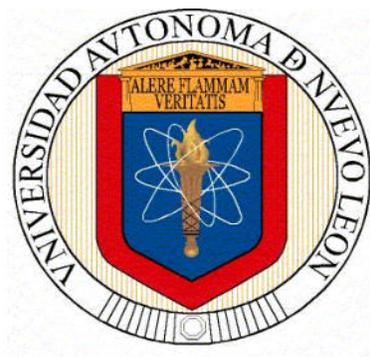


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN**



**CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LOS
MAESTROS DE ESCUELAS PRIMARIAS EN EL ESTADO DE NUEVO
LEÓN, SOBRE CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL**

Tesis que presenta:

MARIO SAGID CONTRERAS ESPINOZA

Como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

MARZO 2020

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LOS MAESTROS DE
ESCUELAS PRIMARIAS EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN, SOBRE
CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Por

C.D. MARIO SAGID CONTRERAS ESPINOZA

Director de Tesis

DR. MIGUEL ÁNGEL QUIROGA GARCÍA

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Marzo, 2020

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LOS MAESTROS DE
ESCUELAS PRIMARIAS EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN, SOBRE
CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Aprobación de Tesis

Dr. Miguel Ángel Quiroga García

Presidente

Dra. María Natividad Ávila Ortiz

Secretario

Dr. Miltón Carlos Guevara Valtier

Vocal

Dra. en C. Blanca Edelia González Martínez

Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado



COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis APROBÓ la tesis titulada: “CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LOS MAESTROS DE ESCUELAS PRIMARIAS EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN SOBRE, CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.” presentada por C.D. Mario Sagid Contreras Espinoza, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a Marzo 2020

Dra. María Natividad Ávila Ortiz

Presidente

Dr. Miguel Ángel Quiroga García

Secretario

Dr. Miltón Carlos Guevara Valtier

Vocal



Dra. en C. BLANCA EDELIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DELA U.A.N.L.
P R S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: “CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LOS MAESTROS DE ESCUELAS PRIMARIAS DEL ESTADO EN EL NUEVO LEÓN, SOBRE CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.” Presentada por Mario Sagid Contreras Espinoza. Con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envié un cordial saludo.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”
Monterrey, Nuevo León Marzo 2020

Dr. Miguel Ángel Quiroga García
Director de Tesis

Dra. María Natividad Ávila Ortiz
Co-Director de Tesis

Agradecimientos:

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo de permitirme estar en este proyecto.

A la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para el país.

Agradezco al Dr. Miguel Ángel Quiroga García, por aceptar ser mi director de tesis, gracias por su gran enseñanza, consejos y apoyo para lograr este nuevo triunfo profesional, el cual ha sido un gran guía en mi vida, por haber confiado en mi persona, por su valiosa asesoría, por todos los conocimientos que compartió conmigo y por su valioso tiempo dedicado a este trabajo.

A mis profesores, el Dr. Esteban Ramos Peña y al Dr. Gustavo que son parte esencial de este logro, el cual les comparto, ya que ustedes también lo trabajaron y espero que su esfuerzo y empeño se vea reflejado en este trabajo.

A las autoridades de las escuelas primarias públicas que participaron en este estudio, a los maestros de las mismas escuelas, por darme parte de su tiempo y colaboración para realizar esta investigación.

A quienes me enseñaron más que el saber científico, a quienes me enseñaron a ser lo que no se aprende en el salón de clase y a compartir el conocimiento con los demás.

Gracias a todos.

Índice	
CAPÍTULO 1	1
ANTECEDENTES	1
1.1.- Introducción	1
1.2.- Marco Teórico	3
1.2.1.- Generalidades de salud bucal.	3
1.2.2.- Concepto de caries dental.	6
1.2.3.- Concepto de enfermedad periodontal.	9
1.2.4.- El conocimiento de los maestros de primaria en salud bucal.	11
1.2.5.- Fases entre el conocimiento y la conducta de los maestros en salud bucal.	11
1.2.6.- Factores que influyen en el conocimiento y conductas en salud bucal.	11
1.2.7.- Etapas del aprendizaje de los maestros de primaria en salud bucal.	12
1.2.8.- Proceso de enseñanza aprendizaje del maestro de primaria en salud bucal.	12
1.2.9.- Maestros de educación primaria y escuelas pilares en la promoción de salud bucal.	13
1.2.10.- El maestro de primaria como promotor de salud: características e importancia.	13
1.2.11.- El liderazgo del maestro promotor de salud bucal.	14
1.2.12.- Características del maestro promotor de la salud.	15
1.2.13.- Actitudes, valores, creencias y conductas del profesor.	15
1.2.14.- Los valores preceden a las actitudes del profesor de primaria.	16
1.2.15.- Prácticas, estrategias y técnicas preventivas de salud bucal de los maestros.	16
1.3.- Estudios relacionados	21
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
3. JUSTIFICACIÓN	25
CAPÍTULO 2	25
HIPÓTESIS	25
CAPÍTULO 3	25
OBJETIVOS	25
3.1. Objetivo general	25
3.2. Objetivos específicos	26

CAPÍTULO 4	26
MATERIAL Y METODOS	26
4.1. Diseño del estudio	26
4.2. Universo de estudio.....	26
4.3. Población de estudio.....	26
4.4. Criterios de selección	26
4.4.1 Criterios de inclusión	26
4.4.2. Criterios de exclusión	26
4.5. Técnica muestral.....	27
4.6. Variables de selección	27
4.7. Instrumento de medición	29
4.8. Procedimientos	29
4.9. Plan de análisis	30
4.10. Consideraciones éticas.....	30
CAPÍTULO 5	31
RESULTADOS	31
5.1. Perfil sociodemográfico de la población.	31
5.2 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos por grupos de edad.....	33
5.3 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos por área de desempeño y grupos de edad.....	36
5.4 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos en el área de desempeño por su antigüedad laboral.	39
5.5 Estadística inferencial.....	42
5.5.1. Comparación de medias sobre las comunidades Rural y Urbana... ..	42
5.5.2. Tabla de la prueba de T para la igualdad de medias para las comunidades rural y urbana.	42
5.5.3. Tabla de análisis de varianzas de los grupos de edad y sus conocimientos.....	43
5.5.5. Tabla de diferencias de los grupos de edad con respecto a sus, medias y el valor p.....	44
CAPÍTULO 6	45
DISCUSIÓN	45
CAPÍTULO 7	46
CONCLUSIONES	46
CAPÍTULO 8	49

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXO A. Cuestionario de conocimientos, prácticas y actitudes sobre salud bucal.	51
ANEXO B. Consentimiento Informado.	54

Lista de tablas

5.1. Perfil sociodemográfico de la población.	31
5.2 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos por grupos de edad.	33
5.3 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos por área de desempeño y grupos de edad.	36
5.4 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos en el área de desempeño por su antigüedad laboral.	39
5.5.1. Comparación de medias sobre las comunidades Rural y Urbana.	42
5.5.2. Tabla de la prueba de T para la igualdad de medias para las comunidades rural y urbana.	42
5.5.3. Tabla de análisis de varianzas de los grupos de edad y sus conocimientos.	43
5.5.5. Tabla de diferencias de los grupos de edad con respecto a sus, medias y el valor p.	44

RESUMEN

C.D. MARIO SAGID CONTRERAS ESPINOZA

Universidad Autónoma de Nuevo León

Maestría en Ciencias en Salud Pública

Programa Interfacultades

Título del Estudio: CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LOS MAESTROS DE ESCUELAS PRIMARIAS EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN, SOBRE CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 65

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. El conocimiento del maestro es de tipo profesional práctico, está constituido por una trama de creencias, valores, ideas, principios, reglas de actuación entre otras cosas, mismas que utiliza para justificar su actuación profesional. El objetivo del estudio es determinar el grado de conocimiento, prácticas y actitudes de los maestros de primaria sobre la caries dental y enfermedad periodontal.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un trabajo de investigación descriptivo transversal. La población de estudio fueron 208 maestros de escuelas primarias del estado de Nuevo León, México, el tipo de instrumento fue autoadministrable en donde se englobaron 4 categorías (conocimientos, prácticas, actitudes y antecedentes odontológicos). Se incluyó a todos los maestros de entre 22 y 70 años; las variables de estudio fueron: el conocimiento, las prácticas y las actitudes sobre la caries dental y enfermedad periodontal.

CONTRIBUCIONES Y CONCLUSIONES. Los resultados que se obtuvieron en el apartado de conocimientos arrojaron una calificación de 77.92% siendo un promedio bajo para considerar la capacidad de los mismos; igualmente los datos obtenidos en el área de prácticas fueron también por debajo de la calificación aprobatoria con un resultado de 34.92% y los resultados en el área de actitudes están igualmente muy por debajo de un puntaje aprobatorio con 31.14%. Los datos obtenidos en el presente estudio indican que los profesores no tienen el suficiente conocimiento ni buenas prácticas ni actitudes sobre las técnicas correctas de higiene bucal por lo que no las pueden transmitir a sus alumnos.

FIRMA DE LA DIRECTOR DE TESIS _____

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

1.1.- Introducción

La situación de la salud oral en todo el mundo es bastante alarmante, ya que las enfermedades bucales se están volviendo crónicas con el paso del tiempo. La caries dental y la enfermedad periodontal son las enfermedades más comunes y si no se tratan a tiempo pueden conducir a la pérdida de los órganos dentales (Chalas, 2014).

La salud bucal tiene un gran impacto en la calidad de vida, por eso, es de vital importancia tomar medidas preventivas desde la infancia y continuar durante toda la vida (Sekhar, 2014).

El maestro de primaria trabaja con estudiantes que se encuentran en la etapa más temprana de la vida, en la cual la influencia que se ejerce sobre ellos tiene un particular impacto en las subsiguientes fases de aprendizaje. Investigaciones realizadas en los últimos años confirman las enormes potencialidades que existen en la infancia temprana, en la que se pueden llegar a desarrollar capacidades, habilidades, hábitos, sentimientos y comportamientos que hasta hace algunos años se consideraban propios de niños y niñas de edades superiores (Alzamora, 2009).

El maestro de primaria tiene la responsabilidad de transmitir conocimientos básicos para el alumno de primaria; afianzar en los niños valores y actitudes necesarios para que puedan vivir y desarrollar sus potencialidades plenamente, mejorar su calidad de vida, tomar decisiones fundamentales y continuar aprendiendo.

De acuerdo a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) un programa básico de cuidado en salud oral para los países menos industrializados debe incluir educación en salud oral, pero se hace énfasis en integrar actividades de salud oral como proveer cuidado dental preventivo, restaurativo y de emergencia en niños (Sajjad, 2016).

La participación de los maestros en la educación sanitaria y la promoción de la salud tienen muchas ventajas; no proporciona solo información en las escuelas sino que proporciona la integración de la salud oral, la práctica, motivación y general otras actividades de higiene bucal. Esto conduce a una mayor responsabilidad de los alumnos a que es muy importante la salud

bucal y resaltar que se puede hacer todo esto a bajos costos generales asociados con dichos programas. Una revisión de las Escuelas Promotoras de Salud respalda la idea de que un programa de salud bien vinculado con el plan de estudios tiene un efecto beneficioso de larga duración en la salud de los niños; existe una evidencia considerable para respaldar la efectividad de las intervenciones de promoción de la salud bucal basadas en la escuela que se llevan a cabo en todo el mundo. En la región de las Américas, el Informe General del Cirujano de los Estados Unidos documenta que la mayoría de las intervenciones preventivas de salud bucodental basadas en la escuela o comunitarias son beneficiosas y rentables (Naidu, 2015).

Se han realizado investigaciones en diferentes partes del mundo para identificar el nivel del conocimiento de los profesores de primaria acerca de la caries dental y enfermedad periodontal donde los resultados no han sido nada satisfactorios ya que el 60% de los profesores no tienen noción de lo que significa caries dental y enfermedad periodontal (Sajjad, 2016).

Es importante abordar las medidas que deben adoptarse para aliviar los problemas en la promoción de la salud, programas preventivos y el diseño de nuevos proyectos de salud; por lo que, el objetivo que se plantea en esta investigación es: determinar el grado de conocimiento, prácticas y actitudes de los maestros de primaria sobre la caries dental y enfermedad periodontal.

1.2.- Marco Teórico

1.2.1.- Generalidades de salud bucal.

Los términos salud bucal y salud general no deben de ser interpretados como entidades separadas”, indicó Donna E. Shalala, Ex Secretaria de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. La salud bucal es integral a la salud general y es esencial a la salud total y al bienestar de todos los individuos. La identificación temprana de los padecimientos bucales puede contribuir al pronto diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades sistémicas (Naidu, 2015).

Salud bucal significa más que dientes saludables. La palabra “bucal” se refiere a la boca, que incluye no sólo los dientes, las encías y el tejido de apoyo, sino también el paladar duro y el suave, el recubrimiento mucoso de la boca y de la garganta, la lengua, los labios, las glándulas salivales, los músculos para masticar y la mandíbula. Las glándulas salivales son un modelo de otras glándulas exocrinas y un análisis de la saliva puede dar pistas sobre la salud o sobre una enfermedad. Un detallado examen bucal puede detectar señales de deficiencias nutricionales así como varias enfermedades sistémicas, incluyendo infecciones, desordenes del sistema inmunológico, lesiones y algunos tipos de cáncer (Gupta, 2015).

Las enfermedades orales son de las más prevalentes entre las que afligen a la humanidad y su impacto tanto desde un punto de vista individual como colectivo es de gran importancia, a escala individual, sus consecuencias pueden afectar gravemente la calidad de vida de las personas; comunitariamente representan una pesada carga social y económica para países y comunidades (Cuenca & Baca, 2013).

A lo largo de las últimas décadas se han realizado multitud de esfuerzos dirigidos a investigar cómo debe medirse la salud. Incluso un término tan propiamente básico y fundamental como es salud ha sido y es interpretado de muy diversas maneras. Expresiones como salud, estado de salud, función, disfunción, salud positiva, bienestar, calidad de vida relacionada con

la salud o calidad de vida son abundantes en la literatura médica existente al respecto (Sekhar, 2014).

Las enfermedades periodontales han sido relacionadas con una serie de condiciones con implicaciones sistémicas. Asimismo, las enfermedades sistémicas tienen un impacto en la salud bucal. Hay estudios que demuestran una asociación entre las enfermedades periodontales y padecimientos cardiovasculares, embolias, infecciones respiratorias, diabetes, osteoporosis, VIH y resultados adversos en el embarazo (Díaz & Hidalgo, 2011).

Definir el concepto de salud es una tarea compleja, durante mucho tiempo la salud se ha definido en términos negativos; así, se denominaría salud a la ausencia de enfermedades e invalideces; sin embargo, actualmente, la opinión general es que esta definición no corresponde con la realidad y no es operativa por dos razones: por una parte, porque para definir la salud en términos negativos hay que trazar una línea divisoria entre lo normal y lo patológico, y ello no siempre es posible, dado que el concepto de normalidad varía con el tiempo, de modo que lo que se ha considerado normal en un momento dado puede que no lo sea en una época posterior; y, por otra, porque las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales. La salud no es la ausencia de enfermedad, de la misma manera que la riqueza no es la ausencia de pobreza (Gupta, 2015).

Para medir la salud necesitamos recurrir a la cuantificación de determinadas condiciones, básicamente, de enfermedad. De forma resumida, un índice es un instrumento que cuantifica cierta condición. En su expresión, los índices son valores numéricos que describen una situación relativa de salud o enfermedad a través de una escala graduada: son expresiones de la gravedad de una condición. Los requisitos que debe reunir un índice son validez, claridad, fiabilidad, reproducibilidad, sensibilidad, aceptabilidad y manejabilidad estadística. Son esenciales en el manejo de datos sobre el estado de salud de la población (Newman, 2014).

En el concepto de necesidad también es importante tener en cuenta la gravedad del problema y la capacidad de que la acción emprendida produzca beneficio. Así, otro aspecto relevante es la importancia que el comportamiento y la motivación por la salud tienen en el resultado de un tratamiento, lo que, a su vez, se convierte en una medida más que desborda la necesidad normativa. Por ejemplo, el tratamiento de una periodontitis no es efectivo sin el compromiso del paciente con su higiene diaria (Chalas, 2014).

Tradicionalmente, la salud oral ha sido, en general, descuidada por los responsables sanitarios de muchos países, a menudo los datos referidos a salud oral no se registran y, si se recogen, es de forma aislada y fuera del contexto de las encuestas de salud general; en muchos países, las prestaciones sanitarias en odontología no están incluidas en los catálogos de prestaciones de la sanidad pública y, lo que es incluso más incomprensible, las actuaciones preventivas no gozan del nivel de prioridad deseable (Cuenca & Baca, 2013).

Según la OMS, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.

En otro punto hablando del término de prevención que es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Naturalmente, esta definición, por su amplitud, permitiría afirmar que cualquier actuación en odontología puede considerarse una actuación preventiva. Este concepto amplio de prevención es posible porque cualquier enfermedad tiene su historia natural (Suma, 2016).

En 1986, la OMS organizó en Canadá una Conferencia Internacional con el fin de desarrollar un enfoque distinto y más radical de la prevención y la educación sanitaria; el documento final, la Carta de Ottawa, definía el concepto de promoción de la salud, describía cinco áreas clave para la promoción de la salud y, a la vez, reconocía las limitaciones de la educación

sanitaria y de la prevención clínica para mejorar, de forma sostenible, la salud y para reducir las desigualdades (Cuenca & Baca, 2013).

Tradicionalmente los profesionales de la salud oral han fundamentado su práctica sobre el modelo biomédico de la enfermedad, por lo que han focalizado sus actuaciones en las acciones preventivas y en la educación sanitaria, con el fin de alterar aquellos comportamientos de riesgo que estuvieran relacionados con las enfermedades orales. Este enfoque sobre los estilos de vida ha sido dominante en la práctica de la prevención en todo el mundo a lo largo de las últimas décadas (Cuenca & Baca, 2013).

1.2.2.- Concepto de caries dental.

La caries dental es una enfermedad multifactorial que se inicia con cambios microbianos localizados en la bio película de la superficie de los dientes, también denominada placa bacteriana o placa dental, y que está determinada por la composición y flujo salival, por la exposición a los fluoruros, por la dieta y por los hábitos de higiene oral.

Las bacterias de la placa causan fluctuaciones de pH que al interactuar con los tejidos mineralizados del diente, pueden provocar una pérdida de mineral y originar las lesiones de caries, que son el síntoma o el reflejo del proceso que sucede en el interior de la placa (Chalas, 2014).

La importancia de la caries dental radica, entre otros motivos, en que es una de las enfermedades más prevalentes que afectan al ser humano en todo el mundo. El concepto actual sobre la etiología de esta enfermedad incluye no solo los factores locales, sino otros que actúan a nivel del individuo y de la comunidad. Entender la etiología es fundamental para poderla prevenir y/o controlar. Es un proceso continuo que puede ser detenido en cualquier momento. Determinar las características clínicas en las diferentes fases de su evolución permitirá realizar un correcto diagnóstico que permita diseñar la forma más adecuada de controlarla, tratarla y prevenir su recurrencia. La caries es una enfermedad crónica que se debe monitorear a lo largo del tiempo para que pueda ser manejada de manera eficiente; Featherstone y colaboradores, (2003) demostraron que asignar o clasificar al paciente de

acuerdo a la probabilidad que tenga para desarrollar lesiones puede marcar una diferencia importante en el manejo efectivo de la caries.

Para tener éxito en la prevención del inicio de la caries dental se deben reconocer y por lo tanto actuar contra los factores claves del proceso (Gupta, 2015).

Los indicadores de riesgo de caries son variables, algunos se asocian a la enfermedad de forma directa (por ejemplo, la micro flora); otros, han demostrado pueden ser útiles para predecirla (por ejemplo, el estatus socioeconómico) e incluyen a las variables que se pueden considerar como protectoras. Actualmente no existen indicadores de riesgo o combinaciones de indicadores que puedan predecir la enfermedad con altos valores de exactitud (Chalas, 2014).

A pesar de que la mejor herramienta para predecir la aparición de las lesiones que produce la caries, es la experiencia previa de caries, esta no es particularmente útil en niños pequeños, debido a la importancia de determinar el riesgo de padecer caries antes que ésta se manifieste.

Se debe considerar a los niños que presentan lesiones de mancha blanca como pacientes de alto riesgo respecto de la caries dental, debido a que dichas lesiones precavitarias son un indicador fuerte de actividad de caries (Suma, 2016).

Cuando la caries se encuentra en su fase inicial, lo más normal es que no se note ningún síntoma, con lo que no es posible darse cuenta de que se está gestando; no es hasta que la desmineralización ha alcanzado un cierto nivel que se empieza a notar, estos son los primeros signos y síntomas de que algo va mal, mientras que el dolor dental y el aumento de la sensibilidad al frío y al calor son signos inequívocos de que se sufre una caries dental (Young, 2014)

Se valora la posibilidad de acudir a la clínica dental lo más rápido posible cuando se presenta la siguiente sintomatología:

-Halitosis persistente o (mal aliento).

- Presencia de placa dentobacteriana (Sensación pegajosa).
- Presencia de exudado purulento alrededor de un diente.
- Cambio de coloración del diente, normalmente con un tono negro o marrón.

El cuidado dental rutinario es importante pero no basta con seguir unos buenos hábitos higiénicos. Para minimizar al máximo el riesgo de caries es indispensable acudir regularmente a la clínica dental para realizar revisiones o exámenes dentales, así como mantener una dieta equilibrada baja en azúcares. Se debe tener presente que la caries dental puede afectar en cualquier momento, sin importar la edad que se tenga y todavía más importante, una vez presente una caries dental, esta no se curará por mucho que se cepillen los dientes o se enjuaguen la boca con colutorios. La única manera de erradicar la infección es acudir a la clínica dental para que el dentista elimine la zona dañada y obture la cavidad con un material de restauración (Cuenca & Baca, 2013).

La prevalencia mide la proporción de personas afectadas por la enfermedad, o que tienen una condición o factor de riesgo, en un momento determinado en relación con el número de personas en la población; son, por tanto, proporciones, que suelen expresarse en porcentajes y se estiman midiendo la enfermedad o factor de riesgo en una muestra representativa de la comunidad que se pretende estudiar. La incidencia relaciona el número de casos nuevos diagnosticados en una población durante un período de tiempo con el número de personas susceptibles de sufrir la enfermedad en un lugar determinado; para su cálculo, por tanto, hay que realizar un seguimiento de la población a lo largo del tiempo, registrando, mediante un sistema de detección adecuado, el número de nuevos episodios que van apareciendo (Mota, 2016).

La incidencia puede calcularse como tasa de incidencia (también denominada densidad de incidencia), en cuyo caso en el denominador se ha de considerar el tiempo que cada sujeto permanece en riesgo durante el período de seguimiento, o bien como proporción lo que se conoce como incidencia acumulada, en cuyo caso en el denominador se considera la

población susceptible al principio del seguimiento. La incidencia depende directamente de los determinantes de la enfermedad y, por este motivo, es la medida electiva para hacer estudios de causalidad. La incidencia aumenta cuando los factores de riesgo actúan con más intensidad, aparecen nuevos determinantes o fracasan las medidas preventivas que se pudiese haber adoptado. Lo contrario ocurre cuando las medidas de prevención primaria son efectivas y, de este modo, e indirectamente, se reduce también el número de casos que se pueden encontrar en cualquier momento, esto es, la prevalencia (Chalas, 2014).

1.2.3.- Concepto de enfermedad periodontal.

La boca está llena de bacterias, estas bacterias junto con las mucosidades y otras partículas están constantemente formando una “placa” pegajosa e incolora que se deposita sobre los dientes. El cepillado y el uso del hilo dental ayudan a eliminar esta placa, cuando la placa no se elimina, se endurece y forma unos depósitos llamados “sarro” o “tártaro”, que el simple cepillado no puede remover, solamente una limpieza profesional hecha por un dentista o higienista dental puede eliminar el sarro (Newman, 2014).

Gingivitis: mientras más tiempo permanezcan la placa y el sarro sobre los dientes, más daño pueden hacer. Las bacterias causan una inflamación de las encías que se llama “gingivitis”.

Si una persona tiene gingivitis, las encías se enrojecen, se inflaman y sangran fácilmente, la gingivitis es una forma leve de enfermedad de las encías que, por lo general, puede curarse con el cepillado y el uso del hilo dental a diario, además de una limpieza periódica por un dentista o higienista dental; esta forma de enfermedad periodontal no ocasiona pérdida del hueso ni del tejido que sostiene los dientes (Sekhar, 2014).

Periodontitis: cuando la gingivitis no se trata debidamente, puede convertirse en periodontitis, esto quiere decir inflamación alrededor del diente; en la periodontitis, las encías se alejan de los dientes y forman espacios o bolsas que se infectan. El sistema inmunitario del cuerpo lucha contra las bacterias a medida que la placa se extiende y crece por debajo de la línea de las

encías. Las toxinas de las bacterias y la respuesta natural del cuerpo contra la infección empiezan a destruir el hueso y el tejido conjuntivo que mantienen a los dientes en su lugar. Cuando la periodontitis no se trata debidamente, los huesos, las encías y los tejidos que sostienen los dientes se destruyen. (Newman, 2014).

Las manifestaciones de la enfermedad periodontal se observan desde la primera infancia. García y Orozco informaron gingivitis en más de 80% de los escolares Glickman y cols. Mencionan prevalencias elevadas, de 98% en niños americanos de 1 a 14 años y de 99% en niños nigerianos de 10 años, en Dinamarca se observó prevalencia del 25% en niños de 3 años, en Suecia 80% de los niños de 5 años presentaron esta enfermedad. Otros estudios muestran prevalencias de 85% en colombianos de 5 a 14 años de edad y de 66% en niños jordanos de 4 y 5 años. En la República Mexicana son escasos los informes en infantes, en el estado de México se observaron alteraciones periodontales en 44% de escolares, en Yucatán, 61% de niños de 6 a 14 presentaron manifestaciones de esta enfermedad extraerlos (Lawal, 2015).

Por otra parte, entre los factores determinantes para la presencia de enfermedad periodontal crónica en niños y jóvenes se encuentran la edad, el género, el estrés, el nivel socioeconómico y el tipo de bacterias presentes en la placa dentobacteriana. Así se ha observado que la severidad de la enfermedad aumenta con la edad, que existe mayor prevalencia en mujeres vinculada a los cambios hormonales de la etapa puberal, los periodos de estrés disminuyen la respuesta inmune del organismo, y se ha asociado al nivel socioeconómico bajo que se caracteriza por hábitos higiénicos y dietéticos deficientes. Un estudio informó que las personas que cepillaban sus dientes una vez o menos al día tenían susceptibilidad dos veces mayor a la pérdida de la adherencia epitelial. Otros factores locales que provocan inflamación del tejido gingival son los traumatismos por cepillado y el apiñamiento dentario. Además el efecto de ciertos medicamentos puede incrementar la susceptibilidad del individuo (Mota, 2016).

1.2.4.- El conocimiento de los maestros de primaria en salud bucal.

El conocimiento del maestro es de tipo 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 (Alzamora, 2009).

1.2.5.- Fases entre el conocimiento y la conducta de los maestros en salud bucal.

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 y muy importante, debe ser formulado en términos que resulte significativo para el grupo objetivo al igual 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 y para la mayor parte de los individuos, la traducción del conocimiento en conducta requiere del desarrollo de destrezas específicas (Gupta, 2015).

1.2.6.- Factores que influyen en el conocimiento y conductas en salud bucal.

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 (Chalas, 2014).

1.2.7.- Etapas del aprendizaje de los maestros de primaria en salud bucal.

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

-Toma de conocimientos: el maestro de primaria entrega la información o instrucción en la cual da a conocer los contenidos educativos en forma ordenada y secuencial.

-Interés: una vez motivado, el educado se interesa por la situación, siente el deseo de poner en práctica lo adquirido en la etapa previa.

-Enjuiciamiento: el educado analiza las ventajas y desventajas que le proporcionaría poner en práctica lo que se plantea.

-Ensayo: el educado 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 educado 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 (Cuenca & Baca, 2013).

1.2.8.- Proceso de enseñanza aprendizaje del maestro de primaria en salud bucal.

En el proceso de enseñanza aprendizaje del estudiante de primaria, el maestro debe asumir el desarrollo como una transformación compleja que concibe al estudiante 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 estudiante conlleva de forma significativa los factores como una 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 (Suma, 2016).

1.2.9.- Maestros de educación primaria y escuelas pilares en la promoción de salud bucal.

Las escuelas y los maestros, 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 el bienestar del niño, uno de estos procesos sociales, es el proceso de enseñanza aprendizaje alrededor del cual se encuentran una serie de factores tanto físicos, como mentales y emocionales que deben ser tratados de manera especial, requiriendo del trabajo conjunto de estos protagonistas de la educación. 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 (Gupta, 2015).

En las últimas décadas se ha estado llevando a cabo la promoción de la salud en la escuela porque es un espacio donde muchas personas aprenden y trabajan, donde los estudiantes y maestros pasan gran parte de su tiempo entablando conversaciones, instruyendo y capacitándolos para el desarrollo de sus conocimientos; es aquí en esa relación maestro-alumno donde se da el encuentro de los sectores salud y educación, ambos dirigidos al desarrollo y bienestar de la población escolar (Mota, 2016).

1.2.10.- El maestro de primaria como promotor de salud: características e importancia.

La educación y la escuela son fundamentales en el proceso de promoción y fomento de la salud y es el maestro 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 maestro de primaria como promotor de la salud, es una figura de referencia social y se convierte en un modelo a seguir, es un observador permanente de las actitudes, aptitudes y expectativas del estudiante con respecto a su educación y salud. En su ejercicio como promotor de salud escolar, el maestro debe tener siempre presente que la salud representa un derecho biológico y social de la vida al igual que la calidad de la misma ya que 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. Algunas de las funciones de los maestros de educación primaria son:

-Desarrollar la vigilancia y control de la buena salud, siendo capaces de detectar signos que afecten la salud y el rendimiento de cada niño y/o niña.

-Fomentar la cooperación y la autogestión en la escuela, a través de un espíritu solidario que le permita conformar grupos de trabajo civil y profesional 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 en torno a los problemas biopsicosociales que se presentan en el ambiente en el que se desarrolla el 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 (Suma, 2016).

1.2.11.- El liderazgo del maestro promotor de salud bucal.

Algunas funciones del maestro de primaria como líder en la promoción de la Salud Bucal se describen a continuación:

Dedicar una alta dosis de su tiempo en calidad y cantidad de atención dirigida al estudiante.

Ser un organizador de metodologías y conocimientos, que lo conviertan en planificador de estrategias.

Orientar de manera adecuada las oportunidades que favorezcan la promoción de la salud (Lawal, 2015).

1.2.12.- Características del maestro promotor de la salud.

A continuación se describen una serie de características que debe reunir el maestro de educación primaria como promotor de la salud:

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: ser 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 (Sekhar, 2014).

Las características antes expuestas muestran cómo debería ser un maestro promotor de salud escolar como elemento fundamental para el éxito de sus acciones dirigidas a mejorar el estado de bienestar del estudiante, 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 (Chalas, 2014).

1.2.13.- Actitudes, valores, creencias y conductas del profesor.

Para que el conocimiento llegue a la acción, debe ser incorporado por el maestro, 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 (Gupta, 2015).

1.2.14.- Los valores preceden a las actitudes del profesor de primaria.

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 (Young, 2014).

1.2.15.- Prácticas, estrategias y técnicas preventivas de salud bucal de los maestros.

Las prácticas preventivas en salud bucal son el conjunto de actividades diseñadas cuidadosamente obedeciendo normas científicas en beneficio del cuidado y mantenimiento de la salud oral de las personas.

Estas prácticas están orientadas a controlar los factores de riesgo causantes de las distintas enfermedades orales, en la odontología mediante una adecuada higiene oral se ha logrado disminuir la placa bacteriana, considerando que esta reducción frecuente de bacterias orales ha sido eficiente en la prevención de caries y enfermedades periodontales.

El desarrollo de estas prácticas impartidas por los maestros de primaria está encaminada al beneficio de la población en general direccionando su esfuerzo principal a los grupos prioritarios conformados por niños, mujeres en estado de gestación y personas con mínimo acceso a la salud (Sekhar, 2014).

A lo largo de su historia, la humanidad se ha visto afligida por innumerables enfermedades; algunas de ellas, por su enorme prevalencia, han traspasado los límites estrictamente clínicos y se han convertido en problemas de salud pública. Las enfermedades orales son un ejemplo de ello. Aunque su presencia está documentada desde los tiempos más remotos, su

caracterización como entidades de distribución universal es relativamente reciente: coincide en el tiempo con los orígenes de la odontología como profesión (Mota, 2016).

Desde sus inicios, la odontología ha dedicado sus esfuerzos para analizar las consecuencias de aquellas enfermedades. Los recursos económicos y humanos aplicados han sido enormes y los resultados en cuanto a cambios epidemiológicos han sido deficientes. No es posible resolver un problema de enfermedades masivas sin un cambio de estrategia radical que permita identificar y, si es posible, controlar los factores de riesgo de esas enfermedades, es decir, aplicar los conceptos y las prácticas preventivas al conjunto de la población (Sekhar, 2014).

En la época actual, en la que las patologías predominantes son las enfermedades crónicas y los accidentes, la Educación para la Salud (EpS) ocupa un lugar central en la estrategia de la salud pública.

La EpS es fundamental para que la población comprenda la necesidad de los programas de salud pública, participe activamente en la toma de decisiones para su puesta en marcha y dé soporte activo a las medidas sugeridas.

También lo es en la prevención primaria, mediante la promoción de hábitos y conductas que eviten los comportamientos insanos; así, el objetivo será eliminar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas (tabaquismo, consumo alcohol, uso de drogas, consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal, etc.).

Además, la EpS es importante en la prevención secundaria, a fin de que el individuo participe de forma activa en el control de su estado de salud (autoexamen, detección de los primeros síntomas y signos de la enfermedad crónica) o bien pasivamente (cribado) en la detección precoz de la enfermedad (Cuenca & Baca, 2013).

La EpS tiene cuatro objetivos centrales:

Conseguir que las personas estén bien informadas sobre los problemas de la salud y la enfermedad.

Lograr que adopten la salud como un valor fundamental.

Modificar los hábitos o conductas insanas.

Promover las conductas adecuadas para la salud.

Existe un gran número de modelos teóricos que pueden ser utilizados en la educación para la salud como son: el modelo de creencias de salud, que ha sido muy utilizado para predecir ciertos comportamientos saludables, sin embargo este tiene un éxito limitado en relación a la salud oral. Otro método es el modelo de la comunicación persuasiva que conlleva un cambio de actitudes, al que seguiría un cambio de hábitos o a la adopción de uno nuevo. Así mismo el modelo PRECEDE-PROCEED basado en los cambios de comportamientos relacionados a la salud en donde se identifican nueve etapas en su diseño, implementación y evaluación de los programas de educación sanitaria; el modelo comunicación/cambio de comportamiento desarrollado en el área psicológica social tiene como objetivo la transmisión de un mensaje saludable procurando una actitud positiva hacia el mensaje de salud; el modelo transteórico conocido también como modelo etapas de cambio se basa en la adopción de cualquier comportamiento visto como un proceso dinámico, continuo y no lineal que conlleva diferentes etapas; y por último el modelo pragmático que conforma un enfoque multifactorial de la educación sanitaria en donde se afirma que no solo se debe incidir con el individuo sino también en el medio ambiente en donde se encuentra, este último enfoque es sugerido por la OMS (Cuenca & Baca, 2013).

El dentista debe saber que el hecho de que sus pacientes usen el cepillo de dientes no implica un alto nivel de higiene oral. El tiempo de cepillado suele ser inferior al considerado como óptimo y la mayor parte de las personas adultas solo reducen los índices de placa un 50% después de cepillarse. Conviven a diario con una gran cantidad de placa, aunque se cepillen todos los días. Las zonas que se suelen cepillar peor son las superficies palatinas y linguales de los molares (Lawal, 2015).

No hay una técnica de cepillado que sea universal y no se ha comprobado que una técnica sea superior a otras. Por otra parte, es muy difícil cambiar la

técnica de cepillado de cada persona e incluso influir en el comportamiento del cepillado dental para maximizar la eficacia. La educación sanitaria y el entrenamiento deben ser personalizados, por lo que se debe identificar la destreza manual de cada paciente, así como su específica situación oral con el fin de optimizar su técnica de cepillado, mediante la corrección de posibles errores y evitar efectos adversos (Naidu, 2015).

La labor del personal auxiliar es fundamental. Es útil la autoevaluación por el paciente mediante el uso de sustancias reveladoras. Las técnicas de cepillado se clasifican en función de la posición y del movimiento del cepillo. Algunas de las más frecuentes son las siguientes:

Barrido horizontal. Es la que utilizan la mayoría de las personas. Al ser la más fácil de realizar, es la que adoptan los individuos que nunca han recibido enseñanza de cepillado. Los filamentos se colocan perpendiculares a la superficie dentaria y se hace un movimiento de fregado de atrás hacia adelante y al contrario. Esta técnica está indicada para control de placa supra gingival (Lawal, 2015).

Barrido vertical. Es igual que la técnica de barrido horizontal, pero con movimientos hacia arriba y abajo. También está indicada para control de placa supra gingival.

Técnicas Vibratorias. Entre ellas se encuentra la técnica de Bass, especialmente útil en pacientes con enfermedad periodontal. Los filamentos se colocan en el surco gingival y en las zonas interproximales formando un ángulo de 45° respecto al eje mayor del diente y se realizan movimientos de vaivén en sentido anteroposterior de 2 mm (10-15 movimientos en cada sector). La placa sub gingival es eliminada por capilaridad, y la supra gingival, por los filamentos que no están en el surco. La técnica de Stillman modificada es similar a la anterior, pero con movimientos circulares o rotatorios (Naidu, 2015).

Cepillado dental manual, para el cuidado de la salud oral, hay un axioma: el método más común y universal de práctica de higiene oral es el cepillado

dental con una pasta dental que contenga flúor. Además, está asumido que es el responsable de la reducción de caries en los países desarrollados.

Los procedimientos utilizados para el control de placa supra gingival existen desde que hay registros de la historia de la humanidad. Sin embargo, hasta los años cincuenta y sesenta del pasado siglo no se desarrollaron los cepillos modernos actuales con mango de plástico, cabeza multipenacho, corte plano y filamentos rectos con extremos de nylon redondeados. Desde entonces, la industria, basándose en factores ergonómicos, ha diseñado y lanzado al mercado una gran variedad de cepillos con el objetivo de mejorar su eficacia. La efectividad del cepillado dental depende de varios factores: 1) diseño del cepillo dental; 2) técnica de cepillado y habilidad de utilización, y 3) tiempo de cepillado y frecuencia de uso (Young, 2014).

Hay una relación directa entre tiempo de cepillado y cantidad de placa eliminada. Uno de los objetivos de la revisión sistemática de Slot et al. (2012) fue determinar la eficacia del cepillado después de 1 y 2 min. La reducción media ponderada del índice de placa fue del 27% después de 1min y del 41% después de 2 min. Por tanto, la recomendación debe ser cepillar los dientes durante 2 min mejor que durante 1 min. En general, los pacientes suelen pensar que se cepillan durante más tiempo del que realmente dedican a hacerlo. Para controlar el tiempo, sobre todo en niños, los relojes de arena pueden ser útiles (Naidu, 2015).

Control de placa interdental. Aunque los nuevos diseños de cepillos han mejorado el control de placa en la áreas interproximales, la realidad es que el cepillado dental no alcanza de forma eficiente estas superficies. Estas áreas son especialmente importantes. En estas localizaciones con mucha frecuencia asientan gingivitis y periodontitis y, además, las superficies interproximales en pacientes mayores son zonas de mayor riesgo de caries. El control de placa interproximal es una parte importante del autocuidado oral y los pacientes deben completar el cepillado dental con técnicas de remoción interproximal de placa. Sin embargo, la realidad es que la higiene interdental no es una práctica común y se realiza menos de lo que dicen las encuestas (Chalas, 2014).

1.3.- Estudios relacionados

En un estudio que se llevó a cabo en la ciudad de Rawalpindi en Pakistán, se evaluó el conocimiento, la actitud y las prácticas de los maestros de escuelas primarias sobre la salud oral y su participación en la educación de la salud oral, había 351 escuelas, en la primera etapa, el marco de muestreo se desarrolló mediante la inclusión de escuelas primarias públicas y privadas de la ciudad de Rawalpindi, seguidas de la muestra aleatoria generada por computadora. En la siguiente etapa, los maestros fueron seleccionados mediante el uso de la técnica aleatoria, los resultados fueron que 105 profesores (60%) de 173 maestros de escuelas públicas no sabían nada sobre la caries dental, 8 (4.5%) de los maestros de escuelas públicas escribieron que la caries es el defecto del esmalte, 44 (25.1%) maestros de escuelas privadas desconocían el término caries dental, 65 (37.1%) docentes indicaron correctamente la caries dental como la destrucción de los dientes debido a la acción bacteriana que es más alta que las escuelas públicas, 120 (68.2%) de los maestros de escuelas privadas informaron que prefieren cepillarse los dientes en la mañana y en la noche en comparación con 106 (61.3%) profesores públicos (Sajjad, 2016).

En un estudio realizado en Polonia se llevó a cabo una evaluación de la preparación de los maestros de un jardín de infantes para promover la salud bucal entre los niños, se analizaron a noventa y siete profesores de preescolar de Lublin (96 mujeres y 1 hombre), se le pidió a los maestros que cumplieran con formularios de encuesta sobre: campañas de educación sobre salud oral lanzadas en el jardín de niños, comidas consumidas por niños y cuestiones básicas de higiene oral; el resultado fue que la mayoría de los docentes examinados (96.91%) confirmó que no hubo campañas de educación en salud oral en su lugar de trabajo; como significativamente también los maestros confirmaron que hubo ejecución de los programas de fluoración. La mitad de los maestros (53.61%) valoró su conocimiento de la prevención de enfermedades bucodentales como bueno. El 96.11% de los sujetos confirmó el mal conocimiento sobre la higiene. Una gran proporción de las asignaturas (71, 13%) cree que el lanzamiento de campañas regulares

de educación oral en salud entre los docentes ayudaría a mejorar el nivel de salud oral de los niños (Chalas, 2014).

Se realizó un estudio con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y enfoques relacionados con la salud oral de los maestros de preescolar y primaria en la ciudad de Mumbai India, el estudio fue de tipo descriptivo transversal, se llevó a cabo en las regiones suburbanas de Mumbai con un cuestionario autoadministrable, los resultados fueron que los maestros demostraron no tener el conocimiento adecuado. Solo el 53.2% sabía que las persona podían tener caries; demás, solo el 45.4% de los maestros sabía que la dentición primaria era de 20 dientes; solo el 56.9% de los maestros les piden a sus alumnos que se cepillen los dientes después de cada comida; el 45% de los maestros no conocían las pastas dentales fluoradas; como también que el 78.9% de las escuelas no tenían programas de fluoruración de agua y el 54.8% de los maestros nunca discutieron la salud oral de los niños con sus padres durante la reunión de padres (Mota, 2016).

Se realizó una investigación con los maestros de una escuela en la India en virtud de que la capacitación puede influir en un gran número de niños para desempeñar un papel importante en la planificación e implementación de programas preventivos de salud oral, este estudio se realizó con el objetivo de evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de los maestros de escuela hacia salud bucal, se realizó una encuesta transversal realizada entre maestros de la escuela de la ciudad de Pondicherry donde se utilizó un cuestionario estructurado y se evaluó a 212 maestros donde su salud bucal personal, actitud con respecto a la salud oral de los niños y estado de la educación de la salud oral en las escuelas, los resultados fueron que al alrededor del 47% de los participantes dijeron que las bacterias y el azúcar son las principales causas de caries dental, mientras que el 42% sintió que la placa y los cálculos son los principales agentes para la enfermedad periodontal. Alrededor del 82.5% los maestros cepillaron sus dientes dos veces al día; sin embargo, solo el 32% sintió que era necesario para visitar al dentista regularmente, el 86% de los maestros consideró que los niños

deben ser revisados por el dentista, solo el 51% está de acuerdo en que son su deber de impartir educación oral de salud a los estudiantes (Sekhar, 2014).

Se realizó un estudio para evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de los maestros de primaria y secundaria, se aplicó una encuesta transversal a 241 maestros de 17 escuelas seleccionadas en la ciudad de Mangalore en el país de India; se hicieron 18 preguntas relacionadas con el conocimiento sobre enfermedades dentales como la caries dental, la enfermedad periodontal, las prácticas de higiene bucal, los hábitos de consumo de tabaco y el hábito de fumar, los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes, los 241 maestros ósea el (100%) habían escuchado acerca de la caries dental y 228 (94.6%) habían oído hablar de la enfermedad de las encías, se observó una relación inversa entre la frecuencia de cambio de conducta y conciencia sobre el término de caries dental; las personas con un hábito de masticación y el hábito de fumar arrojaron un bajo nivel de conocimiento y conciencia sobre los términos caries dental y la enfermedad periodontal. Se concluyó que se deben fomentar más programas de salud dental en televisores y los dentistas deben desempeñar un papel vital en informar a las personas sobre la salud oral (Gupta, 2015).

El objetivo fundamental de la salud en Cuba es el desarrollo de la medicina comunitaria, que tiene como fin promover salud y prevenir enfermedades. Uno de los temas fundamentales y relacionado específicamente con la salud bucal es la caries dental. Se realizó una investigación que consistió en un proyecto de intervención educativa con el objetivo de capacitar a maestros de primero y segundo grado de una escuela primaria, el 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 en el municipio Matanzas en Cuba, la muestra seleccionada de tipo no probabilística la constituyeron 82 maestros de dichos grados. Al finalizar las encuestas, el 75.6 % de los encuestados alcanzaron calificaciones deficientes, elevándose así promover la capacitación de estos docentes en relación con temas de salud bucal, para lograr conocimientos

superiores en los niños sobre los términos de salud bucal (Díaz & Hidalgo, 2011).

La primera infancia es una etapa decisiva en el desarrollo del ser humano y cuidar su salud una estrategia de impacto. Los centros preescolares permiten la aplicación de medidas educativas-preventivas. Se realizó una investigación para evaluar el conocimiento de los maestros sobre higiene bucal, se trabajó con 72 educadores de 8 Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) Instituto del Niño y Adolescente (INAU) del Uruguay; los datos fueron obtenidos a través de una encuesta, los resultados que se obtuvieron fueron a través de preguntas como las que se describen a continuación ¿Usted sabe si las pastas dentales contienen flúor? El 92% de los educadores encuestados contestaron afirmativamente y el restante 8% respondieron no saberlo. ¿Qué cantidad de pasta dental coloca en el cepillo de los niños? Las respuestas consideradas correctas a esta pregunta fue que el 57% seleccionó todo el cepillo, el 31% eligió $\frac{3}{4}$ partes (Naidu, 2015). En México no se encontraron estudios relacionados o similares al planteado en este proyecto.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El salón de clase es considerado un sitio adecuado para desarrollar programas de educación para la salud bucal porque el maestro ejerce una alta influencia sobre los alumnos; estudios relacionados a esta investigación mencionan que el 60% de los profesores adolecen de conocimientos suficientes acerca de las enfermedades bucales y sus medidas de prevención. Esta investigación tendrá gran impacto en los maestros de educación primaria ya que se evaluará el grado de conocimiento que ellos tienen sobre las enfermedades bucodentales. Por lo anterior se plantea la siguiente, pregunta ¿Cuál es el grado de conocimiento, prácticas y actitudes de los maestros de escuelas primarias del estado de Nuevo León sobre la caries dental y enfermedad periodontal?

3. JUSTIFICACIÓN

Se han realizado investigaciones en diferentes partes del mundo para saber el nivel del conocimiento de los profesores de primaria acerca de la caries dental y enfermedad periodontal donde se los resultados no han sido nada satisfactorios ya que alrededor del 40% de los profesores no tienen noción que significa caries dental y enfermedad periodontal (Sajjad, 2016).

A nivel nacional se pretende que cada uno de los estados realice investigación acerca de los temas de salud oral a fin de implementar en fechas próximas la “Ley de cepillado diario en escolares”. En Nuevo León, aprovechando la nueva estrategia de escuelas de tiempo completo en donde los odontólogos con Maestría en Salud Pública serán los responsables de la capacitación de los profesores de educación primaria a través de un programa diseñado por la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Secretaria de Educación Pública.

CAPÍTULO 2

HIPÓTESIS

El 60% de los maestros de escuelas primarias no tienen el suficiente conocimiento acerca de buenas prácticas y actitudes sobre los problemas de caries dental y enfermedad periodontal.

H1: El 60% de los maestros de escuelas primarias no tienen el suficiente conocimiento sobre los problemas de caries dental y enfermedad periodontal.

H2: El 60% de los maestros de escuelas primarias no tienen las buenas prácticas sobre los problemas de caries dental y enfermedad periodontal.

H3: El 60% de los maestros de escuelas primarias no tienen buenas actitudes sobre los problemas de caries dental y enfermedad periodontal.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Determinar el grado de conocimientos, prácticas y actitudes de los maestros de primaria sobre la caries dental y la enfermedad periodontal.

3.2. Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento de los maestros sobre la caries dental y enfermedad periodontal.

Identificar el tipo de actitudes hacia las buenas prácticas de higiene bucal realizadas por los maestros.

Identificar las actitudes de los maestros de escuelas primarias frente a los problemas de caries dental y enfermedad periodontal.

Determinar el nivel de salud bucal de los maestros a través de sus antecedentes odontológicos.

CAPÍTULO 4

MATERIAL Y METODOS

4.1. Diseño del estudio

Descriptivo, transversal Analítico

4.2. Universo de estudio

Maestros de escuelas primarias

4.3. Población de estudio

Maestros de escuelas primarias del sur del estado de Nuevo León.

4.4. Criterios de selección

4.4.1 Criterios de inclusión

-Maestros de escuelas primarias del sur del estado.

-Edad de entre 22 años y 70 años.

-Maestros que tengan plaza asignada por el estado o la federación.

4.4.2. Criterios de exclusión

-Maestros que no quieran participar en el estudio.

-Maestros que no llenen el cuestionario completamente

4.5. Técnica muestral

La muestra utilizada fue de tipo censal puesto que se encuestaran a todos los maestros de una región escolar del sur del estado de Nuevo León.

Datos:

Tamaño de la población: 324

Proporción esperada: 60%

Nivel de confianza: 95%

Efecto de diseño: 1.0

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
0.05	173

4.6. Variables de selección

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Conocimiento	Independiente	Es lo obtenido cuando el sujeto se relaciona con el objeto, del cual de este recibe un estímulo que le servirá para formar imágenes y con estas ideas, con las cuales realizara un razonamiento.	Se medirá la variable de acuerdo a lo siguiente: Nivel bueno: 15 – 18 puntos Nivel regular: 11– 14 puntos Nivel malo: 0– 10 puntos	Categorica	Encuesta
Practicas	Dependiente	La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos.	Se medirá de acuerdo a que tanto el maestro práctica su cepillado dental y con qué frecuencia visita al odontólogo.	Ordinal	Encuesta
Actitudes	Dependiente	El significado de actitud hace alusión a los comportamientos habituales que refleja un individuo para enfrentar las	Se aplica con qué frecuencia al maestro motiva a sus alumnos por el cuidado bucal.	Ordinal	Encuesta

			circunstancias que le depara el día a día.		
Caries dental	Control	Es la destrucción de los tejidos de los dientes causada por la presencia de ácidos producidos por las bacterias de la placa depositada en las superficies dentales.	Dentro del conocimiento de los profesores se debe tener noción sobre el concepto de caries dental y sus principios básicos.	Ordinal	encuesta
Enfermedad periodontal	Control	La enfermedad periodontal es una patología que afecta a los tejidos que soportan a los dientes. Es una patología infecciosa causada por bacterias presentes en la boca.	Dentro del conocimiento de los profesores se debe tener noción sobre el concepto de enfermedad periodontal y sus principios básicos.	Ordinal	Encuesta
Experiencia profesional	Control	La experiencia profesional es un paso fundamental para cualquier estudiante universitario que al finalizar su carrera tiene grandes conocimiento teóricos pero no tiene experiencia práctica.	Se medirá por categorías donde el menor número de años trabajos será de 0-4 años y el mayor será 30 y más.	Categórica	Encuesta
Edad	Control	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad en años cumplidos	Continua	Encuesta
Escolaridad	Control	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y	Se identificara con las siguientes categorías: 1-. Licenciatura 2-. Maestría	Ordinal	Encuesta

Género	Control	aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Se identificara con las siguientes categorías: 1-. Masculino 2-. Femenino	Catagórica	Encuesta
Ubicación geográfica urbana/rural	Control	Es un lugar, un sitio o una localización donde está ubicado algo o alguien.	Se identificara con las siguientes categorías: 1-. Rural 2-. Urbana	Catagórica	Encuesta

4.7. Instrumento de medición

Cuestionario sobre los conocimientos, prácticas y actitudes de los maestros sobre caries dental y enfermedad periodontal que consto de dos apartados, en el número se describieron los datos sociodemográficos de los encuestados y el apartado 2 se dividió en cuatro grandes categorías, la categoría de conocimientos conformada por 18 ítems, la categorías de prácticas que incluye 6 ítems, la categorías de actitudes conformada por 4 ítems y la categoría de antecedentes odontológicos conformada por 5 ítems haciendo un total del apartado 2 de 33 ítems en donde se evaluaron los conocimientos, las prácticas, las actitudes y los antecedentes odontológicos. (Ver el anexo A).

4.8. Procedimientos

Se localizó la institución donde se llevó a cabo la encuesta, después se pidió el permiso ante el encargado de la región escolar a fin de llevar acabó el trabajo de campo en esa escuela donde se llevara a cabo la junta mensual de maestros de cada región escolar, lo primero que se realizó al llegar al

plantel será la presentación de los investigadores y se explicó el objetivo del estudio ante los maestros, se leyó el consentimiento informado a los maestros participantes quienes lo firmaron antes de proceder a la aplicación de la encuesta.

Posteriormente se realizó la tabulación y análisis de la información recaudada.

4.9. Plan de análisis

Se utilizó el programa de estadística descriptiva para obtener el promedio del grado de conocimientos, prácticas y actitudes en los maestros y se utilizó la prueba de proporciones para una población de acuerdo con la hipótesis de investigación; todo esto bajo el programa de SPSS para los resultados de la investigación, como se mencionó en el apartado de arriba del plan de análisis se hizo una prueba de proporción para una población para analizar el grado de conocimientos, prácticas y actitudes de la población estudiada, dándole un valor igualitario a cada pregunta de la encuesta para poder sacar la calificación de cada categoría. También se realizó una comparación de medias de las poblaciones rural y urbana para analizar si había o no diferencia significativa entre una zona y otra; se realizó igualmente un análisis de varianza entre los grupos de edad y sus conocimientos para ver cuál de esos grupos tenían más conocimiento del tema

4.10. Consideraciones éticas

El presente estudio se realizó conforme a lo que dispone el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud), específicamente en los siguientes apartados respecto al Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad, los derechos y el bienestar de la persona, la participación fue voluntaria, en todo momento. El estudio se consideró con ausencia de daño ya que no se realizaron procedimientos específicos. La selección de los sujetos de estudio fue imparcial, es decir, sin sesgo social, sexual y/o cultural, en relación con el Artículo 14, fracciones V, VI, VII Y VII, fue realizado por profesionales de la salud con conocimientos y experiencia para cuidar la integridad de los participantes en los estudios, se contó con el

consentimiento informado y por escrito de los participantes a quienes se les proporciono una explicación clara de la forma en que se realizó la investigación (Anexo B) conforme al Artículo 21, fracciones I, VI, VIIY VIII, cada uno de los participantes conoció el objetivo de la investigación, se aclararon las dudas generadas respecto al procedimiento como es la aplicación del instrumento, se informó que el estudio no implico daño alguno y que tenía la libertad de suspender el llenado de la encuesta si así lo consideraban mediante la aclaración de que no se ocasionara perjuicio en caso de que no decida participar, se garantizó la privacidad , dado que en ningún momento los participantes fueron identificados por su nombre y no se hicieron públicas sus respuestas.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

5.1. Perfil sociodemográfico de la población.

Del total de la muestra (208 maestros de escuelas primarias), se encontró un porcentaje de 54.81% (114 maestros) del sexo femenino, mientras que en el sexo masculino fue 45.19% (94 maestros). El 90.87% (189 maestros) cuentan con un nivel de estudio Normal Básico y solo el 9.13% (19 maestros) curso estudios de maestría. Hay una media de 62.43, una desviación estándar del 9% y una varianza de 0.007.

Se hizo una prueba de proporciones para una población para la prueba de hipótesis, en donde se arrojaron los siguientes resultados:

Tabla 1

Porcentaje de sexo por grupo de edad.

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
23-27	16	7.69	40	19.23	56	26.92
28-32	19	9.13	23	11.06	42	20.19
33-37	8	3.85	12	5.77	20	9.62
38-42	29	13.94	8	3.85	37	17.79
43-47	0	0.00	15	7.21	15	7.21

48-52	8	3.85	8	3.85	16	7.69
53-57	8	3.85	4	1.92	12	5.77
58-62	6	2.88	4	1.92	10	4.81
Total	94	45.19	114	54.81	208	100

Fuente: Encuesta directa.

Análisis descriptivo: El sexo de mayor relevancia es el femenino con un 54.81% (114 maestros) siendo el rango de 23-27 años el más alto con un porcentaje de 19.23% (40 maestros), mientras que en el sexo masculino hay un 45.19% (94 maestros) de los cuales el rango con mayor relevancia es de 38-42 años con un 13.94% (29 maestros).

Tabla 2

Porcentaje de nivel de estudios por área de desempeño.

Nivel de Estudios	Urbana		Rural		Total	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
Maestría	9	4.33	10	4.81	19	9.13
Normal Básico	95	45.67	94	45.19	189	90.87
Total	104	50	104	50	208	100

Fuente: Encuesta directa.

Análisis descriptivo: El 90.87% (189 maestros) contó con un nivel de estudio Normal Básico y solo el 9.13% (19 maestros) curso estudios de maestría; tanto como en el área urbana y rural el porcentaje es similar.

Tabla 3

Porcentaje de área de desempeño por antigüedad laboral.

Antigüedad laboral	Urbana		Rural		Total	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
0-4	24	11.54	26	12.50	50	24.04
5-9	15	7.21	16	7.69	31	14.90
10-14	18	8.65	16	7.69	34	16.35
15-24	30	14.42	26	12.50	56	26.92
25-29	11	5.29	9	4.33	20	9.62
30 y mas	6	2.88	11	5.29	17	8.17
Total	104	50	104	50.00	208	100

Fuente: Encuesta directa.

Análisis descriptivo: El mayor porcentaje de maestros es de 14.42% (30 maestros), en el área urbana se encuentra en un rango de antigüedad

laboral de 15-24 años mientras que en el área rural muestra el mismo porcentaje en un rango de 0-4 y de 15-24 con 12.50% cada uno.

5.2 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos por grupos de edad.

En este apartado se describirán los resultados obtenidos referentes a los objetivos de la investigación para determinar el grado de conocimientos, prácticas y actitudes de los maestros en relación a la caries dental y enfermedad periodontal; se obtuvieron los datos utilizando la prueba de proporciones para una población.

Tabla 1

Calificación de sexo de maestros en el área de conocimientos por grupo de edad.

Gpo. Edad	Femenino		Masculino		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
23-32	63	44.30	35	39.65	98	42.64
33-42	20	42.73	37	42.59	57	42.64
43-52	23	43.48	8	43.18	31	43.40
53-62	8	37.12	14	38.31	22	37.88
Total general	114	43.35	94	40.91	208	42.25

Fuente: encuesta directa

Calificación máxima 54.55

Calificación aprobatoria 38.18

Análisis descriptivo: Se puede ver que el sexo femenino de una edad de entre 23-32 años tiene una mayor calificación con 44.30 a diferencia que las personas que un rango de edad de 53-62 años tienen una calificación de 37.12 esto nos da a entender que las maestras más jóvenes tienen más conocimientos sobre los términos de salud oral; en lo que respecta a los hombres es algo similar a lo que pasa con las mujeres los maestros más jóvenes que tienen una edad de entre 23-32 años sacaron una 42.64 de calificación y las personas de 53-62 años sacaron una calificación de 37.88 de igual manera los resultados que se obtuvieron nos dice que los maestros más jóvenes tienen más conocimientos que los propios maestros de más

experiencia y para concluir este análisis las maestras hablando del sexo femenino sacaron mejor calificación con 43.35 (114 maestras) y los hombres sacaron 40.91 (94 maestros) de calificación.

Tabla 2

Calificación por sexo de maestros en el área de prácticas por grupo de edad.

Gpo. Edad	Femenino		Masculino		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
23-32	63	6.83	35	5.89	98	6.49
33-42	20	6.97	37	5.49	57	6.01
43-52	23	6.46	8	6.06	31	6.35
53-62	8	5.30	14	6.28	22	5.92
Total general	114	6.67	94	5.80	208	6.28

Fuente: Encuesta directa.

Calificación máxima 18.18

Calificación aprobatoria 12.13

Análisis descriptivo: El sexo femenino de una edad de entre 33-42 años tiene una mayor calificación con 6.97 a diferencia que las personas que un rango de edad de 53-62 años tienen una calificación de 5.30 esto nos da a entender que las maestras más jóvenes tienen buenas practicas sobre salud oral; en cuanto a los hombres es lo contrario porque los maestros que tienen una edad de entre 33-42 sacaron una calificación baja de 5.49 y los maestros de una edad de entre 53-62 sacaron 6.28 esto quiere decir que los maestros hablando del sexo masculino de mayor edad tienen mejores prácticas orales con lo que respecta a los maestros jóvenes y para concluir este análisis las maestras hablando del sexo femenino sacaron mejor calificación con 6.67 (114 maestras) y los hombres sacaron 5.80 (94 maestros) de calificación.

Tabla 3

Calificaciones de sexo maestros en el área de actitudes por grupo de edad.

Gpo. Edad	Femenino		Masculino		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
23-32	63	3.61	35	3.64	98	3.62

33-42	20	3.33	37	4.26	57	3.93
43-52	23	3.69	8	3.03	31	3.52
53-62	8	4.55	14	4.33	22	4.41
Total general	114	3.64	94	3.93	208	3.77

Fuente: Encuesta directa.

Calificación máxima 12.12 de calificación
Calificación aprobatoria 8.48 de calificación

Análisis descriptivo: El resultado de la tabla de la parte superior arroja que el sexo femenino de una edad de entre 33-42 años tiene una menor calificación con 3.33 a diferencia que las personas que un rango de edad de 53-62 años tienen una calificación de 4.55 esto nos da a entender que las maestras más jóvenes tienen buenas actitudes sobre la salud oral; en cuanto a los hombres, el grupo de edad que tiene menor calificación con 3.03 porque los maestros que tienen una edad de entre 33-42 sacaron una calificación baja de 5.49 y los maestros de una edad de entre 53-62 sacaron 4.33 esto quiere decir que los maestros hablando del sexo masculino de mayor edad tienen mejores actitudes con lo que respecta a los maestros jóvenes; para concluir este análisis las maestras hablando del sexo masculino sacó mejor calificación con 3.93 (94 maestros) y las maestras sacaron 3.64 (114 maestros) de calificación.

Tabla 4
Calificación de sexo de maestros en el área de antecedentes odontológicos por grupo de edad.

Gpo. Edad	Femenino		Masculino		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
23-32	63	10.05	35	9.18	98	9.74
33-42	20	10.61	37	10.81	57	10.74
43-52	23	10.94	8	9.09	31	10.46
53-62	8	12.12	14	8.44	22	9.78
Total general	114	10.47	94	9.70	208	10.13

Fuente: Encuesta directa

Calificación máxima 15.15 de calificación
Calificación aprobatoria 10.61 de calificación

Análisis descriptivo: La calificación de una edad de entre 53-62 años es mayor con 12.12 a diferencia que las personas que un rango de edad de 23-32 años tienen una calificación de 10.05 esto nos da a entender que las maestras de mayor edad tienen más conocimientos a base de sus experiencias con sus visitas al odontólogo; en cuanto a los hombres el grupo de edad de 53-66 años tiene menor calificación con 8.44 contra el grupo de edad de 33-42 con una calificación de 10.81, esto quiere decir que los maestros hablando del sexo masculino de mayor edad tienen menos experiencias con visitas al odontólogo con respecto a las maestras que tienen mejores calificaciones; para concluir este análisis las maestras sacaron mejor calificación con 10.47 (94 maestros) y las maestras sacaron 9.70 (114 maestros) de calificación.

5.3 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos por área de desempeño y grupos de edad.

Tabla 5

Promedio de categoría de conocimientos de maestros por área de desempeño y grupos de edad.

	Femenino		Masculino		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
Antigüedad laboral						
0-4	34	43.14	16	37.88	50	41.45
5-9	20	47.73	11	37.19	31	43.99
10-14	14	40.26	20	39.24	34	39.66
15-19	28	44.59	28	45.89	56	45.24
20-24	9	41.08	11	41.05	20	41.06
25 y mas	9	37.71	8	38.64	17	38.15
Total general	114	43.35	94	40.91	208	42.25

Fuente: Encuesta directa

Calificación máxima 54.55 de calificación
Calificación aprobatoria 38.18 de calificación

Análisis descriptivo: En la tabla de la parte superior se puede ver que el sexo femenino con una experiencia laboral de 5-9 años de entre 23-32 años tiene una mayor calificación con 47.73 a diferencia que las personas que un rango de experiencia laboral de 25 y más años tienen una calificación de

37.71 esto nos da a entender que las maestras más jóvenes tienen más conocimientos sobre los términos de salud oral; en lo que respecta a los hombres es algo similar a lo que pasa con las mujeres los maestras con una experiencia laboral de 15-19 años sacaron 45.89 de calificación y los maestros con una experiencia de 5-9 años sacaron una calificación de 37.19 de igual manera los resultados que se obtuvieron nos dice que los maestros con más experiencias tienen más conocimientos que los propios maestros más jóvenes.

Tabla 6

Calificaciones de categoría de prácticas de maestros por área de desempeño y grupos de edad.

Antigüedad laboral	Femenino		Masculino		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
0-4	34	6.42	16	5.11	50	6.00
5-9	20	7.58	11	5.79	31	6.94
10-14	14	7.36	20	5.30	34	6.15
15-19	28	6.39	28	6.28	56	6.33
20-24	9	5.39	11	5.79	20	5.61
25 y mas	9	6.73	8	6.82	17	6.77
Total general	114	6.67	94	5.80	208	6.28

Fuente: Encuesta directa.

*Calificación máxima 18.18 de calificación
Calificación aprobatoria 12.13 de calificación*

Análisis descriptivo: El rango de entre 5-9 de experiencia laboral en el sexo femenino tiene una mayor calificación con 7.58 a diferencia que las personas que un rango de edad de 20-24 años tienen una calificación de 5.39 esto nos da a entender que las maestras con menos experiencias tienen buenas practicas sobre salud oral; en cuanto a los hombres es lo contrario porque los maestros que tienen 25 y más años de experiencia sacaron una calificación de 6.82 y los maestros con una experiencia laboral de 0-4 años sacaron 5.11 esto quiere decir que los maestros hablando del sexo masculino de mayor experiencias tienen buenas prácticas orales con lo que respecta a los maestros jóvenes.

Tabla 7

Calificaciones de categoría de actitudes de maestros por área de desempeño y grupos de edad.

Antigüedad laboral	Femenino		Masculino		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
0-4	34	3.74	16	3.60	50	3.70
5-9	20	3.33	11	3.86	31	3.52
10-14	14	3.46	20	4.09	34	3.83
15-19	28	3.57	28	4.00	56	3.79
20-24	9	3.70	11	3.58	20	3.64
25 y mas	9	4.38	8	4.55	17	4.46
Total general	114	3.64	94	3.93	208	3.77

Fuente: Encuesta Directa

*Calificación máxima 12.12 de calificación
Calificación aprobatoria 8.48 de calificación*

Análisis descriptivo: Se observó en la columna de experiencia laboral de 25 y más años en el sexo femenino que hay una mayor calificación con 4.38 a diferencia de los maestros con un rango de 5-9 años tienen una calificación de 3.33 ó sea más baja esto nos da a entender que las maestras con mayor experiencia tienen buenas actitudes sobre la salud oral; en cuanto a los hombres, el rango con una mayor experiencia laboral hablando de 25 y más años sacó una calificación de 4.55 y los de maestros de igual experiencia de 20-24 años sacó la más baja calificación con 3.58 esto quiere decir que los maestros hablando del sexo masculino de mayor edad tienen las mejores y más bajas actitudes.

Tabla 8

Calificaciones de categoría de antecedentes de maestros por área de desempeño y grupos de edad.

Antigüedad laboral	Femenino		Masculino		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
0-4	34	9.09	16	8.33	50	8.85
5-9	20	10.76	11	8.54	31	9.97
10-14	14	10.39	20	10.45	34	10.43
15-19	28	11.15	28	10.82	56	10.98
20-24	9	11.45	11	8.54	20	9.85
25 y mas	9	12.12	8	9.85	17	11.05

Total general	114	10.47	94	9.70	208	10.13
----------------------	------------	--------------	-----------	-------------	------------	--------------

Fuente: Encuesta Directa

Calificación máxima 15.15 de calificación
Calificación aprobatoria 10.61 de calificación

Análisis descriptivo: El sexo femenino de 25 y más años de experiencia tiene una mayor calificación con 12.12 a diferencia de los maestros de un rango de años de experiencia de 0-4 años tienen una calificación de 9.09 esto nos da a entender que las maestras de mayor edad tienen más conocimientos a base de sus experiencias con sus visitas al odontólogo; en cuanto a los hombres el rango de edad de 0-4 años de experiencia laboral tiene menor calificación con 8.33 contra los maestros que tienen un rango de edad de entre 15-19 años con una calificación de 10.82, esto quiere decir que los maestros hablando del sexo masculino de mayor experiencia laboral tienen mejores calificaciones.

5.4 Tabla de prueba de proporción para una población en la categoría de conocimientos, practicas, actitudes y antecedentes odontológicos en el área de desempeño por su antigüedad laboral.

Tabla 9

Promedio de conocimientos en el área de desempeño por antigüedad laboral.

Antigüedad laboral	Rural		Urbana		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
0-4	26	40.91	24	42.05	50	41.45
5-9	16	43.18	15	44.85	31	43.99
10-14	16	39.96	18	39.39	34	39.66
15-19	26	45.10	30	45.35	56	45.24
20-24	9	41.08	11	41.05	20	41.06
25 y mas	11	37.47	6	39.39	17	38.15
Total general	104	41.81	104	42.69	208	42.25

Fuente: encuesta directa

Calificación máxima 54.55
Calificación aprobatoria 38.18

Análisis descriptivo: La comparación entre las 2 comunidades urbana y rural en donde no hay diferencia significativa de calificaciones en cuestión de sus conocimientos sobre los términos de salud oral; el 41.81 de calificaciones que sacaron los maestros de la localidad rural y la localidad urbana saco 42.69 viéndose que no hay diferencia significativa.

Tabla 10

Promedio de prácticas en el área de desempeño por antigüedad laboral.

Antigüedad laboral	Rural		Urbana		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
0-4	26	6.06	24	5.93	50	6.00
5-9	16	6.82	15	7.07	31	6.94
10-14	16	6.06	18	6.23	34	6.15
15-19	26	6.29	30	6.36	56	6.33
20-24	9	5.72	11	5.51	20	5.61
25 y mas	11	6.89	6	6.57	17	6.77
Total general	104	6.29	104	6.26	208	6.28

Fuente: Encuesta directa.

Calificación máxima 18.18

Calificación aprobatoria 12.13

Análisis descriptivo: Se observó en la tabla que entre las 2 comunidades urbana y rural en donde no hay mucha diferencia de calificaciones en cuestión de sus prácticas que están por debajo las dos calificaciones pero lo que se quiere poner énfasis es que no hay diferencias entre estas ; el 6.29 de calificaciones que sacaron los maestros de la comunidad rural está por debajo de la calificación aprobatoria y la comunidad urbana saco 6.26 también está por debajo de la calificación aprobatoria, viéndose que no hay diferencia significativa entre ambas comunidades.

Tabla 11

Promedio de actitudes en el área de desempeño por antigüedad laboral.

Antigüedad laboral	Rural		Urbana		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
0-4	26	3.61	24	3.79	50	3.70
5-9	16	3.60	15	3.43	31	3.52
10-14	16	3.79	18	3.87	34	3.83

15-19	26	3.73	30	3.84	56	3.79
20-24	9	3.70	11	3.58	20	3.64
25 y mas	11	4.96	6	3.54	17	4.46
Total general	104	3.82	104	3.73	208	3.77

Fuente: Encuesta directa.

Calificación máxima 12.12 de calificación
Calificación aprobatoria 8.48 de calificación

Análisis descriptivo: La diferencia entre las 2 comunidades urbana y rural acorde a sus calificaciones no es significativa en cuestión de sus actitudes y de su antigüedad laboral, están por debajo las dos calificaciones, pero lo que se quiere poner énfasis es que no hay diferencias entre estas ; el 3.82 de calificaciones que sacaron los maestros de la comunidad rural muy por debajo de la calificación aprobatoria y la comunidad urbana saco 3.73 de igual manera muy por debajo de la calificación aprobatoria, viéndose que no hay mucha diferencia entre ambas comunidades.

Tabla 12

Promedio de antecedentes odontológicos en el área de desempeño por antigüedad laboral.

Antigüedad laboral	Rural		Urbana		Total No. Maestros	Total Calificación
	No. Maestros	Calificación	No. Maestros	Calificación		
0-4	26	8.86	24	8.84	50	8.85
5-9	16	9.85	15	10.10	31	9.97
10-14	16	10.61	18	10.27	34	10.43
15-19	26	10.96	30	11.01	56	10.98
20-24	9	9.76	11	9.92	20	9.85
25 y mas	11	10.74	6	11.62	17	11.05
Total general	104	10.08	104	10.17	208	10.13

Fuente: Encuesta directa

Calificación máxima 15.15 de calificación
Calificación aprobatoria 10.61 de calificación

Análisis descriptivo: Entre las 2 comunidades urbana y rural en no hay diferencia de calificaciones en cuestión de sus antecedentes odontológicos y de su antigüedad laboral, están por debajo las dos calificaciones; el 10.08 de calificaciones que sacaron los maestros de la comunidad rural están por

debajo de la calificación aprobatoria y la comunidad urbana sacó 10.17 que igualmente está por debajo de la calificación aprobatoria, viéndose que no hay diferencias entre ambas comunidades.

5.5 Estadística inferencial

5.5.1. Comparación de medias sobre las comunidades Rural y Urbana.

Tabla 13

Comparativo de medias sobre las comunidades Rural y Urbana.

		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Calificación conocimientos	Rural	104	41.81	6.95	0.68
	Urbano	104	42.68	6.75	0.66
Calificación practicas	Rural	104	6.29	2.69	0.26
	Urbano	104	6.26	2.77	0.27
Calificación actitudes	Rural	104	3.81	1.57	0.15
	Urbano	104	3.72	1.41	0.13
Calificación antecedentes	Rural	104	10.08	2.51	0.24
	Urbano	104	10.16	2.45	0.24

Fuente: Encuesta Directa

Análisis descriptivo: Se observó en la tabla que no existe alguna diferencia significativa con los profesores en las diferentes categorías ya que sus medias son iguales, esto confirmo que no existe ninguna diferencia que los maestros fueran de una comunidad rural o urbana en cualquiera de las 4 categorías.

5.5.2. Tabla de la prueba de T para la igualdad de medias para las comunidades Rural y Urbana.

Tabla 14

Prueba T para igualdad de medias para las comunidades Rural y Urbana

	T	Valor de p	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Calificación conocimientos	-0.91	0.35	-0.87	0.95	-2.74	1.00
	-0.91	0.35	-0.87	0.95	-2.74	1.00
Calificación practicas	0.07	0.93	0.02	0.37	-0.71	0.77
	0.07	0.93	0.02	0.37	-0.71	0.77
Calificación actitudes	0.42	0.67	0.08	0.20	-0.32	0.49
	0.42	0.67	0.08	0.20	-0.32	0.49
Calificación	-0.25	0.80	-0.08	0.34	-0.76	0.59

antecedentes	-0.25	0.80	-0.08	0.34	-0.76	0.59
--------------	-------	------	-------	------	-------	------

Fuente: Encuesta Directa, valor de p mayor a .05

Análisis Descriptivo: Se observó en la tabla que no existe diferencias en cuestión de la comunidad urbana y rural, las aportaciones, conocimientos, prácticas y actitudes que desarrollan los profesores son las mismas se pudo observar en el valor de p que en las dos comunidades tienen el mismo valor al igual que en la desviación estándar.

5.5.3. Tabla de análisis de varianzas de los grupos de edad y sus conocimientos.

Tabla 15

Análisis de varianzas de los grupos de edad y sus conocimientos, practicas, actitudes, antecedentes odontológicos.

		Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Valor de p
Calificación conocimientos	Entre grupos	484.97	161.66	3.56	0.01
	Dentro de grupos	9242.36	45.30		
	Total	9727.34			
Calificación practicas	Entre grupos	11.67	3.89	0.51	0.67
	Dentro de grupos	1530.27	7.50		
	Total	1541.94			
Calificación actitudes	Entre grupos	14.70	4.90	2.22	0.08
	Dentro de grupos	448.98	2.20		
	Total	463.68			
Calificación antecedentes	Entre grupos	42.08	14.02	2.32	0.07
	Dentro de grupos	1232.15	6.04		
	Total	1274,237			

Fuente: Encuesta Directa, valor de p mayor a .05

Análisis descriptivo: Se observó que en los grupos de edad de la categoría conocimientos existe diferencia significativa, ya que entre los grupos de edad de 53-62 años los maestros no tenían el conocimientos sobre términos de caries dental y enfermedad periodontal, con que respecta a las categorías de prácticas, actitudes y antecedentes odontológicos no existe diferencia significativa ya que todos los grupos de edad se comportaron de la misma manera.

5.5.5. Tabla de diferencias de los grupos de edad con respecto a sus medias y el valor p.

Tabla 16

Diferencias de los grupos de edad con respecto a sus medias y el valor p.

	Comparación de Grupos de edad		Diferencia de medias	Error estándar	valor de p
Categoría conocimientos	23-32	33-42	0.00	1.12	1.00
		43-52	0.76	1.38	0.95
		53-62	4.76	1.58	0.02
	33-42	23-32	0.00	1.12	1.00
		43-52	-0.76	1.50	0.96
		53-62	4.75	1.68	0.03
	43-52	23-32	0.76	1.38	0.95
		43-52	0.76	1.50	0.96
		53-62	5.52	1.87	0.02
	53-62	23-32	-5.52	1.58	0.02
		33-42	4.75	1.68	0.03
		43-52	-5.52	1.87	0.02
Categoría practicas	23-32	33-42	0.49	0.45	0.71
		43-52	0.14	0.56	0.99
		53-62	0.57	0.64	0.81
	33-42	23-32	-0.49	0.45	0.71
		43-52	-0.35	0.61	0.94
		53-62	0.08	0.68	1.00
	43-52	23-32	-0.14	0.56	0.99
		33-42	0.35	0.61	0.94
		53-62	0.43	0.76	0.94
	53-62	23-32	-0.57	0.64	0.81
		33-42	-0.08	0.68	1.00
		43-52	-0.43	0.76	0.94
Categoría actitudes	23-32	33-42	-0.32	0.24	0.58
		43-52	0.10	0.30	0.99
		53-62	-0.79	0.34	0.11
	33-42	23-32	0.32	0.24	0.58
		33-42	0.42	0.33	0.59
		53-62	-0.47	0.37	0.58
	43-52	23-32	-0.10	0.30	0.99
		33-42	-0.42	0.33	0.59
		53-62	-0.89	0.41	0.14
	53-62	23-32	0.79	0.35	0.11
		33-42	0.47	0.37	0.58
		43-52	0.89	0.41	0.14

Fuente: Encuesta directa, valor de p mayor a .05

Análisis descriptivo: La comparación de los 4 grupos de edad, en donde no existe diferencia significativa en cuestión de su conocimiento acerca de los términos de salud bucal, solamente un grupo de edad de 53-62 años es en el cual el valor de p es meramente significativo y ahí mismo se pudo

observar que en ese grupo de edad los maestros son los que sacaron menor calificación en el cuestionario, en las otras categorías ya no se vieron modificadas por este grupo de edad ya que solo hubo diferencia significativa en la categoría de conocimiento.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

El conocimiento de salud oral de los maestros de primaria ha mostrado resultados insatisfactorios en la mayoría de los estudios en todo el mundo, siendo que el 60% de los maestros no conocen el término de caries dental. En Tanzania, los maestros de las escuelas primarias integran las actividades de promoción de la salud bucal en su currículum escolar; profesores en muchos otros países, como por ejemplo China, Polonia, Rumania, Kuwait, Tailandia y Camboya estaban a favor de la salud bucal de los niños y están muy interesados en participar en la educación de la salud oral (Sajjad, 2016), lo que demostró esta investigación es que es necesario una capacitación sobre los cuidados de la higiene oral ya que el conocimiento y las practicas no terminan de plasmarse bien en el alumno, es necesario que los maestros puedan desarrollar bien la capacidad de transmitir los términos de salud para poder prevenir enfermedades bucales.

En el 2015 se publicó un artículo el cual planteaba que los maestros de escuelas primarias no tenían el suficiente conocimiento sobre los términos de salud bucal al igual que los de caries dental y enfermedad periodontal con (Lawal, 2015), esta investigación se corrobora que efectivamente los profesores no están completamente capacitados para que promocionen la salud bucal ya que no tienen la noción sobre los métodos preventivos de usar el hilo dental adecuadamente, como también la técnica de cepillado correcta, que prácticamente es lo básico para una buena higiene bucal, como al igual que los maestros deben de saber que es de suma importancia lavarse los dientes mínimo tres veces al día o después de cada comida, practicándolo ellos como se vio en la investigación será fácil que lo puedan transmitir a los alumnos sin ningún problema.

En Mumbai India en el 2016 se realizó un estudio de tipo transversal con enfoques relacionados a la salud oral en donde se analizó la actitud de los maestros en que tanto motivaban a los alumnos a cepillarse los dientes arrojando un 35.7% de motivación a los estudiantes al igual que se encontró un bajo porcentaje de 27.3% en inculcar la disciplina del cepillado diario y sobre todo que hicieran un enfoque dirigido hacia los padres (Naidu, 2015), teniendo como base esta investigación se podrá inculcar a los maestros la necesidad, capacitación sobre las disciplinas bien establecidas sobre lo que son las técnicas de cepillado y hablando de la motivación con apego a la actitud del maestro, el desarrollo que ellos logren con los cursos, tanto con sus experiencias o antecedentes con el odontólogo logran que puedan lograr a transmitir esas experiencias vividas con sus visitas al odontólogo, simplemente con una plática con el profesional de salud bucal será mucho más fácil que ellos se sientan seguros de que lo que están platicando con los alumnos.

Un estudio que se realizó en la India arrojó que los maestros de las escuelas primarias que asistían al dentista tenían un nivel de conocimiento deficiente esto se debe a que el maestro no ha tenido el acercamiento continuo con el profesional para preguntarles algunos términos sobre salud bucal (Gupta 2015), en relación a educación para la salud bucal, promoción y prácticas con maniquís y cepillado donde ellos enfrente del especialista deben hacer simulaciones de cómo debe ser un buen cepillado, de igual manera se les puede mostrar de forma ilustrativa la consecuencias de una mala higiene y una mala técnica para cepillarse los dientes; posteriormente los maestros lo aprendido lo pueden transmitir a sus alumnos en las aulas de clase de acuerdo a las experiencias que vivieron.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

De la investigación realizada en los 208 maestros de escuelas primarias del área rural y urbana se concluye:

Objetivo 1

Categoría conocimientos:

Los resultados que se obtuvieron en esta investigación específicamente en este apartado fue una calificación de 77.92% siendo este un promedio bajo para considerar la capacidad de los mismos, tomando en cuenta que sacar 80 de calificación es aprobable para este estudio.

Hay mínima variación con los resultados entre el sexo, antigüedad laboral y grupos de edad que siguen estando por debajo de una calificación aprobatoria para que cumpla el objetivo de este estudio.

Objetivo 2

Categoría practicas:

Los datos que se obtuvieron en esta área fueron también por debajo de la calificación aprobatoria con un resultado de 34.92% siendo el área que obtuvo menos calificación.

Se analizó que si los profesores no tienen el conocimiento bien definido y bien claro no se podría prestar que los maestros lo llevaran a la práctica es por eso que es indispensable tener las bases bien establecidas para que el profesor pueda enseñar al alumno y pueda transmitir la información correcta y saber que lo que está transmitiendo sea completamente confiable.

Objetivo 3

Categoría actitudes

Los resultados que se obtuvieron en esta área están igualmente muy por debajo de un puntaje aprobable con 31.14% de calificación demostrando que si no se tiene un buen conocimiento, una buena práctica y actitud no se puede transmitir una buena información.

Objetivo 4

Categoría odontológicos

Los resultados obtenidos en la categoría de antecedentes se encontraron que el sexo femenino contaba con mayor experiencia de visitas al

odontólogo; así mismo se encontró que a mayores experiencias de visitas odontológicas se aumentaba el conocimiento sobre el cuidado de la salud oral.

Cabe de resaltar que se hizo una comparación entre 2 comunidades (Urbana y Rural) arrojando que no existe ninguna diferencia significativa entre una y otra, los conocimientos, las prácticas y las actitudes que ellos desarrollen.

Todo lo que se tomó en cuenta para poder ponderar o tomar una calificación aceptable se sustenta de los artículos de investigación analizados y que es tomar muy en cuenta que los porcentajes antes mencionados son muy interesantes ya que se debe de promover más la educación de la salud oral, que los altos mandos se percaten que estas enfermedades de caries dental y enfermedad periodontal son unas de las más importantes ya que estas están atacando a más temprana edad y es el momento para poder actuar.

Los datos obtenidos y analizados en el presente estudio indican que los profesores no tienen el suficiente conocimiento sobre las técnicas correctas de cepillado, la motivación necesaria para que se la puedan transmitir a los alumnos al igual si no se tienen estas dos bases no se puede llegar a una buena práctica y podérsela transmitir a los estudiantes.

Para la realización de este proyecto de investigación se utilizó un instrumento que se sacó de los artículos seleccionados en esta investigación para lo que antes de ser aplicado a los participantes fue evaluado por los doctores de este programa, por lo cual tiene toda la confiabilidad y validez este trabajo.

Es interesante observar en este trabajo en la comparación que se mencionan en las comunidades rural y urbana no hay una diferencia entre ambas que pueda decirse que los maestros aunque sean de comunidades diferentes tengan más conocimientos unos que otros, todos los profesores tienen el mismo perfil en ambas comunidades es así que no se puede hacer distinción.

CAPÍTULO 8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alzamora, L., Correa, J., Caraballo, M., Llach, M., & Salgado, A., (2009). Evaluación de los conocimientos sobre prevención en salud oral en docentes de básica primaria de las instituciones educativas del distrito de Cartagena de indias. *Ciencia y Salud*, 1(1), 51-57.
- Carrasco, M. & Orejuela, F., (2015). Visita al dentista y hábitos higiénicos en escolares de 6-7 años. (Spanish). *Revista Kiru*, 12(1), 33-41.
- Chafas, R., Maksymiuk, P., y Fajgier, T., (2014). The evaluation of kindergarten teachers' preparation to promote oral health among children. *Polish Journal Of Public Health*, 124(1), 33-37. doi:10.2478/pjph-2014-0007
- Cuenca, E., Baca, P., (2013). *Odontología Preventiva y Comunitaria*. España: Elsevier Masson.
- Fleites, D., López, L., & Gutiérrez, R., (2012). Valoración de los docentes de educación preescolar para promocionar salud bucodental. (Spanish). *Medicentro Electrónica*, 16(1), 70-72
- Gupta N, Vanishree N, Rao A, Chaithra V, Bullappa D, Bharathi R V. (2015). Evaluation of the knowledge, attitude and practices regarding oral health of the schoolteachers in Mangalore city. *J Indian Assoc Public Health Dent*, 13:38-41
- Lawal, F., Taiwo, J. & Oke, G. (2015). Impact of Oral Health on The Quality of Life of Elementary School Teachers. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 25(3), 217–224.
- Mota, A., Oswal, K., Sajnani, D., & Sajnani, A., (2016). Oral Health Knowledge, Attitude, and Approaches of Pre-Primary and Primary School Teachers in Mumbai, India. *Scientifica*, 2(6), 1-8. doi:10.1155/2016/5967427
- Naidu, R., Nunn, J. & Jennifer D. Irwin, J. (2015). The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children: an exploratory cluster randomised controlled study. *BMC Oral Health*, 15:101, pp. 1-15.
- Newman G., (2014). *Periodontología Clínica*. España: Amolca.

- Sajjad, S., Rehman, M. U., & Roshan, R., (2016). knowledge, attitude and practices of primary school teachers regarding oral health in public and private schools of Rawalpindi. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 66(3), 371-376.
- Sekhar, V., Sivsankar, P., Easwaran, M., Subitha, L., Bharath, N., Rajeswary, K., y Jeyalakshmi, S., (2014). Knowledge, Attitude and Practice of School Teachers Towards Oral Health in Pondicherry. *Journal Of Clinical & Diagnostic Research*, 8(8), 12-15. doi:10.7860/JCDR/2014/9779.4676
- Suma, H., Hugar, S., Nalawade, T., Sinha, A., & Mallikarjuna, R. (2016). Knowledge, attitude, and practices of oral health care in prevention of early childhood caries among parents of children in Belagavi city: A Questionnaire study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 286–290. <http://doi.org/10.4103/2249-4863.192332>
- Young C, Wong KY, Cheung LK (2014). Effectiveness of Educational Poster on Knowledge of Emergency Management of Dental Trauma - Part 2: Cluster Randomised Controlled Trial for Secondary School Students. *PLOS ONE* 9(8): e101972.

ANEXO A. Cuestionario de conocimientos, prácticas y actitudes sobre salud bucal.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES**

La presente encuesta tiene como finalidad realizar una investigación sobre el tema de salud bucal. Agradecemos su cooperación y sinceridad al responderla.

I.- Ficha de identificación

Ubicación geográfica de la escuela educativa:						
Edad:	Escolaridad:					
Sexo:	Masculino (1)			Femenino (2)		
Antigüedad laboral (años):	1) 0-4	2) 5-9	3) 10-14	4) 15-24	5) 25-29	6) 30 y mas

II.- A continuación se presentan una serie de preguntas y aseveraciones. Lea cuidadosamente cada una de ellas y elija una respuesta.

A. Categoría de conocimientos

1-. Los siguientes factores influyen en la formación de la caries dental (persona, tiempo, bacterias y alimentación).

- 1) Si 2) No 3) No se

2-. ¿A qué edad se debe empezar la higiene bucal?

- 1) 0-3 años 2) 4-6 años 3) 7-12 años 4) Después de los 13 años 5) No se

3-. ¿Sabe usted para que sirvan los selladores en las piezas dentales?

- 1) Si 2) No 3) No se

4-. Es importante que las intervenciones de prevención y promoción de la salud bucal se realicen en la escuela primaria.

- 1) Si 2) No 3) No se

5-. ¿El tipo de alimentación que se consume interviene en la salud bucal?

- 1) Si 2) No 3) No se

6-. ¿Los malos hábitos y enfermedades bucales están relacionados con otros problemas de salud general del niño?

- 1) Si 2) No 3) No se

7-. ¿Cuál es el efecto de la aplicación del flúor en los dientes?

- 1) Proporcionar al diente mayor blancura 2) Hacer el diente resistente a la acción de las bacterias
3) Desinflamar las encías 4) No se

8-. ¿Cuál es la enfermedad o condición que más frecuentemente se presenta en las bocas de los niños de edad escolar?

- 1) Caries dental 2) Enfermedad de las encías 3) Mala posición de dientes 4) No se

9-. La causa fundamental de la aparición de la caries y enfermedad de la encía es:

- 1) Mala higiene bucal 2) No comer a sus horas 3) Factores genéticos 4) No se

10. Los alimentos que más favorecen la formación de caries son:

- 1) Los alimentos altos en azúcar 2) Los alimentos bajos en azúcar 3) Alimentos enlatados 4) No se

11-. ¿Es importante que la pasta dental contenga flúor?

- 1) Si 2) No 3) No se

12-. ¿Qué es lo más importante para mantener la salud bucal?

- 1) Cepillarse los dientes 2) Visitar al dentista 2 veces al año 3) Dieta baja en carbohidratos 4) Todas las anteriores 5) Ninguna de las anteriores 6) No se

13. ¿La caries dental puede prevenirse?

- 1) Si 2) No 3) No se

14.- Las acciones odontológicas deben ser:

- 1) Principalmente curativas 2) Principalmente preventivas 3) No se

15.- ¿El cepillado de dientes con pasta dental con flúor puede prevenir las enfermedades bucales?

- 1) Si 2) No 3) No se

16-. ¿Cuántos tipos de dientes tenemos?

- 1) Dientes primarios 2) Dientes permanentes 3) Ambos 4) No se

17-. ¿Cuál es el número de dientes primarios (leche) que tiene un niño?

- 1) 16 2) 20 3) 28 4) 32 5) No se

18-. El estado de salud bucal afecta el estado general de salud del niño.

- 1) Sí 2) No 3) No se

B. Categoría de prácticas

19-. ¿Cada cuando se cepilla usted los dientes?

- 1) 2 veces al día 2) 1 vez al día 3) 3 veces al día 4) De vez en cuando 5) Nunca

20.- Utiliza usted enjuague bucal para complementar su higiene

- 1) Si 2) No 3) De vez en cuando

21.- Utiliza usted hilo dental para complementar su higiene bucal.

- 1) Si 2) No 3) No se

22.- ¿Cada cuándo cambia usted su cepillo de dientes?

- 1) 1 mes 2) 3 meses 3) 6 meses 4) Más de 6 meses

23.- ¿Recibió algún entrenamiento, programa, seminario sobre el tema de higiene bucal?

- 1) Sí 2) No 3) No se

24.- ¿Cada cuando visitaría usted al odontólogo?

- 1) 1 vez al año 2) 2 veces al año 3) Cada que tengo molestia 4) Nunca

C. Categorías de actitudes

25.- ¿Es más importante para usted la estética que la funcionalidad dental?

- 1) Si 2) No 3) No se 4) Ambas son importantes

26.- ¿La imagen de su boca es importante para su imagen en general?

- 1) Si 2) No 3) No se

27.- ¿Motiva usted a sus alumnos o padres de familia a interesarse en la salud bucal?

- 1) Sí 2) No

28.- ¿Recomienda usted en clases a sus alumnos que cepillen sus dientes después de comer?

- 1) Si 2) No

D. Antecedentes odontológicos

29.- ¿Tiene usted restauraciones dentales como empastes de amalgama o de resina?

- 1) Si 2) No

30.- ¿Tiene algún tipo de puentes dentales, implantes, placas totales o parciales en su boca?

- 1) Si 2) No

31.- ¿Le han realizado extracciones dentales?

- 1) Si 2) No

32.- ¿Se ha realizado algún tratamiento de ortodoncia?

- 1) Si 2) No

33.- ¿Se ha realizado algún tratamiento en sus encías?

- 1) Si 2) No

ANEXO B. Consentimiento Informado.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

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

La presente investigación es conducida por C.D. Mario Sagid Contreras Espinoza, de la Facultad de Nutrición y Salud Pública de la UANL. El objetivo de este estudio es El objetivo que se plantea en esta investigación es determinar el conocimiento, prácticas y actitudes de los maestros de primaria sobre la caries dental y enfermedad periodontal.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por C.D. Mario Sagid Contreras Espinoza. He sido informado que el objetivo de este estudio

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Mario Sagid Contreras Espinoza al teléfono 8120054477.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha