con programas de promoción y preventivos pero de menor alcance poblacional.⁴⁹

Se implementó el Programa Nacional de Educación en Salud Bucal del Escolar 2009-2010 ,la Comisión del Programa mediante un conjunto de actividades reforzó e implementó hábitos de higiene oral, el uso correcto del flúor y la fomentación del consumo de sal fluorada en la población, y en especial en las poblaciones de riesgo como los pre-escolares, escolares y gestantes.

Es así que las líneas de acción de la comisión de Salud Bucal del COP contemplo la necesidad de realizar un programa de educación de salud bucal enfocado específicamente a escolares, niños de educación primaria de los Centros Educativos Estatales a nivel nacional, con el claro objetivo de disminuir la prevalencia de caries dental, enfermedades periodontales y demás enfermedades de la cavidad bucal.

Uno de los objetivos de la Comisión de Salud Bucal es establecer los lineamientos generales que sumen esfuerzos a los diferentes sectores a través del Programa Educativo de Salud Escolar en marco del convenio con Colgate, MINSA y MINEDU en este sentido el Colegio Odontológico del Perú se propone intervenir a través de planes de Comunicación educativa que permita fortalecerlas buenas prácticas de salud bucal.¹⁶

Actualmente empresas como Colgate en unión con el Colegio Odontológico del Perú, en alianza estratégica, iniciarán el programa de Multiplicadores "Sonrisas Brillantes, Futuros Brillantes", para capacitar a cirujano-dentistas y profesores, entre otros, en la promoción de la salud oral.⁵⁰

3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Epidemiología: Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Salud: Es el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades .

La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto la salud es integral y no sólo la ausencia de enfermedad.

La salud, constituye un derecho y al mismo tiempo una responsabilidad de todos y constituye un elemento indispensable en el desarrollo de la persona, la familia, la sociedad y el país

Salud bucodental: Ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.

Colegios: Es un establecimiento dedicado a la enseñanza.

Docentes: Es quien se dedica profesionalmente a la enseñanza, bien con carácter general, bien especializado en una determinada área de conocimiento, asignatura, disciplina académica, ciencia o arte.

Educación: Proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad.

Educación inicial: Constituye el primer nivel de la educación Básica regular

Educación primaria: Constituye el segundo nivel de la Educación Básica Regular y dura seis años

Promoción de la salud: Proceso que consiste en proporcionar a las personas, familias y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud. Procura crear y fortalecer las condiciones que habiliten a la población adoptar cada vez mejores decisiones en torno a la salud.

En este sentido la promoción de la salud implica emprender un proceso orientado a desarrollar habilidades y a generar mecanismos políticos, organizativos y administrativos que permitan a las personas y a sus comunidades tener un mayor control sobre su salud y mejorarla.

3.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

HIPÓTESIS

Los conocimientos en salud bucal de los docentes de las instituciones educativas de educación inicial y primaria en el sector rural de los distritos de Huachos y Capillas

en la provincia de Castrovirreyna son insuficientes para ser transmitidos a sus educandos

VARIABLES:

Nivel de Conocimiento sobre Salud bucal:

- **Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal:** Es definido como el nivel que tienen de higiene bucal, flúor y maloclusiones tomados en cuenta principalmente para este estudio
- **Conocimientos sobre enfermedades bucales:** Es definido como el nivel que tiene sobre: caries dental, enfermedad Periodontal tomados en cuenta principalmente para este estudio
- **Conocimientos sobre desarrollo dental:** Es definido como el nivel que tiene sobre el inicio de formación dental, tipos de dentición, número de dientes deciduos, cronología de la erupción dentaria.

COVARIABLES:

- **Edad:** Es definido como la cantidad de años transcurridos desde el nacimiento.
- **Tiempo de experiencia:** Es definido como la cantidad de años transcurridos de ejercicio de la docencia.
- **Sexo:** Es definido como la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
----------	----------	-----------	-----------	--------	-----------

Nivel de Conocimiento sobre Salud Bucal	Es la medida de la capacidad del individuo de usar la razón después de haber pasado por el fenómeno de enseñanza – aprendizaje sobre los conceptos de salud bucal , los cuales han sido transmitidos de manera explícita mediante orientadores que se encargan de dar la información sistematizada , como de manera tácita con las vivencias cotidianas que originan el saber empírico	Conocimientos sobre medidas preventivas en Salud bucal	Cuestionario	Cualitativa ordinal	Malo(0-6 puntos) Regular (7-12 puntos) Bueno (13-18 puntos)
		Conocimientos sobre enfermedades bucales			
		Conocimientos sobre desarrollo dental			
Higiene oral (docente)	Representa un método eficaz para mantener una buena salud oral mediante un adecuada limpieza de la estructuras dentarias .	Placa dental blanda	Índice de Green y Vermillon	Cualitativa ordinal	Bueno(0.0 - 0.6) Regular(0.7-1.8) Malo (1.9 – 3.0)
		Condición del instrumento de higiene bucal	Estado de conservación del cepillo dental	Nominal	
Tiempo de servicio	Años que lleva enseñando	Cronológica	Número de años trabajo a la fecha	Razón	0-9 años 10 -19 años 20 -29 años 30 a más
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Antropomórfica	Número de años cumplidos a la fecha	Razón	25 años o menos 26 años a 30 años 31 años a 35 años 36 años a 40 años 41 años o más
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra		Características físicas	Nominal	Masculino Femenino

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Epidemiológico

- Descriptivo porque se limitó a observar e interpretar los resultados de la encuesta proporcionada.
- Transversal puesto que se a realizado en un corto periodo de tiempo.
- Social porque se da en el área de la salud.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la investigación está conformada por todos los docentes de educación inicial y primaria del sector público en los distritos rurales de Huachos y Capillas, provincia de Castrovirreyna

Niveles y número de docentes presentes según la DRE – HUANCVELICA en la UGEL de Castrovirreyna:

CAPILLAS		
ANEXOS	Nº de docentes por nivel	
	Inicial	Primaria
Cajamarca	1	6
Capillas	1	6
Cochapampa		4
Hacienda Allpas		2
Hacienda Pauranga		4
Hacienda Marcas		3
Guaragua		1
Macho cruz		4
Quilca		5
Tocluche	1	6

HUACHOS

ANEXOS	Nº de docentes por nivel	
	Inicial	Primaria
Huachos	1	6
Huajintay	1	6
Lluchucho		4
Pichuta	1	6
Quichua		5
Santa Rosa de Quilca	1	6

Cada centro educativo se encuentra un docente por nivel y grado dando un total de:

44 Docentes de inicial y primaria en Capillas

37 Docentes de inicial y primaria en Huachos

Siendo la población un total de 81 docentes, la muestra corresponde a toda la población

4.2.1 TIPO DE MUESTREO

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Estuvo conformada por 81 docentes

4.2.2 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Se tomará en cuenta los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tendrá en cuenta los siguientes criterios de inclusión para los entrevistados:

- Ser docente del sector público escolarizado
- Ser docente del nivel inicial y/o primario en el distrito de Huachos
- Ser docente del nivel inicial y/o en el distrito de Capillas.
- Uso del idioma español.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se tendrá en cuenta los siguientes criterios de exclusión para los entrevistados:

- No ser docente del nivel inicial y/o primario en los distritos de Huachos y Capillas.
- Ser docente del al sector privado.
- Ser docente de programas no escolarizados.
- No usar el idioma español.
- Ser profesional de la salud.
- Ser quechua hablante.

4.3 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS

Se modificó el cuestionario de Zambrano, León y Ríos, aplicando posteriormente una prueba piloto a 10 docentes de un colegio en el departamento de Lima, 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.

Para poder registrar a la población descrita, se utilizó la información proporcionada por el ministerio de educación, la UGEL de Castrovirreyna, acerca de la relación de instituciones educativas del nivel inicial y primario pertenecientes a los distritos de Huacho y Capillas, así como también se obtuvo el permiso correspondiente para la ejecución. El método de selección de la muestra se hizo por conveniencia, el cual fue de 81 docentes, al final del cual solo se obtuvo 79 docentes por los criterios de inclusión y exclusión.

Se pidió permiso a la instituciones educativas para la ejecución de la encuesta y el examen clínico a los docentes, se dio un comunicado informando que al día siguiente

deberían de traer su cepillo dental para que pueda ser renovado por otro el cual es otorgado por el investigador, culminando de esa manera la investigación.

Se utilizó el cuestionario de salud con los ítems especificados para evaluar el conocimiento sobre salud bucal.

Se entregó los cuestionarios a los docentes del nivel inicial y primario de los colegios seleccionados. Previo a la entrega, se les explicó el propósito del estudio, especificando el anonimato y la importancia de la sinceridad en sus respuestas. Los docentes firmaron una hoja de consentimiento informado

El cuestionario consta de 18 preguntas (dicotómica y respuestas múltiples) sobre conocimientos, el cual contiene los fines planteados en los objetivos de esta investigación, donde se considerará:

- Conocimiento sobre medidas preventivas (6 preguntas).
- Conocimiento sobre principales enfermedades bucales (6 preguntas).
- Conocimiento sobre desarrollo y crecimiento dental (6 preguntas).

Dándose un punto por cada respuesta correcta de cada ítem desarrollado, para ello se ponderada de la siguiente manera:

De manera global se agruparán los resultados en los siguientes intervalos:

- Malo (0-6 puntos)
- Regular (7-12 puntos)
- Bueno (13-18 puntos)

Y de manera particular:

A cada parte del cuestionario, sobre medidas preventivas, enfermedades bucales y desarrollo dental: entre 5 a 6 preguntas correctas se considera BUENO, entre 3 a 4 se considera REGULAR, y de 0 a 2 preguntas correctas se considera MALO.

Se procedió a realizar fichas clínicas a los docentes encuestados.

Para el llenado de las fichas se consideró solo el índice de higiene oral de Green y Vermillion. La evaluación se realizó en un ambiente pequeño conformado por una carpeta y una silla, a cada docente se le entregó una pastilla reveladora, mediante un espejo bucal y una linterna se registró los resultados, los cuales serán calificados de la siguiente manera:

- Bueno(0.0 - 0.6)
- Regular(0.7-1.8)
- Malo (1.9 – 3.0)

Dichas fichas también contendrán datos sobre las características y estado de conservación de su cepillo el cual será evaluado.

4.4 PROCESAMIENTOS DE DATOS

Luego de la aplicación del instrumento, los datos fueron procesados de manera automatizada, en una computadora Pentium IV, utilizando los siguientes Softwares: Procesador de texto Microsoft Word 2007, Microsoft Excel 2007, Programa Estadístico SPSS 19

4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Análisis estadístico descriptivo de contingencia para variables cualitativas.

Análisis inferencial, donde se utilizará la prueba no paramétrica chi cuadrado (χ^2).

V. RESULTADOS

TABLA 1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012)

	Frecuencia	Porcentaje
MALO	3	3,8
REGULAR	59	74,7
BUENO	17	21,5
Total	79	100,0

El 74.7% presentó un nivel regular de conocimiento sobre salud bucal. El 3.8% obtuvo un nivel malo. Se puede observar que el nivel de conocimiento va de regular a bueno. (Ver tabla N°1 y gráfico N° 1)

GRÁFICO 1 .NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

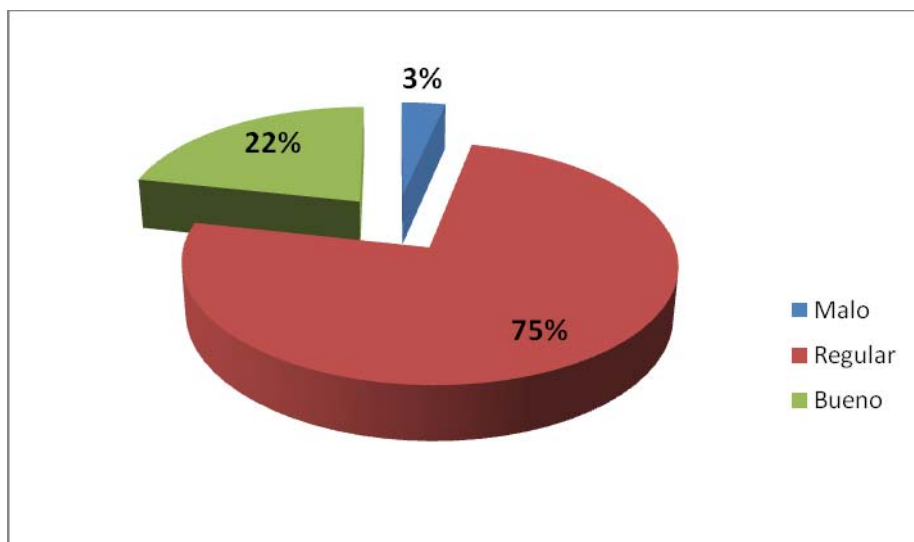


TABLA 2. TIEMPO DE EXPERIENCIA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012)

Tiempo de experiencia del docente	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0-9 años	1	5.6%	11	61.1%	6	33.3%	18	100.0%
10-19 años	0	0,0%	23	82,1%	5	17.9%	28	100.0%
20-29 años	2	7.1%	21	75.0%	5	17.9%	28	100.0%
30 a más	0	0.0%	4	80.0%	1	20.0%	5	100.0%
Total	3	3.8%	59	74.7%	17	21.5%	79	100.0%

$\chi^2 = 4.419$

$p = 0.62$ ($p < 0.05$)

gl = 6

El tiempo de experiencia predominante fue de 10 -19 años y 20 – 29 años con 28 docentes cada uno.

Los rangos de 10 a 19 años y de 30 años a más no presentaron encuestados de nivel malo.

En todos los rangos por tiempo de experiencia, el nivel de conocimiento va de un nivel regular a bueno.

En el nivel regular, el rango que presentó más porcentaje es de 10 a 19 años con 82.1%, seguido por el de 30 años a más con 80.0% y en el nivel bueno el más alto porcentaje obtuvo 33.3% en el rango 0 a 9 años.

La prueba de chi cuadrado ($\chi^2 = 4.419$ y $p = 0.62$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento y el tiempo de experiencia.

TABLA 3. EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012)

Edad de los docentes encuestados	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menor de 25 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	100%
26-30 años	0	0,0%	5	55.6%	4	44.4%	9	100%
31-35 años	1	7.7%	10	76.9%	2	15.4%	13	100%
36-40 años	0	0,0%	11	68.8%	5	31.2%	16	100%
41 años a más	2	4.9%	33	80.5 %	6	14.6 %	41	100%
Total	3	3,8%	59	74.7%	17	21.5%	79	100%

$X^2 = 6.337$ $p = 0.386$ ($p < 0.05$) $gl = 6$

En el nivel Regular, los rangos que obtuvieron más alto porcentaje fueron los de 41 años a más con 80.5%, seguido por los de 31 a 35 años con 76.9%

Se puede observar que el más alto porcentaje en el nivel bueno lo obtuvo el rango de 26 a 30 años.

No hubieron encuestados con nivel malo para los rangos menor a 25 años, 26 a 35 años y 36 a 40 años.

Por otro lado, se observó que ningún encuestado tiene menos de 25 años y el grupo etario predominante fue de 41 años a más.

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 6.337$ y $p = 0.386$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento y la edad de los encuestados.

TABLA 4. SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012)

Sexo de los docentes	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	1	3.8%	18	69.2%	7	26.9%	26	100,0%
Femenino	2	3.8%	41	77.4%	10	18.9%	53	100,0%
Total	3	3.8%	59	74.7 %	17	21.5%	79	100,0%

$\chi^2 = 0.680$

$p = 0.712$ ($p < 0.05$)

gl = 2

El sexo predominante fue el femenino y el nivel que obtuvo más alto porcentaje para ambos sexos fue el regular, el nivel de conocimiento va de un nivel regular a bueno.

La prueba de chi cuadrado ($\chi^2 = 0.680$ y $p = 0.712$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento y el sexo de los encuestados.

TABLA 5. TIEMPO DE EXPERIENCIA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012)

Tiempo de experiencia del docente	CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0-9 años	1	5,6%	9	50,0%	8	44,4%	18	100,0%
10-19 años	1	3,6%	16	57,1%	11	39,3%	28	100,0%
20-29 años	5	17,9%	14	50,0%	9	32,1%	28	100,0%
30 a más	0	0,0%	3	60,0%	2	40,0%	5	100,0%
Total	7	8,9%	42	53,2%	30	38,0%	79	100,0%

$X^2 = 4.788$ $p = 0.571$ ($p < 0.05$) $gl = 6$

Acerca del conocimiento sobre medidas preventivas se puede observar que el conocimiento regular obtuvo la mayoría de encuestados con 53.2% y el conocimiento malo un 8.9%.

En todos los rangos el conocimiento que predomina es el regular seguido por el bueno.

En el nivel regular el mayor porcentaje 60% se presentó en el rango de 30 a más años, seguido por el rango de 10 – 19 años con 57% y continuando con un empate en los rangos de 0 - 9 y 20 – 29 años con 50%.

En el nivel bueno el mayor porcentaje 44.4% se presentó en el grupo de 0 - 9 años.

En el nivel malo, el rango de más bajo nivel son los de 20 a 29 años de experiencia profesional con 5 (17.9%) docentes.

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 4.788$ y $p = 0.571$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas y el tiempo de experiencia de los encuestados.

TABLA 6. EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

Edad de los docentes encuestados	CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menor de 25 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
26-30 años	0	0,0%	2	22,2%	7	77,8%	9	100,0%
31-35 años	1	7,7%	8	61,5%	4	30,8%	13	100,0%
36-40 años	0	0,0%	10	62,5%	6	37,5%	16	100,0%
41 años a más	6	14,6%	22	53,7%	13	31,7%	41	100,0%
Total	7	8,9%	42	53,2%	30	38,0%	79	100,0%

$X^2 = 10.191$ $p = 0.117$ ($p < 0.05$) $gl = 6$

En todos los rangos el nivel regular tuvo predominancia excepto en el de 26 a 30 años donde el nivel bueno obtuvo un 77.8% .

En el nivel malo, el grupo etario de más bajo nivel de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud bucal, son 6 (14.6%) encuestados de 41 años a más.

No presentaron nivel malo los rangos de menor a 25 , de 26 a 30 años y de 36 a 40 años.

La prueba de chi cuadrado ($X^2= 10.191$ y $p=0.117$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas y la edad de los encuestados.

TABLA 7. SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

Sexo de los docentes	CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	0	0,0%	16	61,5%	10	38,5%	26	100,0%
Femenino	7	13,2%	26	49,1%	20	37,7%	53	100,0%
Total	7	8,9%	42	53,2%	30	38,0%	79	100,0%

$X^2 = 3.948$ $p = 0.139$ ($p < 0.05$) $gl = 2$

La mayoría de los encuestados 42 (53.2%) tuvo un nivel regular de conocimiento sobre medidas de prevención en Salud bucal, dentro del cual los hombres obtuvieron el mayor porcentaje con 16 (61.5%) y las mujeres un porcentaje de 26 (49.1%).

En el nivel bueno, los porcentajes son muy cercanos, el sexo masculino con 10 (38.5%) y el femenino con 20 (37.7%).

En el nivel malo, ningún encuestado masculino tuvo mal nivel de conocimiento a diferencia del femenino que presentó un porcentaje de 7(13.2%).

La prueba de chi cuadrado ($X^2= 3.948$ y $p=0.139$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas y el sexo de los encuestados.

TABLA 8. TIEMPO DE EXPERIENCIA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

Tiempo de experiencia del docente	CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES BUCALES							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0-9 años	5	27,8%	9	50,0%	4	22,2%	18	100,0%
10-19 años	16	57,1%	10	35,7%	2	7,1%	28	100,0%
20-29 años	15	53,6%	11	39,3%	2	7,1%	28	100,0%
30 a mas	3	60,0%	2	40,0%	0	0,0%	5	100,0%
Total	39	49,4%	32	40,5%	8	10,1%	79	100,0%

$X^2 = 6.426$ $p = 0.377$ ($p < 0.05$) $gl = 6$

Acerca del conocimiento sobre enfermedades bucales se puede observar que el conocimiento malo obtuvo la mayoría de encuestados con 49.4% y el conocimiento regular un 40.5%.

En el nivel malo, el porcentaje mayor lo obtuvo los encuestados cuya experiencia docente es de 30 años a más con un 60.0%, seguidos por el grupo de 10 – 19 años con un 57.1% .

En el nivel regular, el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo de 0 – 9 años con 9 (50%) de encuestados.

En el nivel bueno, los encuestados con tiempo de experiencia de 0 – 9 años obtuvieron un porcentaje alto con 22.2%. Ningún encuestado de 30 años a mas tiene un buen conocimiento sobre las principales enfermedades bucales.

La prueba de chi cuadrado ($X^2= 6.426$ y $p=0.377$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales y el tiempo de experiencia de los encuestados.

TABLA 9. EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

Edad de los docentes encuestados	CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES BUCALES							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menor de 25 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
26-30 años	1	11,1%	5	55,6%	3	33,3%	9	100,0%
31-35 años	7	53,8%	5	38,5%	1	7,7%	13	100,0%
36-40 años	8	50,0%	7	43,8%	1	6,2%	16	100,0%
41 años a más	23	56,1%	15	36,6%	3	7,3%	41	100,0%
Total	39	49,4%	32	40,5%	8	10,1%	79	100,0%

$\chi^2 = 9.232$

$p = 0.161$ ($p < 0.05$)

gl = 6

El mayor porcentaje para el nivel malo lo obtuvo el rango de 41 años a más con 23(56.1%), en el nivel regular lo obtuvo el rango de 26-30 años con 5 (55.6%) y en el nivel bueno, el mayor porcentaje también lo obtuvo el rango de 26 – 30 años con un 33.3 % de encuestados .

Ningún encuestado tuvo menos de 25 años, en general se pudo observar que según la edad la mayoría de los encuestados tiende a tener un nivel malo desde los 31 a más. Y los de 26 a 30 años presentaron una tendencia positiva según la tabla.

La prueba de chi cuadrado ($\chi^2= 9.232$ y $p=0.161$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales y la edad de los encuestados.

TABLA 10. SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES BUCALES DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

Sexo de los docentes	CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDADES BUCALES							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	12	46,2%	9	34,6%	5	19,2%	26	100,0%
Femenino	27	50,9%	23	43,4%	3	5,7%	53	100,0%
Total	39	49,4%	32	40,5%	8	10,1%	79	100,0%

$$X^2 = 3.585 \quad p = 0.167 \quad (p < 0.05) \quad gl = 2$$

El nivel malo predomina en todos los sexos, en el masculino con un 46.2% y en el femenino con un 50.9%

Se puede observar que el mayor porcentaje para el nivel bueno lo obtuvo el sexo masculino.

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 3.585$ y $p = 0.167$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento sobre las principales enfermedades bucales y la edad de los encuestados.

TABLA 11. TIEMPO DE EXPERIENCIA Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

Tiempo de experiencia del docente	CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO DENTAL							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0-9 años	3	16,7%	11	61,1%	4	22,2%	18	100,0%
10-19 años	4	14,3%	15	53,6%	9	32,1%	28	100,0%
20-29 años	5	17,9%	16	57,1%	7	25,0%	28	100,0%
30 a más	0	0,0%	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%
Total	12	15,2%	46	58,2%	21	26,6%	79	100,0%

$X^2 = 2.036$ $p = 0.916$ ($p < 0.05$) $gl = 6$

Acerca del conocimiento sobre desarrollo dental se puede observar que el conocimiento regular obtuvo la mayoría de encuestados con 58.2% seguido por el nivel bueno con 26.6%.

En el nivel regular el mayor porcentaje 4 (80 %) se presentó en el rango de 30 años a más.

Los encuestados cuyo tiempo de experiencia fue de 30 años a más no presentaron nivel malo.

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 2.036$ y $p = 0.916$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental y tiempo de experiencia de los encuestados.

TABLA 12. EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

Edad de los docentes encuestados	CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO DENTAL							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menor de 25 años	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
26-30 años	2	22,2%	6	66,7%	1	11,1%	9	100,0%
31-35 años	2	15,4%	7	53,8%	4	30,8%	13	100,0%
36-40 años	1	6,2%	9	56,2%	6	37,5%	16	100,0%
41 años a más	7	17,1%	24	58,5%	10	24,4%	41	100,0%
Total	12	15,2%	46	58,2%	21	26,6%	79	100,0%

$X^2 = 3.083$ $p = 0.798$ ($p < 0.05$) $gl = 6$

En todos los rangos predominó el nivel regular con tendencia a un nivel bueno, excepto en el rango de 26 a 30 años donde la tendencia es de un nivel regular a malo.

Ningún encuestado tiene menos de 25 años.

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 3.038$ y $p = 0.798$) no muestra asociación entre el nivel de conocimiento sobre desarrollo dental y edad de los encuestados.

TABLA 13. SEXO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DESARROLLO DENTAL EN SALUD BUCAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

Sexo de los docentes	CONOCIMIENTOS SOBRE DESARROLLO DENTAL							
	MALO		REGULAR		BUENO		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Masculino	4	15,4%	19	73,1%	3	11,5%	26	100,0%
Femenino	8	15,1%	27	50,9%	18	34,0%	53	100,0%
Total	12	15,2%	46	58,2%	21	26,6%	79	100,0%

$$X^2 = 4.768$$

$$p = 0.092 (p < 0.05)$$

$$gl = 2$$

En los dos sexos predominó el nivel regular, sin embargo en el sexo masculino hay una tendencia hacia el nivel malo por el contrario el sexo femenino mostro una tendencia hacia el nivel bueno.

La prueba de chi cuadrado ($X^2 = 4.768$ y $p = 0.092$) no muestra asociación entre nivel de conocimiento sobre desarrollo dental y sexo de los encuestados.

TABLA 14. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

	Frecuencia	Porcentaje
Bueno (0.0 -0.6)	3	3,8
Regular (0.7 - 1.8)	55	69,6
Malo (1.9 -3.0)	21	26,6
Total	79	100,0

La mayoría de los encuestados 55 (69.6%) tuvo un regular índice de Higiene oral. Seguido de 21 (26.6%) con un índice malo. Y la gran minoría 3 (3.8%) de los docentes encuestados tuvo un buen índice de Higiene oral.

GRAFICO 2. ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

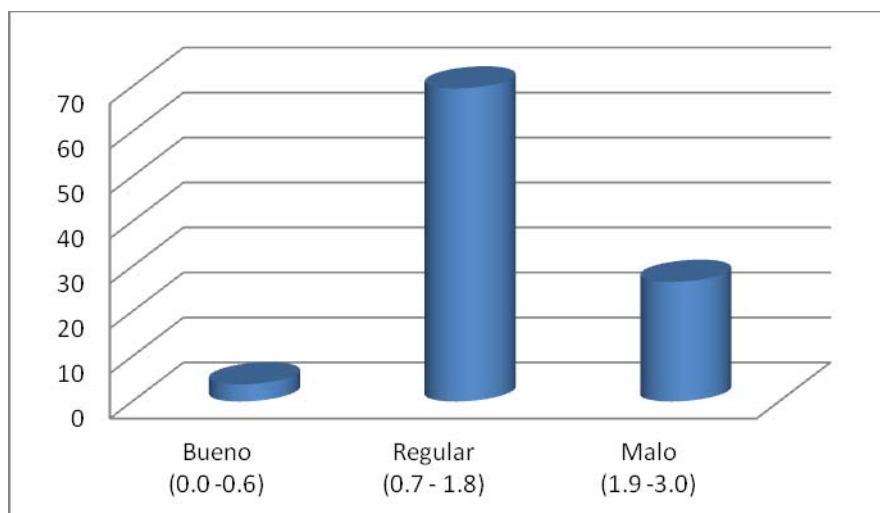


TABLA 15. DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA QUE TIENEN CEPILLO DENTAL

	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	96,2
No	3	3,8
Total	79	100,0

De total de 79 docentes encuestados el 96.2% presentaron cepillo dental (Ver tabla 15 y gráfico 3)

GRÁFICO 3. DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA QUE TIENEN CEPILLO DENTAL

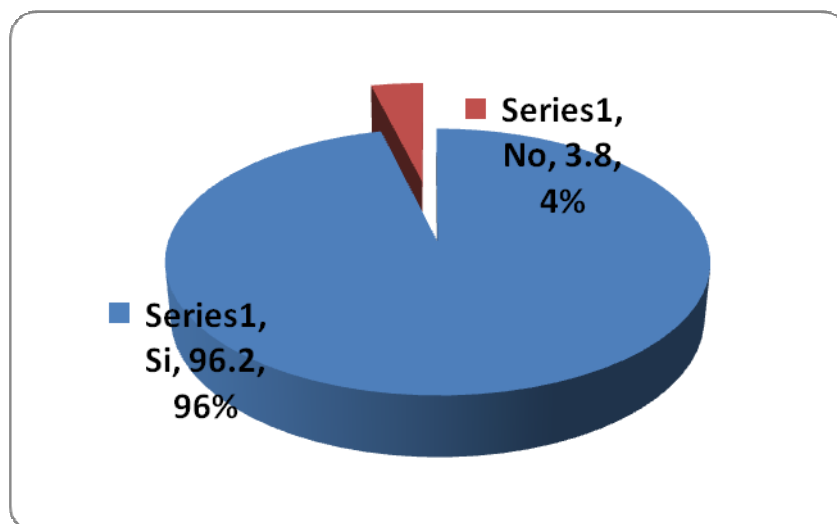


TABLA 16. TAMAÑO DE LA CABEZA DEL CEPILLO DENTAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

	Frecuencia	Porcentaje
Grande	11	14,5
Mediano	65	85,5
Total	76	100,0

La mayoría 65 (85.5%) de los encuestados mostraron un cepillo dental con cabeza mediana.

GRÁFICO 4. TAMAÑO DE LA CABEZA DEL CEPILLO DENTAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

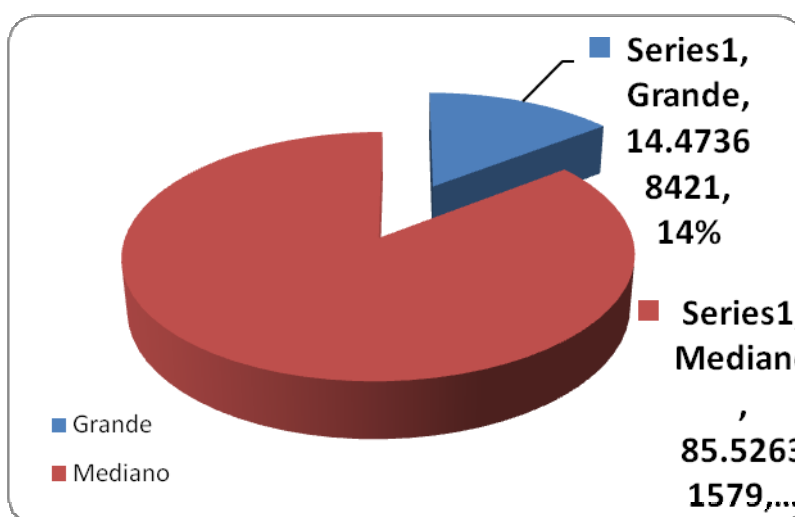


TABLA 17. PERFIL DEL CEPILLO DENTAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

	Frecuencia	Porcentaje
Plano	48	63,2
Cóncavo	16	21,1
Recto dentado	12	15,8
Total	76	100,0

La mayoría 48 (63.2%) de los encuestados presentaron cepillo dental de perfil plano. Seguido de 16 (21.1%) de perfil cóncavo, y un 12 (15.8%) de los docentes encuestados presentaron cepillo dental de perfil recto dentado.

GRÁFICO 5. PERFIL DEL CEPILLO DENTAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012)

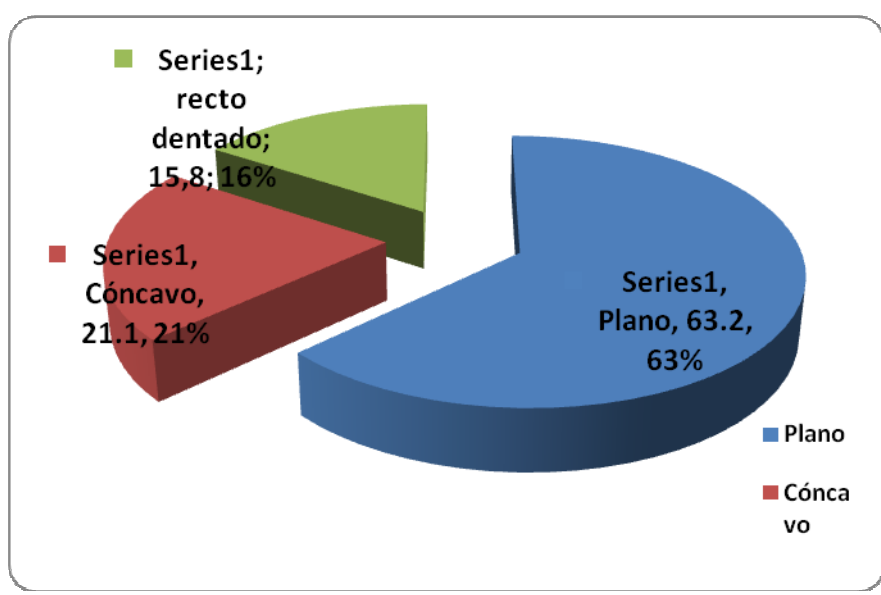


TABLA 18. DUREZA DE LAS CERDAS DEL CEPILLO DENTAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

	Frecuencia	Porcentaje
Suaves	9	11,8
Medianos	57	75,0
Duros	10	13,2
Total	76	100,0

La mayoría 57 (75.0%) de los encuestados presentaron cepillo dental cuya dureza de las cerdas es mediana. Seguido de 10 (13.2%) cuya dureza de las cerdas del cepillo es duro, y 9 (11.8%) de los docentes encuestados presentaron un cepillo cuya dureza de las cerdas es suave.

GRÁFICO 6. DUREZA DE LAS CERDAS DEL CEPILLO DENTAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

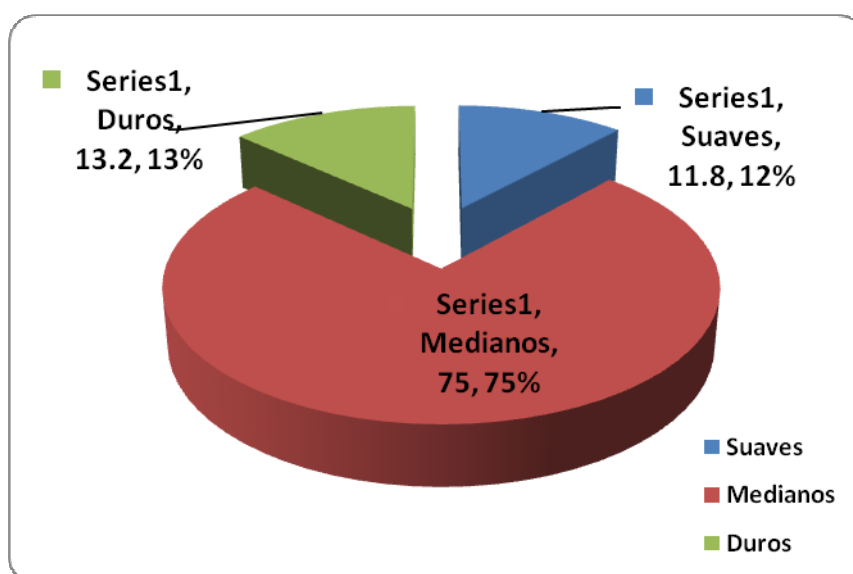
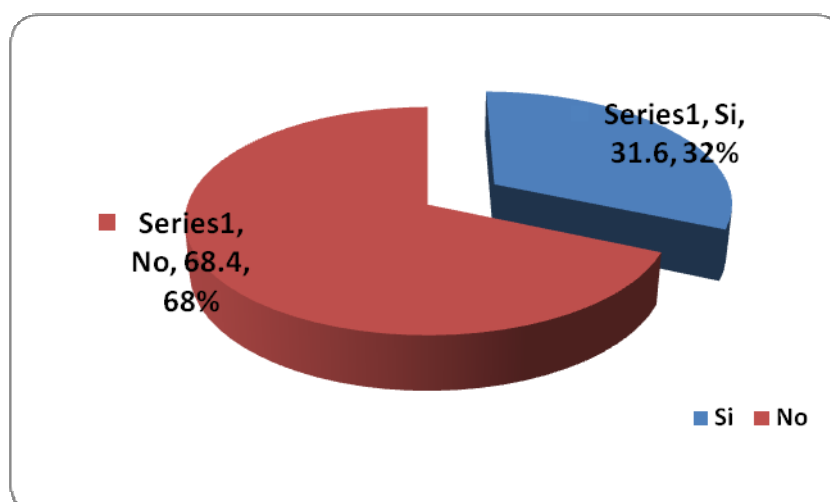


TABLA 19. DESGASTE O DECOLORAMIENTO DEL PENACHO DE LAS CERDAS DEL CEPILLO DENTAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).

	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	31,6
No	52	68,4
Total	76	100,0

El penacho de las cerdas de la mayoría 52 (68.4%) de los cepillos dentales de los encuestados presentó desgaste o decoloramiento

GRÁFICO 7. DESGASTE O DECOLORAMIENTO DEL PENACHO DE LAS CERDAS DEL CEPILLO DENTAL DE LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN INICIAL Y PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE CASTROVIRREYNA (OCTUBRE-2012).



VI.DISCUSIÓN

La Caries Dental y la Enfermedad Periodontal, afectan a un gran porcentaje de la población, la única posibilidad de poder mantener la Salud Bucal, es prevenir la enfermedad de manera precoz, el mayor beneficio de esto, es tener la oportunidad de interceptar o modificar patrones de conducta que puedan resultar dañinos, es por eso que se considera importante reconocer el nivel de conocimiento de los docentes para tener un patrón base y así poder crear programas de Promoción de Salud donde se incluya orientación y atención bucodental para niños.

Estos programas de salud bucal deben involucrar al individuo y su familia en el entorno que se desenvuelven y más cuando se presentan realidades socioculturales diversas. Estos implican entonces abordajes metodológicos interdisciplinarios, con estrategias que capacitan a las personas, para que estas se conviertan en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción de la salud.

Es de fundamental importancia involucrar en la capacitación sobre los programas de promoción y prevención en salud bucal de los escolares a padres y maestros de manera que se hagan mayores motivaciones e incentivos para estimular la higiene oral de sus hijos y estudiantes; ya que son los padres y adultos mayores, los que enseñan a los niños directa e indirectamente con su ejemplo los hábitos y conductas saludables o no saludables en una etapa de la vida en la que el aprendizaje proviene del entorno social y lo que se aprenda será fundamental para el futuro .

Por lo tanto la educación en salud debe partir desde la infancia para crear hábitos adecuados en higiene oral y modificar tempranamente los malos hábitos.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, nos indica que el nivel de conocimiento sobre prevención en Salud Bucal, es Regular, con un 74.7% y Bueno con un 21.5% de los docentes encuestados (ver tabla N°1), en contraste con el estudio de Bordoni donde sus resultados revelaron un 73.37% y fueron de un nivel satisfactorio.

En la tabla 1 se observa; que del 100 % de docentes encuestados, 59 (74.7%) tienen un nivel regular de conocimiento sobre salud bucal. Seguido de 17 (21.5%) encuestados de nivel bueno, y 3 (3.8%) de los encuestados tienen mal nivel de conocimiento sobre salud bucal, observando una tendencia hacia el nivel bueno, coincidiendo con los estudios de Díaz⁷, León ², Ríos³ y Zambrano¹, los estudios de estos tres últimos muestran una tendencia de regular a malo, no hallándose nivel bueno en sus encuestados. Por el contrario los estudios de Bordoni⁶ y Vásquez⁹ mostraron un nivel bueno.

El tiempo de experiencia profesional más predominante fueron los rangos de 10 – 19 años y 20 – 29 años con 28 encuestados cada uno, el rango de edad más frecuente fue el de 41 años a más con 41 encuestados de un total de 79 encuestados y el sexo predominante fue para el femenino con 53 encuestados, todo de un total de 79 encuestas (ver Tabla N° 5, 8, 11)

El cuestionario sobre nivel de conocimiento en Salud Bucal, estaba compuesto por tres partes, se observó que los niveles obtenidos en cada una de éstas, fue variado, obteniéndose para la primera parte, sobre medidas preventivas, un conocimiento regular con 53.2 %, para conocimiento sobre las principales enfermedades bucales, un conocimiento malo con 40.5%, y finalmente para conocimiento sobre desarrollo dental un conocimiento regular con 58.2% de los encuestados. (Ver Tabla N° 5, 8, 11)

Si evaluamos cada categoría estudiada, la primera, es sobre el conocimiento de medidas preventivas en salud bucal, en la cual se obtuvieron los porcentajes 53.2% en el nivel regular, un 38 % en el nivel bueno y un 8.9% en el nivel malo (ver tabla N°5), aquí se consignaron preguntas como higiene bucal, dieta y flúor. Los resultados de esta categoría no son muy lejanos a los resultados obtenidos por Ríos cuyos porcentajes son 64.2% en el nivel Regular, un 30.2 % en el nivel Bueno y un 5.6% en el nivel malo, pero se observa una diferencia amplia con los resultados de León los cuales son 90.4% para el nivel regular y 9.6 % para el nivel malo, no hallándose nivel bueno en esta categoría.

La segunda parte o categoría se refiere al conocimiento de los docentes con respecto a las principales enfermedades bucales, como Caries, Gingivitis o Enfermedad Periodontal. Como se aprecia en los resultados presentados 49.4% de los encuestados presentó un conocimiento malo, conocimiento regular con 40.5% y conocimiento bueno 10.1% (ver tabla N°8). En contraste con el estudio de Martell donde sus resultados revelaron un 54,9% inicialmente, con el estudio de León que muestra un 85.5% para el nivel malo y 13.5% en el nivel regular, no presentando nivel bueno para esta categoría y con los estudios de Ríos³ que aunque presente los tres niveles los valores son lejanos.

La tercera parte, acerca del conocimiento sobre el desarrollo de los dientes, nos presenta resultados poco satisfactorios, en donde el mayor porcentaje de docentes 58.2% posee un conocimiento regular (ver tabla N°11) a diferencia de León² que presenta un 75% para el conocimiento malo.

Los estudios de León y Ríos fueron aplicados a padres y tutores del nivel inicial de una zona urbana, el nivel de educación, ni la zona geográfica tienen que ver en los

resultados. Incluso comparamos con el estudio de Zambrano¹ ni el tipo de escuela sea pública o privada influye en los resultados.

Se evaluó el nivel de conocimiento en prevención en salud bucal, las principales enfermedades bucales y sobre desarrollo dental según la edad, sexo y tiempo de experiencia profesional coincidiendo con los estudios de Picolo de que el sexo y los años de docencia no influyeron en el nivel de conocimiento, en cuanto a melgar la edad de los docentes tampoco influyeron. Aunque no se encontraron diferencias significativas, se pudo establecer ciertas relaciones entre algunos.

Así tenemos que para el nivel de conocimiento en Salud bucal sobre prevención bucal según la tiempo de experiencia, se obtuvo que, la mayoría de docentes 57.1% está en el rango de 10-19 años, y posee un nivel de conocimiento Regular con el 53.2% (ver tabla N°5), según la edad en el nivel bueno, el rango que presenta mayor porcentaje 77.8% es de 26 – 30 años y el rango que posee el mal nivel de conocimiento es de 41 años a mas con 14.6% (ver tabla N°9) y según el sexo se puede distinguir un mayor conocimiento para el sexo masculino.

Del mismo modo, entre el nivel de conocimiento en salud bucal sobre las principales enfermedades bucales y el tiempo de experiencia, el porcentaje más alto lo presenta el rango de 0 – 9 años con un 50% en el nivel regular y un 22% en nivel bueno, según la edad se observa que la mayoría de los encuestados tienden a tener un nivel malo desde los 31 a más. Y los de 26 a 30 años tienen una tendencia positiva según la tabla y según el sexo el 50.9% de las mujeres presentan un mal nivel de conocimiento en dicho tema.

De igual forma entre el nivel de conocimiento en salud bucal sobre desarrollo dental y el tiempo de experiencia predomina el conocimiento regular en todos los rangos, de la

misma manera ocurre al relacionarlo con la edad y según el sexo, los hombres poseen un regular nivel de conocimiento con 73.1 % de los encuestados para este sexo.

Al evaluar el índice de higiene oral del encuestado, la mayoría tuvo un nivel regular con un 69.6%, puede que el horario de refrigerio haya influido en el índice en menor medida ya que la mayoría fueron tomadas en las primeras horas del día.

Con respecto a la condición del instrumento de higiene en este caso el cepillo se obtuvo que 3 de los encuestados no presentaron cepillo dental a pesar que esto fue avisado. La mayoría de encuestados utilizan un cepillo con cabeza mediana, con cerdas planas, con una dureza mediana y el cepillo de un 68.4 % de encuestados no presenta desgaste o decoloramiento de las cuales las tres últimas características son la adecuadas para una ideal higiene bucal. En general los encuestados presentaron un tamaño mediano el cual es común en los cepillos comerciales que se pueden obtener por la zona.

VII. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento de los docentes de educación inicial y primaria de los distritos de Huachos y Capillas fue regular.
- En cuanto al conocimiento de medidas preventivas en Salud Bucal y desarrollo dental la mayoría de docentes obtuvieron un nivel regular y para conocimiento sobre enfermedades bucales obtuvieron un nivel malo.
- El tiempo de experiencia profesional más predominante fueron los rangos de 10 – 19 años y 20 – 29 años con 28 encuestados cada uno, el rango de edad más frecuente fue el de 41 años a más con 41 encuestados de un total de 79 encuestados y el sexo predominante fue para el femenino con 53 encuestados, todo de un total de 79 encuestas.
- No se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento, el tiempo de experiencia, la edad y el sexo de los encuestados.
- Los encuestados obtuvieron un índice de higiene oral de nivel.
- La mayoría de encuestados utilizan un cepillo con cabeza mediana, cerdas planas, cerdas de dureza mediana y el cepillo de la mayoría de encuestados no presenta desgaste o decoloramiento

VIII. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios que nos permita evaluar si el nivel de conocimiento de los docentes de zonas rurales son o no aplicados a sus alumnos.
- Realizar estudios en el cual se pueda medir el COPD Y CEOD a los docentes de instituciones educativas rurales y ver si guardan relación con el nivel de conocimiento en salud bucal.
- Realizar estudios en el cual se mida el nivel de conocimiento de los docentes de zonas rurales antes y después de una capacitación sobre Salud Bucal.
- Reforzar y apoyar al programa promocional que opera en estos momentos en nuestra Universidad y el Ministerio de Salud, donde se considera al niño como grupo prioritario, poniendo en práctica métodos de prevención a través de nuestra Universidad.
- Realizar mayor labor promoción de salud con las instituciones educativas con campañas sobre conocimientos básicos sobre salud bucal en donde se pueda educar no solo a docentes sino también a padres y alumnos y transmitir la educación sobre salud bucal.
- Añadir el curso sobre salud bucal en el plan curricular de los docentes.

IX.RESÚMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y social; que tiene como objetivo principal determinar el nivel de conocimiento sobre Salud bucal en los docentes de nivel inicial y primaria de los distritos rurales de Huachos y Capillas de las provincia de Castrovirreyna – Huancavelica en el año 2012, para lo cual se aplicó una encuesta a los docentes de las instituciones de dichos distritos. La muestra estuvo conformada por 79 docentes

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, además se les midió el índice de higiene bucal y se observó el estado de condición de su cepillo dental.

Se dividieron los resultados de la encuesta en tres niveles: bueno, regular y malo. En general, sobre conocimiento en Salud Bucal el 21.5% mostró un nivel bueno, el 3.8% presentó un nivel malo y el 74.7% tuvo un nivel regular En cuanto al conocimiento sobre medidas preventivas, se obtuvieron los porcentajes 53.2% en el nivel regular, un 38 % en el nivel bueno y un 8.9% en el nivel malo; sobre el conocimiento de enfermedades bucales, 49.4% de los encuestados presentó un conocimiento malo, conocimiento regular con 40.5% y conocimiento bueno 10.1%, y con respecto al conocimiento sobre desarrollo dental el mayor porcentaje de docentes, 58.2% ,posee un conocimiento regular.

No se encontró una relación directa proporcional entre el nivel de conocimiento, el tiempo de experiencia, edad y sexo de los encuestados.

En cuanto al índice de higiene oral, la mayoría de encuestados presentó un nivel regular con 69.6% y con respecto a la condición del instrumento de higiene en este caso el cepillo dental se obtuvo que 3 de los encuestados no lo presentaron. La mayoría de encuestados utilizan un cepillo dental con cabeza mediana, de cerdas planas, de dureza mediana y el cepillo de un 68.4 % de encuestados no presentó desgaste o decoloramiento

Palabras clave: nivel de conocimiento, salud bucal, docentes

SUMMARY

We conducted a descriptive study, transversal and social, that aims to determine the level of primary oral health knowledge among teachers and primary level of rural districts Chapels and Huachos the province Castrovirreyna - Huancavelica in year 2012, which were surveyed teachers of institutions of such districts. The sample consisted of 79 teachers

The level of oral health knowledge was divided into knowledge about preventive measures, knowledge of oral diseases and dental development knowledge, likewise every aspect was related knowledge level of experience with time, age and sex of respondents, they also measured the rate of oral hygiene and observe the state of condition of your toothbrush.

We divided the survey results in three levels: good, fair and poor. In general, knowledge about Oral Health 21.5% showed a good level, 3.8% had a bad level and 74.7% had a regular level On knowledge about preventive measures, the percentages were obtained in 53.2% Regular level, 38% level and 8.9% Good level bad, on knowledge of oral diseases, 49.4% of respondents provided a knowledge Malo, with 40.5% Regular knowledge and knowledge Good 10.1%, and with respect to knowledge dental development the highest percentage of teachers, 58.2% have a regular knowledge. No direct relationship was found between the proportional level of knowledge, experience time, age and sex of respondents.

As for the oral hygiene index, most respondents showed a regular level and 69.6% with respect to the health condition of the instrument in this case was obtained toothbrush that 3 of the respondents did not submit. Most respondents use a toothbrush with medium head, flat bristle, medium-hard brush and 68.4% of respondents do not wear or discoloration

Keywords: level of knowledge, oral health, educational

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. Treviño ME. Patrón cultural sanitario bucal familiar y enfermedad bucodental en preescolares; Revista Invest. Científica (Barcelona); 2008; 4(2); Nueva época.

Mayo - Agosto 2008. ISSN 1870-8196 ;Unidad Académica de odontología ;
Universidad Autónoma de Zacatecas

7. 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> .
8. 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.
9. 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
10. 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.
11. Universidad europea de Madrid .El Conocimiento, trabajo de investigación 2002-2008 http://www.esp.uem.es/isbc/trabajo_Conocimiento_Gorka.ppdf
12. Organización Mundial de la Salud. Educación para la Salud. Manual sobre Educación Sanitaria en atención primaria de Salud. Ginebra. 1989.
13. Organización Mundial de la Salud. Glosario Promoción de la Salud. Ginebra 1998. Pág.10
14. 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>

15. Foro salud: La Salud Bucal: Balance de la Acción Gubernamental 2007 – 2008, dic 2008 , http://eduvida.org/frame_columnistas3.html [consulta:6 JUN 2012]
16. Gallardo C, Falcón E, Vargas J, Salazar L y col. Programa nacional de Salud Bucal - Guía Metodológica del Programa de Educación de Salud bucal del escolar. 2009 - 2010, Colegio Odontológico del Perú, 2009, pág. 2
17. Resolución Ministerial N° 516-2008: Plan Nacional de Salud Bucal “Sonríe siempre Perú”.
18. Sosa Rosales M, Salas Adam MR. Promoción de salud bucodental y prevención de enfermedades. En: Guías prácticas de estomatología. La Habana: Ciencias Médicas, 2003: 493 -514.
19. Basso MI. Estrategias preventivas en caries oclusales de niños y adolescentes. RevAsocOdontol Argent 2005; 93 (1):33-40.
20. Bonecker M, Sheiham A, Duarte DA. Oral Health Promotion in the childhood and adolescence: Knowledge and practices. Bib Fac Odontol Sao Paulo, 2004.
- 21.- Otero purizaga, Juana. “Prevalencia de enfermedades periodontales, factores de riesgo y necesidad de tratamiento en el personal de tropa masculino en servicio Militar en Lima en el año 2000”. Rev. Estomatologica Herediana v.15 n.1 2005. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552005000100003&lng=es&nrm=is
- 22.-Cuenca, Emili. "Odontología preventiva y comunitaria". Segunda edición1999. Editorial masson s.a.
- 23.- Moreira Addison Machado E, Almeida Santos IC, Rocha Carvalho MS. Alimentação e nutrição: relação com a saúde bucal. RevHigAliment 2004; 18 (118):15-20
- 24.-Gespert Abreu EA. Enfoque comunitario de la caries dental. En: Velarde Almenares M, Alfonso Betancourt N, Fernández Ramírez L, González Ramos R, Nazco Hidalgo N, López Gill A. Salud bucal comunitaria

- [monografía en CD-ROM]. [La Habana]: [MINSAP],[2005?]: [consulta: 20 mayo 2007]
- 25.-EmmerichAdauto F, Da Silva A. Fluor and community health: 50 years of water fluoritacion in Brazil <<http://bases.biremes.br/cqi-in/wxislind.exe/iah/online/>>. [consulta:15 marzo 2007].
- 26.- Cardoso I, Rasing C, Kramer I, Da Costa CC, Da Costa LC. Polarization of dental caries in a city without fluoridated water.Saude Publica 2003; 19(1):23–43
- 27.- Jones S, Burt BA, Petersen PE, Lennon MA. The effective use of fluorides in public Herat.Bull WorldHealthOrg. 2005; 83(9):670–6
- 28.- Bravo Licourt M. Sistema de actividades de preescolares y escolares y su influencia en el desarrollo psíquico. En: Moreno Castañeda MI. Psicología del desarrollo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003; 74 – 7
- 29.- Díaz Solorzano D, González Nayas G, Abreu Cabrera IM, Gutiérrez Maturell S, Cabañas Lores C,Flores Morales E. Guías prácticas clínicas de la caries dental. En: Garrigó MI, SardiñasAlayónS,Gespert Abreu E, Valdés García P, Legra Padilla N, Fuentes Balido I, et al. Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2003:23-75
- 30.- Diaz Núñez, Mauricio. Grado de conocimiento de medidas preventivas de Salud Bucal en gestantes. Tesis Bachiller UPCH . 1996
- 31.- Mc. Donald, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995
- 32.- Tabares I, "La educación como motor del desarrollo". Setiembre 2002. www.juventicus.com [consulta: 6 jun 2012]
- 33.- Kohen G., Mireya., "Nivel de educación en salud bucal de un grupo de escolares del área norte", [Tesis], 1986
- 34.- Rodríguez C, "Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8°basico de la Ciudad de Santiago"; [Tesis]; Chile 2005; Pág.58

- 35.-Vexler I, "Informe sobre la Educación Peruana - Situación y perspectivas", 2004 pag.2, citado en: <http://www.oei.es/quipu/peru/ibeperu.pdf> [consulta: 6 jun 2012]
- 36.-Programa de Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas – Escuelas Saludables, Dirección general de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud; Perú; pág. 18- 20 , 2005
- 37.- Sota J. y col ,” Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular Dineip – Dinesst; Ministerio de Educación del Perú; Lima; noviembre de 2005 fimarts.a.c ;pág. 7 y 6
- 38.-Proceso Diversificación curricular, <http://www.slideshare.net/ludgardoj/proceso-diversificacion-curricular> [consulta: 8 jun 2012]
- 39.- Ministerio de Educación, “Diversificación curricular con orientaciones para el nivel de primaria – introducción general al proceso”; Abril 2009 <http://es.scribd.com/doc/31128235/Diversificacion-Curricular-FUENTE-MINEDU> [consulta: 8 jun 2012]
- 40.- Rojas A, Úrsula M, Valero R, Niria del C y col , “ El docente como promotor de la salud en Educación Inicial – Guía de Formación” ; Universidad de los Andes ; Merida ; mayo 2009.
- 41.- Niños de Huancavelica celebran día de la Educación Inicial, mayo http://www.regionhuancavelica.gob.pe/portalweb/index.php?option=com_content&view=article&id=2346:ninos-de-huancavelica-celebran-dia-de-la-educacion-inicial&catid=176:noticias-mayo-2011&Itemid=704
- 42.-Valdivia G. “Plan Vial Provincial Participativo de Castrovirreyna”, setiembre – 2004
- 43.-Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Conferencia internacional De Promoción de la salud Santa fe de Bogotá, Colombia, Noviembre de 1992

- 44.-Rojas A, Úrsula M, Valero R, Niria del C y col , “ El docente como promotor de la salud en Educación Inicial – Guía de Formación” , Universidad de los Andes , Mérida , mayo 2009
- 45.-Ministerio de Educación-Ministerio de salud Perú (2002): “Red de Escuelas Promotoras de la Salud”. Ediciones SINCOS, Lima- Perú
- 46.-AsociacionKallpa (2004): “Paseando por la Promoción de la Salud”. Ediciones AMARYLIS, Lima-Perú
- 47.-Organización e información estadística del nivel inicial en Iberoamérica
- 48.-Escuelas promotoras de la salud en el Perú - Una contribución al desarrollo Boletín IFP Salud, Enero 2005
- 49.-Odontorural <http://odontorural.wordpress.com/2006/08/24/fluorizacion-de-la-sal-en-el-peru/> [consulta: 11 jun 2012]
- 50.[Http://www.cop.org.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=808:alianza&catid=1:latest-news](http://www.cop.org.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=808:alianza&catid=1:latest-news) [consulta: 11 jun 2012]

XI.ANEXOS

CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro N°1

Perú: Población Escolar			
NIVELES Y MODALIDADES	ESTATAL	NO ESTATAL	TOTAL
Educación inicial	901,835	176,443	1 078,277
Educación primaria	3 682,149	594,576	4 276,725
Educación secundaria	2 166,665	467,290	2 633,956
	6 750,649	1 238,309	7 988,958

Fuente: Ministerio de Educación, Lima Marzo 2003.

Cuadro N°2

Perú: Instituciones Educativas			
NIVELES Y MODALIDADES	ESTATAL	NO ESTATAL	TOTAL
Educación inicial	25,133	5,925	31,058
Educación primaria	28,027	5,971	33,928
Educación secundaria	6,294	3,191	9,485
	60,084	15,087	74,471

Fuente: Ministerio de Educación, Lima Marzo 2003.

Cuadro N°3

Perú: Profesores			
NIVELES Y MODALIDADES	ESTATAL	NO ESTATAL	TOTAL
Educación inicial	26,713	16,327	43,040
Educación primaria	139,864	43,036	182,900
Educación secundaria	111,593	45,082	156,676
	278,170	104,445	382,616

Fuente: Ministerio de Educación, Lima Marzo 2003.

Cuadro N°4

EDUCACIÓN BÁSICA REGULAR													
NIVELES	Inicial		Primaria						Secundaria				
CICLOS	I	II	III		IV		V		VI		VII		
GRADOS	0-2	3-5	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	4º	5º

Fuente: Ministerio de Educación, Lima Noviembre 2005

Cuadro N°5

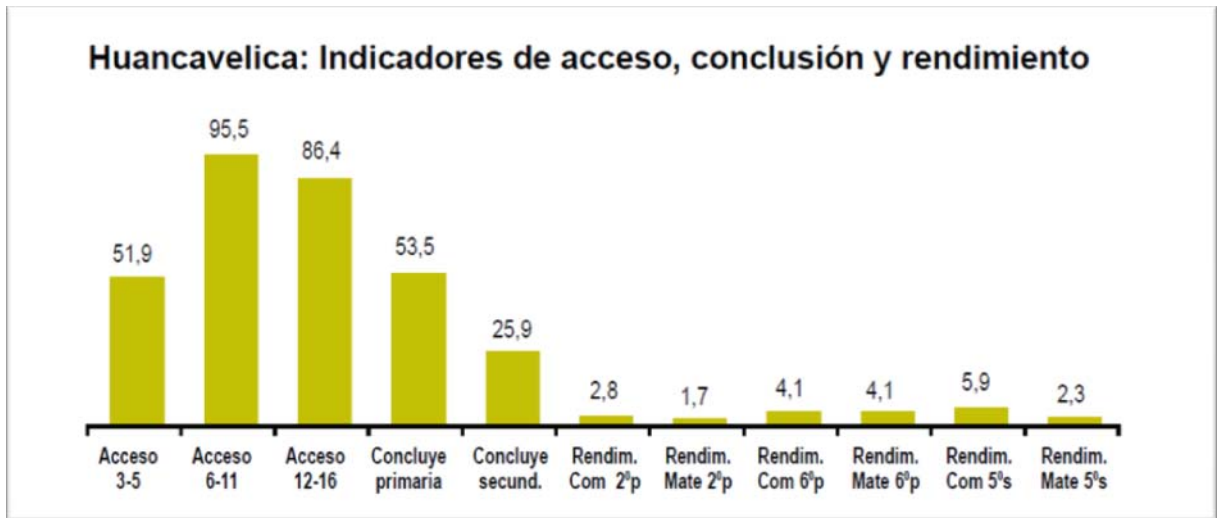
ESCUELAS PUBLICAS DE PRIMARIA		
Polidocente completa	+ de 6 mil	24%
Polidocente multigrado	+ de 12 mil	44%
Unidocente multigrado	+ de 9 mil	32%

Fuente: Ministerio de Educación, Lima Noviembre 2005

Cuadro N° 6

RESULTADOS LOGRADOS POR EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS			
Actividades	2003	2004	Incremento
Centros educativos de nivel de educación primaria	1,250	1,644	31%
Centros educativos de nivel de educación secundaria	0	736	100%
Profesores capacitados en salud del nivel de educación primaria	13,308	14,897	12%
Profesores capacitados en salud del nivel de educación secundaria	0	5,874	100%
Estudiantes beneficiarios por el Programa de Escuelas Promotoras de la Salud	300,000	568,797	90%
Fuente: Ministerio de Salud 2005.			

Gráfico: 1



Fuente: Ministerio de Educación, Lima 2004

Gráfico: 2



Fuente: Ministerio de Educación, Lima 2004

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES:

Edad: ____ años

Sexo: _____

Distrito donde vive: _____

Tiempo de experiencia docente: _____

II. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Instrucciones:

Esta parte del cuestionario contiene 18 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.- Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

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

2.- Principalmente cuando Ud. Cree que debe cepillarse los dientes?

- a) Antes de las comidas ()
- b) Después de las comidas ()
- c) Solo al acostarse ()
- d) Solo al levantarse ()
- e) No sé ()

3.- Cada cuánto tiempo considera usted que se debería cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 6 meses ()
- b) Cada 12 meses ()
- c) Cada 3 meses ()
- d) No sé ()

4.- Sabe para qué sirve el flúor dental?

- a) Para cambiar de color a los dientes ()
- b) Para enjuagarse la boca ()
- c) Para volver más duros los dientes ()
- d) Para aumentar la saliva ()

5.- ¿Qué alimentos principalmente cree usted que ayudan a fortalecer los dientes para prevenir la enfermedad de la caries dental?

- a) Queso y leche ()
- b) Verduras ()
- c) Pescado y mariscos ()
- d) Todas ()
- e) No sabe. ()

6.- ¿Deben utilizar los niños pasta dental para adultos?

- a) Si ()
- b) No, porque tiene mucha cantidad de flúor. ()
- c) No, porque les pica mucho y no les gusta. ()
- d) No sabe ()

7.- ¿Qué es la caries?

- a) Es una bacteria en la boca ()
- b) Es una enfermedad infectocontagiosa ()
- c) Es un dolor en la boca ()
- d) No sé ()

8.- La Caries de biberón es:

- a) La caries causada por dulces ()
- b) La caries que afecta los dientes de leche ()
- c) La caries causada por falta de aseo ()
- d) No sé ()

9.- 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 ()

10.- La enfermedad periodontal es:

- a) Heridas en la boca ()
- b) La que afecta a los soportes del diente ()
- c) La pigmentación de los labios ()
- d) No sé ()

11.- La gingivitis es:

- a) El dolor de diente ()
- b) La enfermedad de las encías ()
- c) La inflamación del labio ()

d) No sé ()

12.- ¿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) Todos ()

13.- El diente es:

- a) Es un elemento en la boca. ()
- b) Sirve solamente para masticar los alimentos. ()
- c) Es un órgano que cumple función masticatoria, estética y fonética ()
- d) No sé. ()

14.- 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) No sabe ()

15.- ¿Sabe cuántos dientes de leche tiene un niño?

- a) 10 ()
- b) 20 ()
- c) 24 ()
- d) No sé ()

16.- ¿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 ()
- e) No sabe ()

17.- Un diente temporal (diente de leche) con caries afecta al diente que va a salir después

- a) Si afecta ()
- b) No afecta ()
- c) No sé ()

18.- ¿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 sé ()

FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

Índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de Green y Vermillon

1,6 / 5,6	1,1/2,1	2,6/6,6
4,6/8,6	4,1/3,1	3,6,/7,6

I.H.O.= $\frac{\text{Suma de resultados parciales}}{\text{Número de dientes evaluados}} =$ BUENO ()
REGULAR ()
MALO ()

Bueno (0.0 - 0.6)

Regular (0.7-1.8)

Malo (1.9 – 3.0)

CARACTERÍSTICAS DEL CEPILLO DENTAL DEL ENTREVISTADO

1.- Tiene cepillo dental

a) Sí() b) No()

2.- Tamaño de la cabeza del cepillo dental

a) Grande () b) Mediano () c) Pequeño ()

3.- Perfil del cepillo dental

a) Plano () b) Cóncavo () c) Convexo () d) recto dentado

4.- Dureza de las cerdas del cepillo

a) Suaves () b) Medianos () c) Duros ()

5.- El penacho de las cerdas presenta desgaste o decoloramiento:

a) Si () b) No ()

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Hoja de Consentimiento informado

Acepto ser examinado(a) y colaborar con el presente trabajo de estudio, cuyo fin es obtener información que será usada para mejorar programas de salud y así mejorar mi calidad de vida y la de los alumnos.

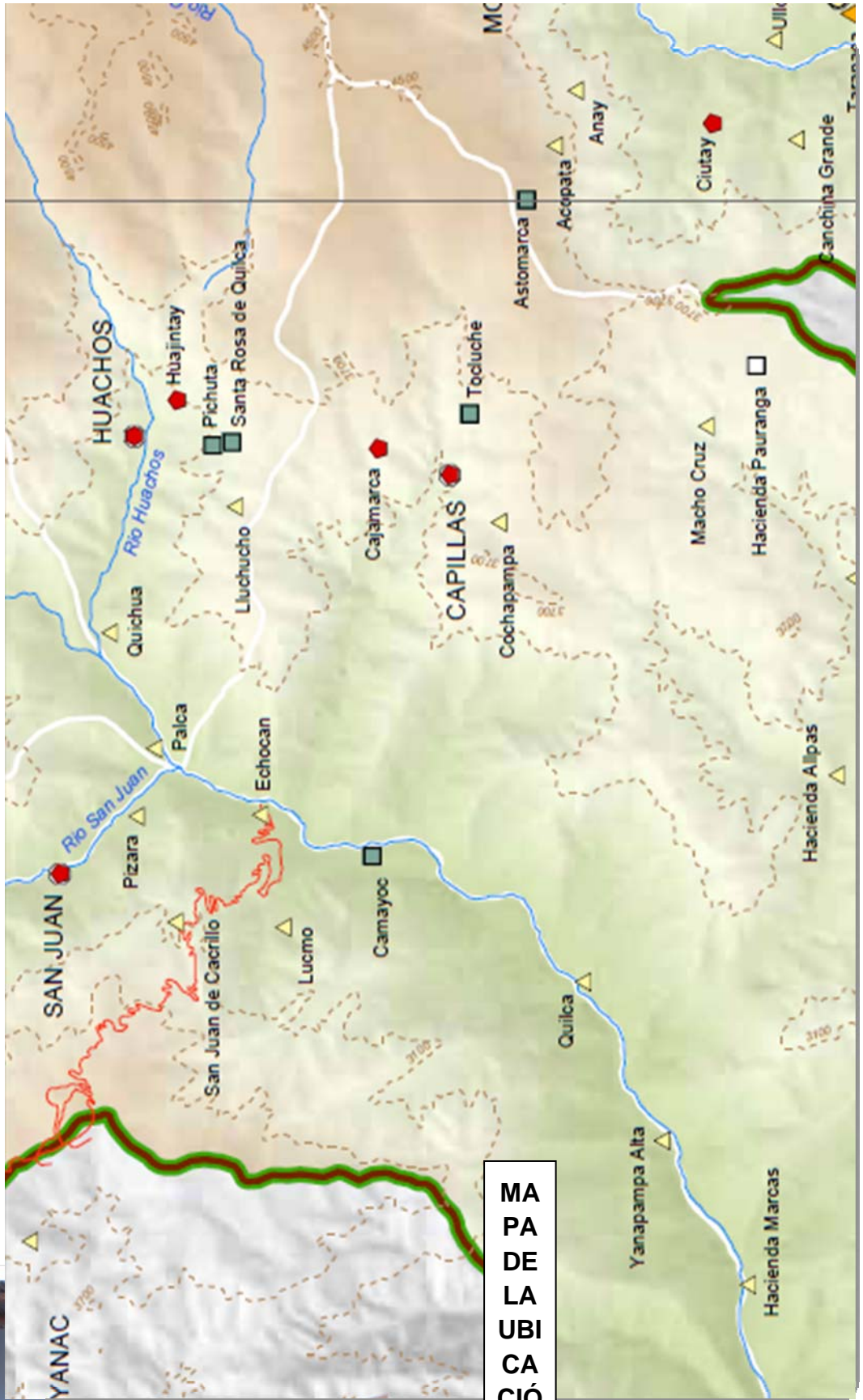
Responsable del trabajo: Roxana Delgado Llancari

Bachiller en Estomatología de la UNMSM

Fecha de aplicación:

Acepta ser examinado (a): FIRMA: _____

DNI: _____



MAPA DE LA UBICACIÓN DE LOS COLEGIOS DE LOS DISTRI

S
FRONTIS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

CEI Nº 263 – CAPILLAS -
DISTRITO DE CAPILLAS

CE Nº 22013 – PAURANGA-
DISTRITO DE CAPILLAS



CE Nº 36756 – LLUCHUCHO-
DISTRITO DE HUACHOS



CE N° 22077 – COCHAPAMPA-
DISTRITO DE CAPILLAS

CE N° 22093 – HUAJINTAY -
DISTRITO DE HUACHOS



CEI N° 561 – TOCUCHE- DISTRITO
DE CAPILLAS

PROFESORES RESOLVIENDO EL CUESTIONARIO



CE N° 22097 – PICHUTA- DISTRITO DE HUACHOS

CE N° 22011 – CAPILLAS NORTE- DISTRITO DE CAPILLAS



CE N° 22093 – HUAJINTAY- DISTRITO DE CAPILLAS

TOMANDO EN INDICE DE HIGIENE Y REVISANDO LOS CEPILLOS DENTALES



CE Nº 22013 – PAURANGA-
DISTRITO DE CAPILLAS



CEI Nº 561 – TOCUCHE- DISTRITO
DE CAPILLAS



OCENTES DEL
UAJINTAY

VISTA DE LA CAVIDAD BUCAL



"Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra Diversidad"

Castrovirreyna, 13 de Setiembre del 2012.

OFICIO N° 01734-2012-ME-GRHVCA-GRDS-DREH-GSRC-UGELC/D

SEÑORA : **Bach. ROXANA DELGADO LLANCARI**
Bachiller de la Facultad de Odontología UNMSM

PRESENTE.-

ASUNTO : Autoriza el permiso de constitución a las Instituciones Educativas del Distrito de Capillas y Huachos.

REFERENCIA : Expediente N° 05781-UGELC-2012

.....
Tengo el agrado de dirigirme a su digna Persona, con la finalidad de hacerle llegar el cordial saludo a nombre de los Trabajadores de la Unidad de Gestión Educativa Local de la Provincia de Castrovirreyna y el mío propio; a la vez comunicarle que, la Dirección de la UGEL Castrovirreyna **AUTORIZA el permiso de constituirse a las Instituciones Educativas del Nivel Inicial y Primaria del Distrito de Capillas y Huachos**; a fin de cumplir con la Ejecución del **Proyecto de Tesis** Titulado **"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, Región Huancavelica; por lo que solicito a los Docentes del Nivel de Educación Inicial y Primaria de los Distrito de Capillas y Huachos dar las facilidades del caso a la portadora para el cumplimiento del Proyecto.

Sin otro particular, propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



.....
Lic. EDGAR LUIS ÑAHUI DURAND
Director de Programa Sectorial I
Unidad de Gestión Educativa Local
CASTROVIRREYNA

ELND/D.UGELC
Cc.Arch.

SISGEDO: 00532527



FORMULARIO UNICO DE TRAMITE

(F.U.T.)
(RM. Nº 0249 - 95 ED)

S/. 0.50

Permiso de la UCE

1. SUMILLA

2. DESTINATARIO

[Empty box for recipient name]

3. DATOS DEL USUARIO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Delgado *Uancan* *Koxana*

4. CARGO ACTUAL

CENTRO DE TRABAJO

LUGAR

DIST.

PROV.

[Empty boxes for job details]

5. D.N.I.

[Empty box for DNI]

6. CODIGO MODULAR

[Empty box for modular code]

7. DOMICILIO DEL USUARIO (CALLE, JR., DISTRITO, PROVINCIA)

[Empty box for address]

8. FUNDAMENTO DEL PEDIDO

[Large empty box for justification, crossed out with a diagonal line and the word 'HABILITADO' written vertically in blue ink.]

9. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN

[List of documents with checkmarks]

10. LUGAR Y FECHA

12-09-2012

11. FIRMA



[Signature box with a checkmark]

CONSERVE SU NUMERO DE EXPEDIENTE PARA TODO TRAMITE QUE TENGA QUE REALIZAR EN ESTA SEDE

- SOLICITO:**
- Permiso de la UGEL de Castrovirreyna
 - Relación de docentes de los distritos de Huachos y Capillas
 - Plano de ubicación de los colegios

SEÑOR

LIC. EDGAR BUIZ ÑAHUI DURAND

Director de la UGEL DE CASTROVIRREYNA

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI , ROXANA , bachiller de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos , e elaborado el Proyecto de tesis Titulado : **“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”**, por lo que solicito el permiso correspondiente para la ejecución , la relación de docentes que laboran en el nivel inicial y primaria de los distritos de Huachos y Capillas y el plano de ubicación de los colegios en dichos distritos .

Sin otro particular, me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA
BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNMSM

Solicito: **Permiso para la
ejecución de proyecto**

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CENTRO EDUCATIVO N° 22097 - PICHUTA

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: **"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"**, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM



Miguel Julio Molina Diaz
DIRECTOR
I.E. N° 22097 - PICHUTA

Solicito: **Permiso para la
ejecución de proyecto**

SEÑOR

Directora del CE N° 36756 - Lluchuco

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: **“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”**, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM



Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CENTRO EDUCATIVO 22010 - CAJAMARCA

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: "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", además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM

Recibido
17/10/12



Fausta Paucar Ramos
DIRECTORA (a)
I.E. N° 22010 - CAJAMARCA

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CEI N° 366 - PICHUTA

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: **"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"**, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,



DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM



Loardes Juana Pozo Quispe
Loardes Juana Pozo Quispe
Directora

Recibido. 17-10-12.
12:45.

Solicito: **Permiso para la
ejecución de proyecto**

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CEI N° 376 - HUAJINTAY

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: **"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 - HUANCVELICA"**, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM



Solicito: **Permiso para la
ejecución de proyecto**

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CENTRO EDUCATIVO Nº 22093 - HUAJINTAY

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: **"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 - HUANCVELICA"**, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM



*Recibido
17/10/2012
Hora 11.55 am.*

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CEI N° 352 DE HUACHOS

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: "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 - HUANCAMELICA", además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

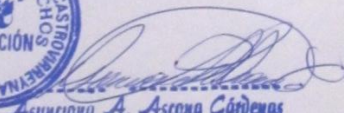
Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM




Ascension A. Ascena Córdova
DIRECTORA I.E. N° 352
HUACHOS

Solicito: **Permiso para la
ejecución de proyecto**

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CENTRO EDUCATIVO N°22021 - HUACHOS

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: **"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"**, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM

Autorizado
Castro Virreyna
17. Octubre 2012

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CENTRO EDUCATIVO N° 22077 -
COCHAPAMPA

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: "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", además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM

V^oB
16-10-2012

Autorizo el permiso



ejecución de proyecto

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CEI N° 263 CAPILLAS NORTE

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: **"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 - HUANCVELICA"**, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM

Autousado



Peru
Pene Morúa Choque

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CENTRO EDUCATIVO N° 22011 – CAPILLAS
NORTE

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: “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”, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM



Manuel Trillo
Manuel Trillo
Director UGEL N° 22011
Capillas

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR

Dr. Oscar Yuri Yañez Del Pino

Director del Centro Educativo N°36585 - Marcos Huachos

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: "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", además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,



Recibido
15-10-17
[Signature]

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CEI N° 371 CAJAMARCA

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: **"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"**, además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM

Autorizada:
Rilda Arredondo Mendalgo
Rilda Arredondo Mendalgo
DIRECTORA (A)
D. N. 38627
D. E. I. N. 371 - CAJAMARCA

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR DIRECTOR (A) DEL CENTRO EDUCATIVO N° 22013 - PAURANGA

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: "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", además de informarle que ~~cuando~~ con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , ~~por lo que~~ solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio ~~del cual~~ usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM



M. Flórida Velásquez Arteaga
DIRECTORA
L.E. N° 22013 - PAURANGA

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR

Directora del CEI N° 741 - PAURANGA

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: "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", además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM

Recibido

18/10/2012



Prof. Mary Luz Palomino Martinez
DIRECTORA
CEI N° 741 - PAURANGA

Solicito: Permiso para la
ejecución de proyecto

SEÑOR

Directora del CE N° 22039 - NACHOCRUZ

Presente:

Es grato dirigirme a usted , para saludarlo cordialmente y hacer conocimiento que yo DELGADO LLANCARI ROXANA, bachiller de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos e elaborado el proyecto de Tesis titulado: "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", además de informarle que cuento con el permiso correspondiente de la UGEL de Castrovirreyna , por lo que solicito el permiso correspondiente para su ejecución en el colegio del cual usted es encargado.

Sin otro particular me despido de usted

Atentamente,

DELGADO LLANCARI, ROXANA

BACHILLER DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNMSM

