



**UNIVERSIDAD DE VIÑA DEL MAR**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**Nivel de Conocimientos en Salud Oral del Personal  
Educador de Párvulos JUNJI VTF, Viña del Mar,  
Chile**

**Tesis para optar al título profesional de Cirujano-Dentista**

**Autores: Andrea Benito R., Juan Carlos Caro T., Francisco Garay P.**

**Prof. Guía: Dra. Paulina Rojas**

**projas20@yahoo.com**

**Viña del Mar, 2017**

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar el nivel de conocimientos en salud oral del personal educador de párvulo JUNJI VTF, Viña del Mar, Chile.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional de corte transversal donde se aplicó una encuesta al personal educador de los 7 establecimientos JUNJI VTF de Viña del Mar (n: 96). La encuesta fue diseñada en base al Manual metodológico “Salud Bucal Para Párvulos” (2009) y está compuesta por 21 preguntas divididas en 6 ítems (“datos socio-demográfico y profesional”, “la boca y sus partes”, “higiene oral”, “alimentación”, “malos hábitos” y “traumatismo dentoalveolar”) con alternativas de respuesta verdadero o falso (calificaciones del 1.0 a 7.0, PREMA 60% y descuento 2:1). El instrumento fue sometido a validación y análisis de confiabilidad (Cronbach: 0.74). Las respuestas se analizaron estadísticamente con el Software SPSS v.20 con intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** El nivel de conocimiento obtenido fue “alto” con un 44,8% de sujetos con calificación  $\geq 5.5$ . Sin embargo, un 90.4% de la muestra declaró no conocer el manual metodológico. El predominio de la muestra (n: 96) fue de género femenino (99%), técnico-profesionales (69.8%), promedio de edad 33 años ( $\pm 8.9$ ), sin estudios de postgrado (89.6%), años de ejercicio profesional entre 0 a 5 años (36.5%), sin capacitación en salud oral (75%). No hubo relación estadísticamente significativa entre estas variables y nivel de conocimiento ( $p: >0.05$ ).

**Conclusiones:** El nivel de conocimiento en salud oral del personal educador de párvulos JUNJI VTF, Viña del Mar, Chile es “alto” a pesar de desconocer el Manual metodológico dirigido a este grupo y en base al cual se elaboró la encuesta. No hubo relaciones estadísticamente significativas entre nivel de conocimiento y las variables estudiadas.

# I. ÍNDICE

---

II. INTRODUCCIÓN.....	6
III. MARCO TEÓRICO.....	8
1. Concepto de salud.....	8
2. Salud bucal en Chile .....	9
3. Caries dental .....	9
3.1 Factores productores de caries.....	10
3.2 Prevalencia .....	10
4. Enfermedades gingivales y periodontales.....	11
4.1 Prevalencia .....	12
5. Anomalías dentomaxilares (ADM).....	13
5.1 Generalidades de las ADM.....	14
5.2 Prevalencia de las ADM.....	15
6. Proyecciones y desafíos de la salud bucal en Chile .....	15
7. Educación.....	18
7.1 Importancia de la educación.....	18
7.2 Educación preescolar en Chile .....	19
7.3 Nuevas proyecciones institucionales del sistema educativo pre-escolar en Chile (Ministerio de Educación, 2015) .....	24
7.4 Contexto nacional de la carrera de educación parvularia en Chile en relación a la salud bucal y su malla curricular .....	25
8. Determinantes de la salud.....	26
8.1 Educación pre-escolar y conocimientos en salud oral.....	29
IV. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	35
1. Pregunta de investigación.....	35
V. HIPÓTESIS.....	35
VI. OBJETIVOS.....	35
1. Objetivo general .....	35

2. Objetivos específicos.....	36
<b>VII. MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>37</b>
1. Diseño de estudio .....	37
2. Población .....	37
2.3 Criterios de inclusión.....	37
2.4 Criterios de exclusión .....	38
3. Variables .....	38
3.1 Variable dependiente:.....	38
3.1.1 Nivel de conocimientos en salud oral .....	38
3.2 Variables independientes.....	39
3.2.1 Género.....	39
3.2.2 Edad.....	39
3.2.3 Años de ejercicio profesional.....	39
3.2.4 Nivel de estudios .....	40
3.2.5 Conocimiento de la boca y sus partes.....	40
3.2.6 Conocimiento en higiene bucal.....	40
3.2.7 Conocimiento en alimentación saludable.....	41
3.2.8 Conocimiento de malos hábitos.....	41
3.2.9 Conocimiento en traumatismo dental .....	42
4. Consideraciones bioéticas .....	43
4.1 Comité de bioética .....	43
4.2 Consentimiento informado .....	43
5.1 Encuesta .....	44
5.1.1 Validación del instrumento .....	44
5.1.2 Confiabilidad del instrumento .....	45
5.1.3 Análisis de rendimiento de la encuesta .....	46
5.1.4 Análisis estadístico .....	48
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
1. Género.....	49

2. Edad.....	50
3. Nivel de estudios.....	51
4. Último nivel de estudios aprobados .....	53
5. Años de ejercicio profesional .....	54
6. Capacitación en salud oral.....	56
7. Distribución por establecimiento .....	57
8. Cantidad de veces que una pregunta fue respondida de forma correcta e incorrecta	58
10. Desempeño por nivel de estudios.....	78
11. Desempeño por jardín.....	78
12. Relación edad-nota .....	81
13. Relación Estudios de postgrado y Desempeño .....	82
14. Relación entre años de ejercicio y desempeño .....	84
15. Relación entre si ha habido o no capacitación y nivel de conocimiento.....	85
16. Evaluaciones según ítem .....	87
17. Conocimiento del Manual metodológico <i>Salud bucal para párvulos</i> .....	87
<b>VI. DISCUSIÓN .....</b>	<b>89</b>
<b>VII. CONCLUSIONES .....</b>	<b>100</b>
<b>VIII. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS .....</b>	<b>102</b>
<b>IX. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>104</b>
<b>X. ANEXOS.....</b>	<b>110</b>
Anexo 1 .....	110
Anexo 2 .....	113
Anexo 3 .....	119
Anexo 4 .....	120
Anexo 5 .....	122

## II. INTRODUCCIÓN

---

La salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud y calidad de vida. Las enfermedades orales afectan un área limitada del cuerpo humano, pero su repercusión e impacto afectan al cuerpo de manera global, llegando a ser muy destructivas tanto a nivel físico, emocional y social. Son un importante problema de Salud Pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos, en la sociedad y el costo de su tratamiento. En Chile las patologías orales más prevalentes son la caries dental, las enfermedades gingivales, enfermedades periodontales y las anomalías dentomaxilares (Subsecretaría de salud pública, 2010). Para dimensionar su impacto, según la OMS, en términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental.

Las experiencias vividas durante la infancia ejercen una especial influencia sobre el estado de salud que las personas tendrán en su adultez, no tan sólo en la probabilidad de enfermar o de adquirir una determinada discapacidad, sino adicionalmente, al bienestar psicosocial y calidad de vida que puedan alcanzar. Por consiguiente, fomentar un desarrollo infantil temprano óptimo se ha constituido en una prioridad a nivel internacional como nacional. La evidencia ha demostrado que programas de educación temprana bien diseñados pueden identificar, mitigar e incluso aliviar las desigualdades que emergen a temprana edad y de no ser eliminadas acompañará al individuo en su etapa escolar y hasta laboral (Bucarey, Ugarte y Urzúa, 2014). Los padres, cuidadores y educadores tienen un rol esencial en la salud de los niños y niñas, pues ellos son los encargados de despertar el entusiasmo y motivación

por el cuidado dentario, convirtiéndose en modelos a imitar en cuanto a las conductas de higiene, alimentación, consumo de tabaco y otras, que determinan el nivel de salud y calidad de vida que alcancen los infantes.

Dada la evolución que han tenido los conocimientos sobre promoción y prevención en salud para el incremento del bienestar de la población, la educación en salud es considerada un campo importante de conocimientos y prácticas para promover la autonomía de los individuos. Por lo tanto, el sector educacional juega un rol importante en la solidificación de acciones destinadas a fortalecer la capacidad de las personas para mantenerse sanos, creando entornos saludables y consolidando políticas de salud pública enfocadas en la calidad de vida (Maranhao, Araújo y Vieira, 2014). Debido a esto, es importante que el propio conocimiento en salud oral de los educadores sea adecuado para satisfacer de manera óptima las necesidades de aprendizaje de sus alumnos. La desventaja más importante del empleo de educadores para la educación en salud es que pueden poseer capacidades insuficientes para transmitir la información. Esta falta de formación en salud oral hace en muchos casos que los educadores se abstengan de participar en la educación de sus alumnos de manera efectiva (Ramroop, Wright y Naidu, 2011). La evidencia disponible en la mayoría de los países donde se ha desarrollado investigación sobre conocimientos en salud oral de los educadores pre escolares ha demostrado resultados insuficientes a pesar de demostrar interés en proveer educación en salud oral a sus pupilos (Ramroop et al., 2011). Debido a lo expuesto, el objetivo principal de la presente investigación es evaluar el nivel de conocimientos en salud oral que posee el

personal educador técnico y profesional de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI VTF) de la comuna de Viña del Mar, Chile.

### **III. MARCO TEÓRICO**

---

#### **1. Concepto de salud**

En 1946, la Organización mundial de la salud (OMS) define la salud como: “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Es bastante común no pensar en la salud oral cuando se habla de salud en general. Es por esto que es de suma importancia concientizar a la población desde temprana edad sobre su importancia y las repercusiones que ésta puede traer a nuestro organismo.

La OMS define la salud bucodental como: “Ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial” (Organización Mundial de la Salud, 2012). Las enfermedades bucodentales afectan un área limitada del cuerpo humano, pero su repercusión e impacto afectan al cuerpo de manera global, llegando a ser muy destructivas tanto a nivel físico, emocional y social. Es por esto que los términos de salud general y salud bucodental deben interpretarse en conjunto y considerarlas de manera integral. Un gran ejemplo de esto es el hecho de que muchas enfermedades



sistémicas incrementan el riesgo de enfermedades orales (Federeación Dental Internacional, 2015), por ejemplo, la diabetes como factor de riesgo en la enfermedad periodontal.

## **2. Salud bucal en Chile**

Las enfermedades bucales son las patologías crónicas más comunes en la población y son un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos, en la sociedad y el costo de su tratamiento.

Las patologías orales más prevalentes en Chile son la caries dental, las enfermedades gingivales, enfermedades periodontales y las anomalías dentomaxilares (Subsecretaría de Salud Pública, 2010). En la actualidad la distribución y severidad de estas enfermedades presentan una gran variabilidad entre los diferentes países y regiones de los mismos (Petersen, 2003).

## **3. Caries dental**

La caries es una enfermedad de origen multifactorial, infecciosa y transmisible, que se caracteriza por la desintegración progresiva de los tejidos calcificados del diente debido a la acción de microorganismos sobre los carbohidratos fermentables provenientes de la dieta. Como resultado se produce la desmineralización de los tejidos dentarios, que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Si no se atiende oportunamente, afecta la salud

general y la calidad de vida de los individuos de todas las edades (Organización Mundial de la Salud, 1987). En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental (OMS, 2012).

### **3.1 Factores productores de caries**

La aparición de la caries depende de cuatro factores primarios: el huésped, representado por los dientes y saliva, las bacterias de la flora bucal y la dieta consumida, todo esto interactuando en un período de tiempo que les permita dar como resultado la desmineralización del diente (Reich, Lussi y Newbrun, 1999). Sin embargo, es posible prevenir la aparición de caries mediante la instauración de ciertos factores tales como: hábitos higiénicos, aplicación de fluoruros y hábitos de alimentación saludable, todo esto sumado a controles periódicos con el odontólogo.

### **3.2 Prevalencia**

La historia de caries dental es medida a través de los índices COPD (cariado, obturado y perdido) para dentición permanente, y ceod (cariado, extraído y obturado) para dentición temporal, siendo recomendados por la OMS (OMS, 1997). Estos índices originalmente fueron creados para describir el estado dental y la necesidad de tratamiento en niños de escuelas primarias. En Chile la prevalencia de caries aumenta en directa relación respecto a la edad, siendo esta casi de un 100% en edad adulta.

Según los últimos registros entregados por MINSAL el año 2007, en población preescolar (Ceballos, Acevedo, 2007):

A los dos años de edad un 83% de los niños no presenta caries, mientras que dentro del 17% restante el ceod: 0.54+- 1,53 dientes. A esta edad casi no se encontraron dientes obturados ni extraídos, el daño es casi exclusivamente debido al factor caries.

A los cuatro años de edad un 51,98% de los niños no presenta caries, mientras que dentro del 48,02% restante el ceod: 2,32 +- 3,27 dientes. Dentro de estos, el 2.07 son por caries; 0,23 dientes con obturaciones y 0,03 dientes extraídos.

Estos datos entregados son similares a los publicados en el informe consolidado *Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010*, los que muestran que niños de 2 años de edad tienen una prevalencia de caries de alrededor de 17% y un índice ceod de 0.46 en el país. El mismo estudio muestra una prevalencia de 50% para los niños de 4 años de edad con un índice ceod de 2.25. Este informe nacional se basa en una serie de estudios realizados entre los años 2007-2010 sobre diagnóstico de salud bucal en este grupo etario donde se midió prevalencia en las zonas norte, centro y sur del país, incluyendo el estudio antes citado.

#### **4. Enfermedades gingivales y periodontales**

Las enfermedades gingivales son una amplia familia de patologías diferentes y complejas, que se encuentran confinadas a la encía (Mariotti, 1999). Clínicamente se aprecia una inflamación localizada o generalizada de la encía en donde se observa edema, eritema y sangrado. Como característica

principal es que ésta no afecta los tejidos de inserción ni al resto del periodonto, es por esta razón que se clasifican como un grupo independiente a la periodontitis (Matesanz, Matos y Bascones, 2008 y Morales, 2007).

La enfermedad periodontal es una enfermedad inmuno-inflamatoria que afecta tanto los tejidos de protección como de inserción. Clínicamente cuando la enfermedad está establecida se puede observar: sacos periodontales, inflamación crónica de las encías, sangrado, pérdida y migración dentaria, presencia de exudado purulento, recesiones tanto del reborde marginal como de la papila interdental, presencia de cálculo dental supra y subgingival, pérdida ósea del reborde alveolar con exposición clínica de raíces dentales. El signo inequívoco característico y fundamental para generar un diagnóstico de la enfermedad es la presencia de sacos periodontales. Carranza (2003) lo define como la “profundización patológica del surco gingival en presencia de infección, con migración apical del epitelio de unión”. Su profundidad y número determinan la severidad y extensión de la enfermedad (Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology, 2003).

#### **4.1 Prevalencia**

Actualmente, no existen estudios que proporcionen estadística actualizada sobre el estado de salud periodontal de la población chilena. El año 1996 se determinó la prevalencia de las enfermedades periodontales y caries dental de la población entre los rangos de edad 35-44 años y 65-74 años con nivel socioeconómico medio bajo y bajo en la provincia de Santiago, obteniendo como resultado que la prevalencia de las enfermedades periodontales era del

98,78% en individuos de 35-44 años y de un 100% en los de 65-74 (Gamonal, 1996).

En el año 2003 se realiza la primera Encuesta Nacional de Salud (ENS) por el Ministerio de Salud, en la cual no se consideran las enfermedades periodontales o gingivales en los parámetros clínicos (MINSAL, 2003).

En una segunda ENS por el Ministerio de Salud realizada el año 2010 sólo se consideran 3 variables en el ámbito odontológico: Uso de prótesis, satisfacción de su uso y última visita al odontólogo, dejando de lado las enfermedades gingivales y periodontales, nuevamente (MINSAL, 2010).

Sin embargo, este mismo año, se realiza el Primer examen dental nacional chileno, donde se incluyen la pérdida de inserción clínica en población chilena adulta. Un total de 93,5% de los adultos jóvenes tenían  $\geq 1$  sitio con PIC  $> 3$  mm en comparación con el 97,6% de los adultos mayores, con una media de 6,5 y 15,8 dientes perdidos, respectivamente (Gamonal et al., 2010).

Respecto a la salud gingival en niños y adolescentes, MINSAL el año 2007 reportó que la presencia de gingivitis a los 2 años es de un 2,6%, a los 4 años de un 6,2%, a los 6 años de un 55,09% y a los 12 años de un 66,9%. Estas cifras demuestran que a medida que aumenta la edad, aumenta considerablemente el porcentaje de niños con la enfermedad y con ello la gravedad de la misma (Ceballos, 2007).

## **5. Anomalías dentomaxilares (ADM)**

Las ADM corresponden a la alteración de la normalidad de las relaciones espaciales entre las piezas dentarias, y de estas con los maxilares; las que se

manifiestan clínicamente como maloclusiones. Son habitualmente variaciones clínicamente significativas de la fluctuación normal del crecimiento y la morfología (Moyers, 1992) y que en la mayoría de los casos resultan de una discrepancia entre el tamaño de los dientes y de los huesos; o de una desarmonía en el desarrollo de las bases óseas maxilares (Barrachina, 1988). A esto se le agregan los factores ambientales y la carga genética, que determinan la expresión final de la maloclusión.

### **5.1 Generalidades de las ADM**

Las ADM poseen una etiopatogenia multifactorial, cuyos factores responsables se pueden dividir en generales y locales.

Los generales corresponden a aquellos factores etiológicos primarios de una maloclusión. Estos incluyen los factores óseos (tamaño, forma y posición de los maxilares), factores musculares (forma y función de la musculatura orofacial), factores dentales (tamaño dentario en relación al tamaño de los maxilares) y los otros tejidos blandos del sistema masticatorio (Moyers, 1992 y Barrachina, 1988).

Los factores locales no siempre están presentes en el desarrollo de una maloclusión, actuando de forma aislada o en combinación a los factores generales. Estos incluyen anomalías en el número de piezas dentarias (agenesia, supernumerarios), anomalías en el tamaño dentario, anomalías en la morfología dentaria (dehiscencia, concrescencia, fusión dentaria, geminación, “dens in dente”), pérdida prematura de piezas dentarias (temporales y permanentes), malos hábitos (succión digital, succión labial,

succión del chupete y/o mamadera, interposición lingual, respiración oral, etc.) y otras causas (Barrachina, 1988).

## **5.2 Prevalencia de las ADM**

En Chile, en las últimas décadas se han efectuado una serie de estudios con el fin de conocer la prevalencia de ADM en niños.

En la Región Metropolitana, Navarrete y Espinoza (1998) determinaron que un 23.2% de los niños examinados entre 2 y 4 años presentaban ADM, siendo de mayor frecuencia las mordidas abiertas y las compresiones. El año 1999 en la Región Metropolitana, se encontró que en niños de 4 a 5 años la prevalencia de ADM era de un 59.6% (Agurto, Dabed y Espinoza, 1999). Ese mismo año, en un estudio en el área oriente de Santiago, en niños de 3 a 6 años con dentición temporal completa se llegó a la conclusión de que un 57% presentaba ADM (Agurto, Díaz, Cadiz y Bobenrieth, 1999).

Dentro de los antecedentes más actuales entregados por MINSAL la prevalencia de ADM a los 2 años un 48,8%, a los 4 años un 49,2%, a los 6 años un 38,29% y a los 12 años un 53% (Ceballos et al., 2007).

## **6. Proyecciones y desafíos de la salud bucal en Chile**

La magnitud del problema que generan estas patologías obliga a una gran inversión de recursos en tratamientos que podrían evitarse si se aumentan las medidas de prevención.

Dada también la alta prevalencia de estas patologías, es que se han orientado las políticas de salud bucal a grupos de alto riesgo y vulnerables a

estrategias principalmente promocionales y preventivas, tales como: la fluoración del agua potable en 14 regiones con cobertura cercana al 83% de la población urbana nacional, la implementación del programa de alimentación escolar con leche fluorada (PAE/F) dirigido a escolares rurales de 1° a 8° básico, entre otros.

Se han focalizado las acciones en los periodos de erupción dentaria, tanto en dentición temporal como definitiva, priorizando la atención odontológica integral de niños de 2, 4, 6 y 12 años, y de mujeres embarazadas con el fin de proteger y limitar posibles daños.

Además, se ha incorporado el Modelo de intervención preventivo promocional, a través del Programa de promoción y prevención en salud bucal de niños y niñas preescolares, centrándose en la instalación temprana de hábitos saludables de higiene y alimentación.

Existen múltiples instituciones, tales como JUNJI, INTEGRA, JUNAEB y MINEDUC, que facilitan el desarrollo de programas preventivos en establecimiento educacionales, apoyando la formación de hábitos de salud bucal. A su vez, los municipios, JUNAEB y prestadores asociados a ISAPRES participan en proteger y limitar el daño de la salud bucal en las edades de mayor riesgo. Por otro lado, las universidades y sociedades científicas, junto con el Colegio de Cirujanos Dentistas y empresas privadas del rubro de higiene bucal realizan capacitaciones y campañas de educación con contenidos de autocuidado en salud bucal.

Entre las estrategias que se proponen para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, se encuentran (Gobierno de Chile, 2010):



**a. Refuerzo y expansión del modelo de intervención preventivo promocional a nivel preescolar y escolar**

En este punto, toma suma importancia la instalación de hábitos saludables de higiene y alimentación tempranamente en la vida y expandir el programa de preescolares a todos los establecimientos de educación preescolar y básica que acogen a los niños más vulnerables del país. En niños pequeños, la promoción de hábitos saludables debe ser realizada a través de múltiples intervenciones y programas de promoción dirigidos a los padres. Dentro de esta misma línea estratégica, se plantea mejorar el acceso a fluoruros de la población más vulnerable. Actualmente, la población urbana cuenta con flúor en el agua y la población escolar rural, con flúor en leche. La fluoración del agua se asocia con un aumento de la proporción de niños libres de caries y con una disminución en el número de dientes afectados por caries. Además, la leche fluorurada es beneficiosa para los niños escolares, especialmente en su dentición permanente.

**b. Reforzamiento del componente de salud bucal en el Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario**

Para lograr esto, se elaboran orientaciones técnicas con un enfoque familiar y comunitario, lo que permite abordar al individuo y su familia como un sistema en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural y, a través de intervenciones costo efectivas, lograr satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad respecto a mantenerse saludable.

### **c. Disponibilidad de un sistema de registro e información epidemiológica**

Su fin es poder evaluar de manera integrada el impacto de los programas odontológicos, mediante la mejoría y monitoreo de los registros existentes, y realización de estudios epidemiológicos para evaluación de cumplimiento de metas de impacto de la Estrategia nacional de salud.

Cabe mencionar que se buscará fortalecer las alianzas intra e intersectoriales para prevenir y reducir las patologías bucales en la población preescolar y escolar, a través de programas integrados para disminuir los factores de riesgo comunes a las patologías crónicas de mayor prevalencia en el país (alimentación no saludable, sedentarismo, tabaco, alcohol, mala higiene, etc.).

## **7. Educación**

### **7.1 Importancia de la educación**

Unas de las misiones de la educación es enseñar la diversidad de la especie humana y contribuir a una toma de conciencia de las semejanzas y la interdependencia entre todos los seres humanos (Delors, 1994).

La educación desde un punto de vista conceptual deberá transmitir conocimiento de forma masiva y eficaz a la población. Este aumento se correlaciona directamente a las demandas del mundo actual. Es así como los aprendices en todos sus niveles deben estar en condiciones de aprovechar y de utilizar durante su vida cada oportunidad que se le presente, para conceptualizar, llevar a práctica y enseñar un aprendizaje.

Según un informe para la Unesco (Delors, 1994) sobre educación superior, la educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales: 1) aprender a conocer, el que se refiere a adquirir instrumentos para la comprensión; 2) Aprender a hacer, punto que se encuentra vinculado al acto profesional a poner en práctica los conocimientos y así adaptarlos al acto laboral; 3) Aprender a vivir juntos, el que se correlaciona con la capacidad de poder participar y cooperar con los demás en las actividades humanas y 4) aprender a ser, aspecto de estructura fundamental del aprendizaje, que se puede definir en otras palabras como “el punto de descubrimiento de quién es, descubrimiento de uno mismo, espacio clave para el desarrollo tanto en el niño como en el adolescente”.

## **7.2 Educación preescolar en Chile**

La evidencia ha demostrado que programas de educación temprana o preescolar bien diseñados pueden identificar, mitigar e incluso aliviar las desigualdades que emergen a temprana edad y de no ser eliminadas, acompañarán al individuo en su etapa escolar y hasta laboral (Bucarey, 2014).

Además, Behrman y Urzúa (Ministerio de Educación JUNJI, 2012) señalan que “las habilidades promueven habilidades”, en el sentido de que el ambiente y las acciones tomadas durante los primeros años de vida tienen un efecto duradero en el desarrollo de los individuos. Otra forma explicativa de demostrar la importancia de la educación preescolar es mostrando un modelo de desarrollo humano que permite conceptualizar la importancia de brindar atención a los genes y el ambiente que ocurre en los primeros años de edad. Este modelo habla de “insumos” entregados en las primeras etapas de vida,

los cuales se transforman en resultados que a su vez son usados como insumos en las siguientes etapas del desarrollo. Por ejemplo, en la primera etapa tenemos los insumos, los cuales, dentro de un sistema de salud, un sistema educacional, protección al menor y ambiente familiar se genera como resultado un desarrollo cognitivo, un desarrollo no cognitivo, salud mental y física. Estos mismos resultados se vuelven a utilizar como insumos y dentro los mismos sistemas, generan nuevos resultados, tales como: nivel educacional, desempeño escolar, comportamiento social, salud mental y física, y así sucesivamente hasta la vejez.

En Chile se ha incrementado la cobertura de programas de educación temprana con el énfasis en la equidad y calidad. Por ejemplo, en el año 2001, el Ministerio de Educación lanzó una publicación titulada *Bases Curriculares de la Educación Parvularia*. Por otra parte, para incrementar la equidad en el acceso, en el año 2006 Chile lanzó el programa social *Chile Crece contigo*, en el cual familias de escasos recursos son elegibles para asistir a programas de educación temprana gratuitos. Por consiguiente, en nuestro país, se aprecia una expansión del sistema educacional preescolar y esto ha venido de la mano de una fuerte expansión en el sistema particular subvencionado y particular.

En el segmento de niños de 0 a 3 años es posible identificar cuatro proveedores de educación preescolar en Chile: municipalidades, proveedores privados, JUNJI e INTEGRA. La Junta Nacional de Jardines Infantiles es un organismo autónomo vinculado al Ministerio de Educación creado en 1970 con el propósito de integrar a una educación de calidad, gratuita y pública a niños menores de 4 años en condiciones de vulnerabilidad. Su misión es entregar bienestar integral a estos menores, a través de diversos programas

educativos con una perspectiva de territorialidad; desde una visión de sociedad inclusiva y de niños y niñas sujetos a derecho; y que reconoce las potencialidades educativas de sus contextos familiares, sociales y culturales, incorporándolas para dar mayor pertenencia a sus aprendizajes. En relación a la calidad, ésta tiene como objetivo desarrollar procesos educativos que favorezcan a los párvulos el logro de “aprendizaje significativo” en el marco de los énfasis de la política pública de educación, a través de la provisión de servicios educativos, diseño e implementación de programas educativos, trabajo con la familia, supervisiones, asesorías, capacitaciones entre otros. También busca generar un bienestar integral, promoviendo ambientes que favorezcan el ejercicio de los derechos de niños y niñas. En relación al aumento de cobertura, se busca favorecer la ampliación y construcción de nuevas salas cunas y niveles medios (Ministerio de Educación JUNJI, 2012).

Los programas educativos que ofrece la JUNJI están en distintos grupos y periodos, siendo el principal el Programa educativo jardín infantil tradicional, el que funciona en establecimientos con estándares de uso exclusivo para jardín infantil; están a cargo de una directora, educadoras y técnicos asistentes de párvulos, manipuladoras de alimentos, auxiliar de servicio y administrativos. Los grupos de atención van entre los 0 a 4 años de edad, divididos por salas cuna menor y mayor, nivel medio menor y mayor. Según el tipo de administración existen dos modalidades: a) modalidad jardín infantil de administración directa y b) modalidad jardín infantil vía transferencia de fondos administrados por terceros (VTF) (Ministerio de Educación JUNJI, 2012).

Las instituciones que pueden recibir estos fondos en transferencia desde JUNJI deben ser personas jurídicas de derecho público, o de derecho privado sin fines de lucro, lo que excluye a las sociedades en cualquiera de sus formas y a las personas naturales. Es decir, podrán suscribir convenio con la Junta Nacional de Jardines Infantiles las instituciones del Estado, las corporaciones municipales, organizaciones no gubernamentales, municipalidades y otros que cuenten con personalidad jurídica sin fines de lucro. Estas deben ejecutar o desarrollar acciones orientadas a los ámbitos educativos y/o vinculados con la protección a la infancia (Junta Nacional de Jardines Infantiles, 2013).

La Ilustre Municipalidad de Viña del Mar cuenta con un departamento de desarrollo comunitario, cuyo objetivo es asesorar al Alcalde, al Concejo y a la Administración Municipal en todo lo relativo al desarrollo de la comuna, ya sea en el ámbito social, educacional, cultural y económico. A su vez, presenta un departamento de grupos prioritarios (DAGP), el que está destinado a propender al desarrollo, integración social y fomento de la participación de niños y niñas, jóvenes, mujeres, adultos mayores, pueblos originarios y personas con discapacidad, contribuyendo al aumento de la autogestión y la equiparación de oportunidades de todos los habitantes de la comuna. En este marco, la Municipalidad de Viña del Mar recibe fondos de JUNJI para el desarrollo y fomento de 7 jardines infantiles ubicados en distintas zonas de la comuna.

A continuación se detallará la información de los siete jardines infantiles VTF de la comuna de viña del mar (Tabla 1):

Tabla 1.  
Jardines JUNJI VTF Viña del Mar

Nombre Jardín infantil VTF, JUNJI	Dirección
Tía Coty	4 Oriente 1235, entre 13 y 14 norte
Tía Virginia	Calle 9 #475 Paradero 8 ½, Reñaca Alto.
Siete Enanitos	Calle Maule S/N, Villa Independencia.
Pequeños Pasitos	Pasaje 2 Norte N°40, Lomas Latorre, paradero 8, Achupallas.
Tía Michelle	Calle Los Quilos 50, Parcela 15, Tranque Sur, Forestal
Los Paltitos	Calle Principal 245, Ampliación Glorias Navales
Las Palmas Chilenas	Rio San Pedro 10 Las Palmas Chilenas

Lista de Jardines Infantiles JUNJI administrados por la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar.

La JUNJI es la institución encargada de certificar y supervisar los diferentes proveedores de enseñanza pre-escolar, pero se ha mencionado que históricamente no ha contado con la capacidad técnica para realizar estas funciones de manera periódica.

Los centros privados son aquellos que corresponden a instituciones financiadas con aportes de particulares que deben contar con la autorización del Ministerio de salud y de los permisos municipales correspondientes para entrar en su funcionamiento. A diferencia de los otros centros, la certificación de los privados es de carácter voluntaria una vez que los sostenedores de los diferentes establecimientos así lo soliciten. Por lo mismo, no existe un registro unificado de todas las instituciones y centros públicos y privados que ofrecen servicios de educación parvularia. Esto implica que se desconoce si existe o realmente se cumple un currículo educativo ni del grado académico del personal que educa a estos menores. Otros proveedores del servicio de educación preescolar son los establecimientos de educación básica y media (colegios), ya sean privados, públicos y/o particulares subvencionados (Ministerio de Educación JUNJI, 2012).

### **7.3 Nuevas proyecciones institucionales del sistema educativo pre-escolar en Chile (Ministerio de Educación, 2015)**

El Ministerio de Educación ha señalado dentro de la reforma educacional año 2015, que un objetivo prioritario sería recuperar la educación pública como un pilar central del sistema educativo nacional en todos sus niveles. Para ello, es necesario llevar adelante un conjunto de transformaciones tanto en los aspectos institucionales, como en los de gestión y financiamiento, partiendo por la educación parvularia y continuando con el traspaso de los colegios públicos desde los municipios a los nuevos servicios locales de educación.



Durante el año 2014 se avanzó tanto en el ámbito legislativo como en el desarrollo de programas específicos, y en la concreción de una agenda inmediata de fortalecimiento para la educación pública. En el caso de la educación parvularia se crea la Subsecretaría de Educación Parvularia y la Intendencia de Educación Parvularia en la Superintendencia de Educación, lo que asegura capacidades institucionales para la generación de políticas públicas y la fiscalización en pos de la calidad de este sector educativo.

Habiéndose aprobado en el Congreso Nacional la ley que crea la Subsecretaría y la Intendencia de Educación Parvularia, se ha cumplido con la primera parte del compromiso del gobierno en cuanto a crear una nueva institucionalidad para este nivel educativo. Durante 2015 se trabajó en generar la normativa específica que permita la entrada en funciones de ambas entidades para el 2016, definición de divisiones y unidades, personal, perfiles técnicos y otros, junto con seguir avanzando en todas las iniciativas y lineamientos orientados al desarrollo de la calidad de este nivel educativo tales como estándares de dotación de personal, definición de estándares de desempeño, articulación con enseñanza básica, estudios y actualización del currículum nacional y mejores condiciones para educadoras y técnicos, entre otros aspectos.

#### **7.4 Contexto nacional de la carrera de educación parvularia en Chile en relación a la salud bucal y su malla curricular**

Se realizó una búsqueda aleatoria de diferentes universidades chilenas pertenecientes al consejo de rectores, universidades privadas asociadas a él y universidades privadas que imparten la carrera de Educación Parvularia, con

el fin de verificar si dicta la carrera y si en su malla curricular presenta alguna asignatura sobre educación y prevención en salud oral.

En la mayoría de las mallas curriculares de las carreras de Educación Parvularia consultadas se encontró alguna asignatura orientada a la salud del infante. Se podría inferir para dichos casos que los establecimientos que presentan dentro del programa educativo asignaturas sobre educación en salud, incluyen conocimientos en salud bucal. Para confirmar aquello, se debería realizar un estudio específico sobre los programas educativos.

## **8. Determinantes de la salud**

Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, en 1974 presentó el documento *A new perspective of the health of Canadians* (Gobierno de Canadá, 1981), informe que describió el concepto de “Campo de salud” el cual funciona como herramienta analítica donde elementos como la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y la organización del sistema de salud se consideran determinantes para la salud de las personas, resaltando la importancia de mirar aspectos más allá de la mera atención de la enfermedad. El documento generó un impacto internacional inmediato gracias a su enfoque equilibrado para analizar problemas críticos de salud y llegar a sus causas primordiales (Rutty y Sullivan, 1970). Dentro de los determinantes de la salud expuestos por Lalonde, el “Estilo de vida” se estima como el elemento de mayor relevancia con un 43% de impacto en comparación con los otros determinantes (Secretaría de Salud, 2010), por lo que es razonable que a la vez sea una de las principales limitantes del modelo

tradicional de salud enfocado en la enfermedad. Se entiende por “Estilo de vida” aquellos elementos y decisiones de los individuos que afectan a su salud y sobre los cuales tienen más o menos control (Gobierno de Canadá, 1981). Los malos hábitos y decisiones en cuanto a salud generan riesgos autoimpuestos y cuando estos terminan generando resultados no deseables para la salud, se infiere que el estilo de vida ha contribuido o causado la propia enfermedad o muerte. La Organización Mundial de la Salud define estilo de vida como una “forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales” (García G., García, Tapiero y Ramos, 2012). A su vez, dentro de los factores que influyen en las conductas en salud y estilos de vida, encontramos que el conocimiento, las actitudes, los valores y las creencias (Rodríguez, 2015) son elementos que modulan el comportamiento y toma de decisiones de las personas dentro de sus contextos.

**Conocimiento** (Rodríguez, 2015): El modelo de conocimiento-acción establece que, habiendo percibido un estímulo, el individuo lo interpreta. Esta interpretación dependerá de la correspondencia existente entre el bagaje de conocimientos, experiencias, creencias y valores del individuo y la forma en que se ha generado el mensaje. Finalmente, el *input* recibido y analizado debe ser significativo para que se decida a adoptar una conducta determinada.

**Actitud** (Rodríguez, 2015): sentimiento constante, positivo o negativo, hacia un objeto (ya sea una persona, una acción o una idea).

**Valor** (Rodríguez, 2015): creencia compartida y transmitida dentro de una comunidad. Los valores de un individuo afectan sus patrones de pensamiento

y de conducta, en parte porque generan actitudes. Los valores, entonces, preceden a las actitudes.

**Creencia** (Rodríguez, 2015): convicción de que un fenómeno u objeto es verdadero o real.

La mayoría de las personas se sienten cómodas cuando el conocimiento que tienen es consistente con sus valores, creencias y actitudes. De acuerdo a lo anterior, se plantea que el estilo de vida abarca todos los ámbitos del ser humano. Por esto, diferentes autores intentan construir el concepto de estilos de vida saludables (EVS), llegando a la conclusión de que estos están constituidos por patrones de conductas relacionadas con la salud (García et al., 2012). Sin embargo, de acuerdo al modelo Conocimiento-acción, para que el conocimiento que se posee sobre cierta materia logre generar cambios en el estilo de vida, en este caso “beneficos para la salud”, debe generarse un proceso de significancia para generar cambios actitudinales (Rodríguez, 2015).

Por otra parte, dada la evolución que han tenido los conocimientos sobre promoción y prevención en salud para el incremento del bienestar de la población, la educación en salud es considerada un campo importante de conocimientos y prácticas para promover la autonomía de los individuos. Por lo tanto, el sector educacional juega un rol importante en la solidificación de acciones destinadas a fortalecer la capacidad de las personas para mantenerse sanos, creando entornos saludables y consolidando políticas de salud pública enfocadas en la calidad de vida (Maranhao et al., 2014).

## **8.1 Educación pre-escolar y conocimientos en salud oral**

Es reconocida la influencia que ejercen los educadores en sus alumnos sobre promoción y prevención en salud, ya que tienen el potencial de formar a futuras generaciones con conocimientos correctos sobre autocuidado y vida saludable. Según la OMS, los profesores han sido utilizados como importantes agentes de educación en salud en varios países del mundo, ya que son una alternativa en el enfoque de atención primaria de salud para combatir las enfermedades prevenibles a través de la educación (Shodan, Prasad y Javali, 2012). Sumado a los beneficios para los estudiantes, la educación escolar en salud y los programas de promoción en salud que incluyen a los educadores en los equipos han demostrado tener efectos beneficiosos para los profesores en términos de mejorar la calidad de la instrucción en sala (Ramroop et al., 2011). Además, los ambientes de educación en salud durante la niñez representan un entorno educativo complementario a la familia, agente promotor principal del desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño, favoreciendo la adquisición de conductas saludables que lo ayuden a mantener su estado de salud durante la adultez (Maranhao et al., 2014). Durante los años de escolaridad, los niños pasan la mayoría del tiempo con sus profesores por lo que la conformación de estilos de vida y el desarrollo de la personalidad durante esta etapa son responsabilidad tanto de padres como de los educadores (Sekhar, 2014 y Mota, Oswal, Sajnani y Sajnani K., 2016). Debido a esto, es importante que el propio conocimiento en salud oral de los educadores sea adecuado para satisfacer de manera óptima las necesidades de aprendizaje de sus alumnos. Unas de las ventajas que tiene el uso de educadores para la promoción de la

salud es su potencial para mejorar continuamente la instrucción en salud, además del bajo costo del servicio (HV, D’Cruz y Shirahti, 2013). La desventaja más importante del empleo de profesores para la educación en salud es que pueden poseer capacidades insuficientes para transmitir la información. Esta falta de formación en salud oral hace en muchos casos que los educadores se abstengan de participar en la educación de sus alumnos de manera efectiva (Ramroop et al., 2011). La evidencia disponible en la mayoría de los países en desarrollo donde se ha investigado sobre conocimientos en salud oral de los educadores pre escolares ha demostrado resultados insuficientes a pesar de que demuestran interés en proveer educación en salud oral a sus pupilos (Ramroop et al., 2011). Factores tales como la falta de recursos, tiempo e incapacidad para incorporar la salud oral dentro del curriculum formativo de los educadores son barreras identificadas para la educación en salud oral en las escuelas (Maranhao et al., 2014).

Una de las técnicas educativas más innovadoras para el perfeccionamiento en conocimientos en salud oral para educadores ha sido la implementación de la Magicoterapia como herramienta para favorecer, en niños y niñas en edad de párvulo, una buena percepción de la atención odontológica y empatía con el dentista, facilitando así los procesos clínicos y el aprendizaje de conceptos como el autocuidado en salud bucal y la importancia de la alimentación saludable. La SEREMI de Salud de la Región de Valparaíso, desde el año 2010, ha incorporado esta modalidad educativa a las actividades de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Párvulos en los Jardines Infantiles de JUNJI y Fundación INTEGRAL, ya que esta metodología logra un gran impacto emocional en ellos. Entre los años 2012 y 2014, la SEREMI

regional impartió una escuela de mágicoterapia destinada al agente educador (educadoras de párvulo y paradocentes) de la red JUNJI e INTEGRRA con el objetivo de impartir conocimientos en salud oral y técnicas de magia para pre-escolares. Tapia y Olivares (2015) evaluaron el nivel de conocimientos en salud oral en agentes educadores capacitados y agentes réplica-capacitados bajo este método de perfeccionamiento. Se entiende por “capacitadas” a aquellas educadoras formadas en la Magicoterapia por el profesional a cargo del método, y por agentes “réplica-capacitadas” al personal educador que recibió formación en el método, pero impartido por las educadoras “capacitadas” al final de su instrucción, en sus establecimientos de origen. El estudio arrojó que el nivel de conocimiento en salud oral de las encuestadas es aceptable (>60% pero <80%), de manera que el nivel de conocimiento de ambos grupos fue similar.

Mota et al. (2016) evaluaron conocimientos y actitudes en salud oral en 511 educadores pre-escolares y primarios de Mumbai, India, demostrando un nivel inapropiado en conocimientos respecto a salud oral en niños. Un 56,9% de los encuestados incitan a los alumnos a cepillarse los dientes después de una comida en horario de escuela, el 45,4% tiene conocimiento de que la dentición temporal consta de 20 dientes, el 45% desconoce las pastas dentales fluoradas y el 78,9% desconoce los programas de fluoración del agua en las escuelas.

En Dharwad, otra ciudad de India, Shodan et al. (2012) evaluaron el nivel de conocimientos en salud oral en 205 educadores escolares de nivel primario, encontrando que solo un 35.6% de los encuestados presenta buen nivel de conocimiento en salud oral, demostrando también que el bajo nivel

de conocimientos en esta materia tiene una asociación significativa con el grupo etario y con el nivel de estudios universitario, ya que las educadoras mayores a 50 años y con estudios de postgrado presentan mejor nivel de conocimientos en salud oral.

Maranhão et al. (2014), en un grupo de 140 educadoras de guardería infantil de la ciudad de Maceió, Brasil, encontraron que el nivel de conocimientos sobre etiología de caries dental es deficiente, ya que el 90% de los encuestados respondió que solo la azúcar es responsable del proceso de caries y el 3.6% respondió que el exceso de su consumo era la causal de las emergencias dentales. A su vez, el 32.1% respondió correctamente el significado de placa bacteriana. Similar al estudio anterior, las educadoras >40 años presentan mejores niveles de conocimiento versus las encuestadas más jóvenes.

Ehizele et al. (2011) llevaron a cabo una medición de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en 320 educadoras primarias de escuelas públicas y 320 educadoras de escuelas privadas de la ciudad de Benin, Nigeria. Sobre el 90% de las educadoras de ambos grupos respondieron estar involucradas en prácticas de educación en salud oral de sus alumnos, sin embargo, presentaron bajo nivel conocimiento sobre la etiología de caries dental y enfermedad periodontal. Existe un patrón similar en ambos grupos sobre bajo nivel de conocimiento y prácticas en salud oral, pero con una actitud positiva hacia la educación en salud.

Sekhar et al. (2014) evaluaron conocimiento, prácticas y actitudes en salud oral en 212 educadoras primarias del sector público y privado de Pondicherry, India, encontrando niveles insuficientes en conocimiento sobre



etiología de caries dental y enfermedad periodontal. El 47% de los encuestados atribuye al consumo de azúcar y la presencia de bacterias como factores etiológicos de caries dental. Además, 53.5% respondió que el cepillado dental de manera regular y evitar alimentos entre comidas podría reducir la incidencia de caries entre los estudiantes. Un 42% respondió que el cálculo y la placa bacteriana serían las principales causas de las enfermedades periodontales. Solo un 42% de las educadoras respondió estar de acuerdo en que es deber de ellas impartir educación en salud oral a los estudiantes.

En contraste a los resultados de los autores expuestos, Ramroop et al. (2011) evaluaron el nivel de conocimientos y sus actitudes hacia la prevención en salud oral de 246 educadores primarios de Caroni, Trinidad y Tobago, encontrando buenos niveles de conocimiento en salud oral y actitudes positivas hacia la prevención. Entre las características generales de los encuestados, el 75% fueron mujeres y solo el 6.9% ha recibido alguna formación en educación sobre salud oral. Sobre conocimientos en caries dental, el 92% respondió que el cepillado dental irregular es una causa importante de enfermedades dentales, 97% respondió que la caries puede ser prevenible con adecuada higiene oral y un 68% piensa que disminuir el consumo de azúcares puede prevenir su aparición. Sobre conocimientos en etiología de enfermedad periodontal, un 84.6% atribuye como causa principal de la enfermedad a la presencia de bacterias y un 89.8% piensa que una correcta higiene oral puede prevenir la enfermedad. En cuanto a conocimientos sobre traumatismo dento-alveolar, ante un evento de pérdida o fractura de diente anterior, un 83% avisa inmediatamente a los padres, 25%

pondría el diente en leche o agua antes de enviar al niño al odontólogo, 74% opta por enviar al niño inmediatamente al especialista y solo un 4.5% reimplantaría la pieza perdida. Sobre sus actitudes en relación con la educación en salud oral el 97% dijo estar de acuerdo con que la educación en salud oral debería estar presente en el currículo escolar y un 86% piensa que debería haber formación en salud oral para los educadores. Resulta importante revisar que, en cuanto a barreras para la implementación de educación en salud oral, un 77% responde que existe déficit de recursos para implementarlo, un 70% dice tener una inadecuada formación, 47% responde tener poco tiempo y falta de apoyo de la administración local, respectivamente. Los resultados de este estudio reflejan un buen nivel de conocimientos en salud oral y una actitud positiva hacia la promoción y prevención en salud entre las educadoras primarias encuestadas, resultados que a su vez podrían demostrar diferencias estructurales, organizacionales y de contenido entre el currículo escolar entre Trinidad y Tobago y otros países.

## **IV. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

---

### **1. Pregunta de investigación**

¿Cuál es el nivel de conocimientos en salud oral del personal educador de párvulo de los jardines infantiles VTF municipales de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) de la comuna de Viña del Mar, Chile?

## **V. HIPÓTESIS**

---

El nivel de conocimientos en salud oral es deficiente en el personal educador de párvulos pertenecientes a los jardines VTF municipales de la Junta Nacional de Jardines Infantiles de la comuna de Viña del Mar, Chile.

## **VI. OBJETIVOS**

---

### **1. Objetivo general**

Evaluar el nivel de conocimientos en salud oral que posee el personal educador de párvulo de los jardines infantiles VTF municipales de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) de la comuna de Viña del Mar, Chile.

## **2. Objetivos específicos**

- Caracterizar socio-demográficamente al personal educador de párvulo encuestados.
- Caracterizar el perfil profesional de las educadoras de párvulo encuestadas.
- Identificar conocimientos favorables en salud oral en el personal educador de párvulo encuestados.
- Identificar conocimientos erróneos en salud oral en el personal educador de párvulo encuestados.
- Relacionar el nivel de conocimiento en salud oral con el perfil sociodemográfico del personal educador encuestado.
- Relacionar el nivel de conocimiento en salud oral con el perfil profesional del personal educador encuestado.

## VII. MATERIALES Y MÉTODOS

---

### 1. Diseño de estudio

Estudio analítico observacional de corte transversal.

### 2. Población

**2.1 Universo:** Personal educador técnico y profesional de párvulo pertenecientes a la red pública de la Junta Nacional de Jardines Infantiles VTF municipales de la comuna de Viña del Mar, Chile.

**2.2 Tamaño de la muestra:** Se realizará un censo del personal educador perteneciente a la red pública JUNJI VTF municipales en la comuna de Viña del Mar, considerando el número total de establecimientos educacionales VTF municipales dependientes de JUNJI disponible en internet (Gobierno de Chile JUNJI, 2016), obteniendo un total de 7 establecimientos: *Tía Coty* (plan de Viña del Mar), *Tía Virginia* (Reñaca Alto), *Siete enanitos* (El Olivar), *Pequeños pasitos* (Achupallas), *Tía Michelle* (Forestal), *Los Paltitos* (Glorias Navales), *Jardín Las Palmas Chilenas* (Forestal).

### 2.3 Criterios de inclusión

Personal educador perteneciente a los jardines infantiles VTF municipales JUNJI de la comuna de Viña del Mar, Chile que se encuentren presentes al momento de realizar el censo.

## 2.4 Criterios de exclusión

Personal educador que no se encuentre disponible por razones médicas como licencia por enfermedad, periodo de prenatal y postnatal al momento del estudio, vacaciones, entre otros.

Personal educador que se niegue a aceptar el consentimiento informado o completar a cabalidad su encuesta.

## 3. Variables

### 3.1 Variable dependiente:

#### 3.1.1 Nivel de conocimientos en salud oral

**Tipo:** Variable cuantitativa discreta.

**Definición conceptual:** Conjunto de información almacenada mediante el aprendizaje de contenidos en salud oral disponible en el manual metodológico dirigido a agentes educativos en educación parvularia *Salud bucal para párvulos* (2009).

**Definición operacional:** Nivel de conocimiento medido según calificación obtenida en la encuesta *Nivel de conocimiento en salud oral del personal educador de párvulo de jardines infantiles VTF municipales de la red JUNJI, Viña del Mar, Chile*

## **3.2 Variables independientes**

### **3.2.1 Género**

**Tipo:** Variable cualitativa nominal

**Definición conceptual:** Constitución orgánica que distingue entre hombre o mujer

**Definición operacional:** Género al que corresponde el encuestado en forma biológica y que será determinado como “Femenino” o “Masculino”.

### **3.2.2 Edad**

**Tipo:** Variable cuantitativa continua.

**Definición conceptual:** tiempo que una persona ha vivido a contar desde su nacimiento.

**Definición operacional:** Tiempo transcurrido en años enteros, desde su nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio.

### **3.2.3 Años de ejercicio profesional**

**Tipo:** Variable cuantitativa discreta (por intervalos de años de ejercicio).

**Definición conceptual:** Cantidad de tiempo que se lleva ejerciendo una actividad técnica o profesional y su consiguiente responsabilidad.

**Definición operacional:** Tiempo que el/la encuestado(a) lleva ejerciendo su profesión. Dividido en intervalos de 0 a 5 años, 6 a 10 años, 11 a 15 años, 16 a 20 años y 21 o más años.

#### 3.3.4 Nivel de estudios

**Tipo:** Variable cualitativa ordinal

**Definición conceptual:** grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

**Definición operacional:** Grado máximo de estudios alcanzado por el encuestado, dividido en técnico profesional y profesional universitario y dentro de este último diplomado, magíster, doctorado o ninguno.

#### 3.2.5 Conocimiento de la boca y sus partes

**Tipo:** Variable cualitativa nominal

**Definición conceptual:** Conjunto de información almacenada mediante experiencia o aprendizaje sobre las estructuras y partes de la boca.

**Definición operacional:** Conocimiento que el/la encuestado(a) presenta sobre las estructuras y partes de la boca, evaluado entre preguntas 7, 8 y 9 del ítem II.

#### 3.2.6 Conocimiento en higiene bucal

**Tipo:** Variable cualitativa nominal

**Definición conceptual:** Conjunto de información almacenada mediante experiencia o aprendizaje sobre el hábito de limpiar (higienizar) la boca y sus estructuras.

**Definición operacional:** Conocimiento que el/la encuestado(a) presenta sobre el objetivo y rutinas de higiene oral, junto con el conocimiento de las



técnicas de cepillado indicadas en niños. Evaluado en preguntas 10, 11, y 12 del ítem III.

### 3.2.7 Conocimiento en alimentación saludable

**Tipo:** Variable cualitativa nominal

**Definición conceptual:** Conjunto de información almacenada mediante experiencia o aprendizaje sobre los alimentos y el acto y consecuencias del tipo de alimentación que se presente.

**Definición operacional:** Conocimiento que el/la encuestado(a) presenta sobre los alimentos, logrando diferenciar e identificar alimentos cariogénicos y no cariogénicos. Evaluado en preguntas 13, 14 y 15 del ítem IV.

### 3.2.8 Conocimiento de malos hábitos

**Tipo:** Variable cualitativa nominal

**Definición conceptual:** Conjunto de información almacenada mediante experiencia o aprendizaje sobre prácticas adquiridas por repetición frecuente de un mismo acto que genera consecuencias negativas.

**Definición operacional:** Conocimiento que el/la encuestado(a) presenta sobre malos hábitos orales presentes en niños y su relación con futuras maloclusiones. Evaluado en preguntas 16, 17 y 18 del ítem V.

### 3.2.9 Conocimiento en traumatismo dental

**Tipo:** Variable cualitativa nominal.

**Definición conceptual:** Conjunto de información almacenada mediante experiencia o aprendizaje sobre lesiones violentas de los tejidos dentarios y periodontales producidos por agentes externos.

**Definición operacional.** Conocimiento que el/la encuestado(a) presenta sobre algunos daños que se producen en los tejidos dentales y periodontales por un golpe de gran impacto y su forma de actuar al verse enfrentado a esta situación. Evaluado en preguntas 19, 20 y 21 del ítem VI.

## **4. Consideraciones bioéticas**

### **4.1 Comité de bioética**

Se entregó el proyecto de investigación al comité de bioética de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Viña del Mar, el cual fue aprobado.

### **4.2 Consentimiento informado**

Se entregó a los participantes del estudio, un consentimiento informado (Anexo N° 1) junto con la encuesta el cual debe ser completado con fecha y firma. El documento fue leído en conjunto por los encuestadores, permitiendo el espacio para dudas y preguntas. No se registró el nombre de los encuestados para mantener el anonimato de las respuestas.

## **5. Diseño de instrumento de medición y validación**

Para fines de esta investigación, se construyó una encuesta sobre conocimientos en salud oral de acuerdo a las características del grupo de estudio. El constructo teórico que sustenta el contenido del instrumento elaborado se basa en la información presente en el manual metodológico dirigido a agentes educativos de Educación Parvularia *Salud bucal para párvulos* (2009) (García-Campo et al., 2009) que tiene por objetivo entregar herramientas metodológicas y conceptuales que faciliten la labor de los agentes educativos en la incorporación de la temática de salud bucal en la

planificación pedagógica. En él se abordan algunos conceptos asociados a la salud bucal tales como: la boca y sus partes, higiene bucal, alimentación saludable, control de malos hábitos, prevención de traumatismo dentario y la valoración del dentista como un profesional amigo de la salud oral.

## **5.1 Encuesta**

La encuesta consta de 21 preguntas distribuidas en seis ítems (Anexo N°2). El primer ítem reúne en 6 preguntas datos socio-demográficos y profesionales de los encuestados (edad, sexo, nivel de estudios, estudios de postgrado, años de ejercicio profesional y capacitación en salud oral). Los ítems II, III, IV, V y VI constan de tres afirmaciones sobre salud oral a responder verdadero o falso sobre los siguientes temas, respectivamente: “la boca y sus partes”, higiene bucal, alimentación saludable, control de malos hábitos, traumatismo dentario. Una hoja anexa al instrumento (Anexo 3) contenía las siguientes preguntas: ¿Usted conoce el *Manual metodológico dirigido a agentes educativos de educación parvularia Salud bucal para párvulos* (2009)?, con dos alternativas de respuesta (Sí o No) y ¿Cuáles son las limitantes o barreras que usted identifica al momento de realizar el protocolo de higiene oral?, con posibilidad de respuesta abierta.

### **5.1.1 Validación del instrumento**

Para el análisis de validación, se le solicitó, por medio de una carta (Anexo 4), a un experto en educación con Magíster en Evaluación, revisar el instrumento para recibir correcciones y sugerencias. Se modificó una

pregunta del primer ítem respecto a los intervalos de años de ejercicio profesional y se agregó una pregunta abierta en este mismo ítem que busca conocer si el encuestado posee alguna capacitación en salud oral. Se destacó que la fuente de contenidos a preguntar fuera un documento oficial que utiliza este grupo como material de orientación en esta materia, disminuyendo la arbitrariedad del contenido a preguntar (Anexo 5).

### **5.1.2 Confiabilidad del instrumento**

Para el análisis de confiabilidad del instrumento, se realizó el piloto de la encuesta en un grupo poblacional similar al grupo de estudio, compuesto por 27 educadoras de párvulo de distintos establecimientos educacionales no pertenecientes a la red JUNJI de la comuna de Viña del Mar. Los resultados de este piloto fueron sometidos a un análisis estadístico de  $\alpha$  de Cronbach, obteniendo un valor de 0.74. Este coeficiente, a partir de las varianzas de los resultados, permite estimar la fiabilidad del instrumento, es decir, el nivel de exactitud y consistencia de los resultados obtenidos aplicando el instrumento una y otra vez en condiciones similares. Los valores de tal coeficiente pueden variar entre 0 a 1 y cuanto más se acerque a su valor máximo, mayor es su confiabilidad. George y Mallery (Gliem R y Gliem J., 2003) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:  $>0.9$  es excelente,  $>0.8$  es bueno,  $>0.7$  es aceptable,  $>0.6$  es cuestionable,  $>0.5$  es pobre y  $<0.5$  es inaceptable. De acuerdo a nuestro resultado, el instrumento posee una confiabilidad aceptable.

### **5.1.3 Análisis de rendimiento de la encuesta**

El desempeño de los encuestados en relación al instrumento se determinará en base a la sumatoria de respuestas correctas individualmente, teniendo como referencia que el puntaje máximo del instrumento es de 15 puntos (todas las respuestas correctas desde la pregunta 6 a la 21). El patrón de rendimiento mínimo aceptable (PREMA) será de un 60% como nivel de exigencia y la calificación final de cada encuestado será utilizando una escala numérica del 1.0 al 7.0 con un decimal (tabla 2). Se aplicará un descuento de 2:1 (dos respuestas incorrectas eliminan una respuesta correcta) para disminuir el sesgo de azar, ya que al no solicitar justificación en las respuestas y al ser un instrumento de respuestas dicotómicas (verdadero o falso) existe un 50% de probabilidad de acertar aleatoriamente.

Tabla 2.  
Calificaciones

<b>Puntaje</b>	<b>Nota</b>
15	7.0
14	6.5
13	6.0
12	5.5
11	5.0
10	4.5
9	4.0
8	3.7
7	3.3
6	3.0
5	2.7
4	2.3
3	2.0
2	1.7
1	1.3
0	1.0

Relación de calificaciones según puntaje.

De acuerdo al PREMA y al descuento aplicado:

Una cantidad  $\leq 8$  respuestas correctas (calificación  $\leq 3.9$ ) se considerará un “bajo nivel de conocimiento en salud oral”

Entre 9 a 11 respuestas correctas (calificación entre 4.0 a 5.4) se considerará un “mediano nivel de conocimiento en salud oral”

$\geq 12$  respuestas correctas (calificación  $\geq 5.5$  a 7.0) se considerará un “alto nivel de conocimiento en salud oral”.

#### **5.1.4 Análisis estadístico**

Se realizó un análisis de la normalidad de los datos para determinar los indicadores estadísticos a utilizar. Dado el comportamiento paramétrico de los resultados se aplicaron los indicadores t-student y  $\chi^2$ . Se utilizó el software estadístico SPSS v.20 con el cual se realizó estadística descriptiva para obtener tablas de frecuencia y gráficos. Finalmente, se procedió a realizar el análisis de estadística inferencial para determinar relaciones entre variables con un nivel de confianza del 95%.



## V. RESULTADOS

---

Con el fin de conocer cómo se comporta la muestra obtenida, se realizó un análisis estadístico descriptivo de cada variable de interés analizada en este estudio, separándolas por cantidad y porcentaje respecto al total de 96 encuestas realizadas.

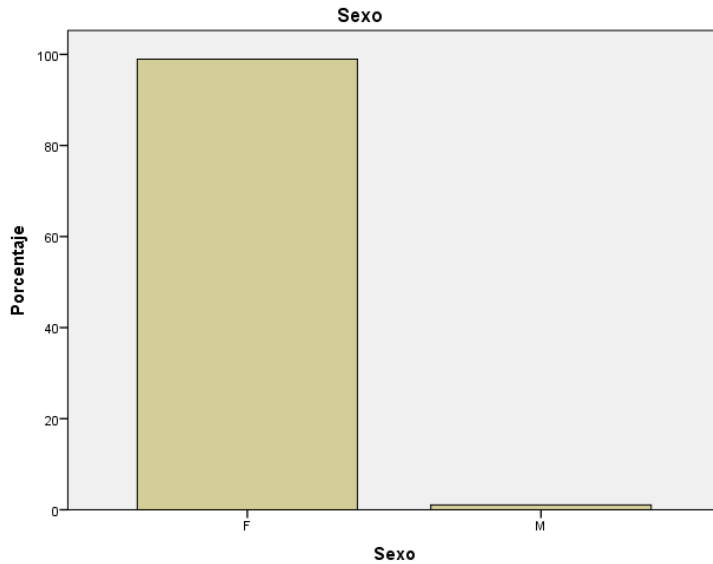
### 1. Género

Respecto a la variable género, la frecuencia prevalente es el sexo femenino con 95 sujetos el cual corresponde al 99% de los datos. Sólo hay un hombre, que representa el 1% de los datos (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la muestra por género

	n	%	% válido	% acumulado
Mujeres	95	99,0	99,0	99,0
Hombres	1	1,0	1,0	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Gráfico 1. Distribución por género de la muestra.



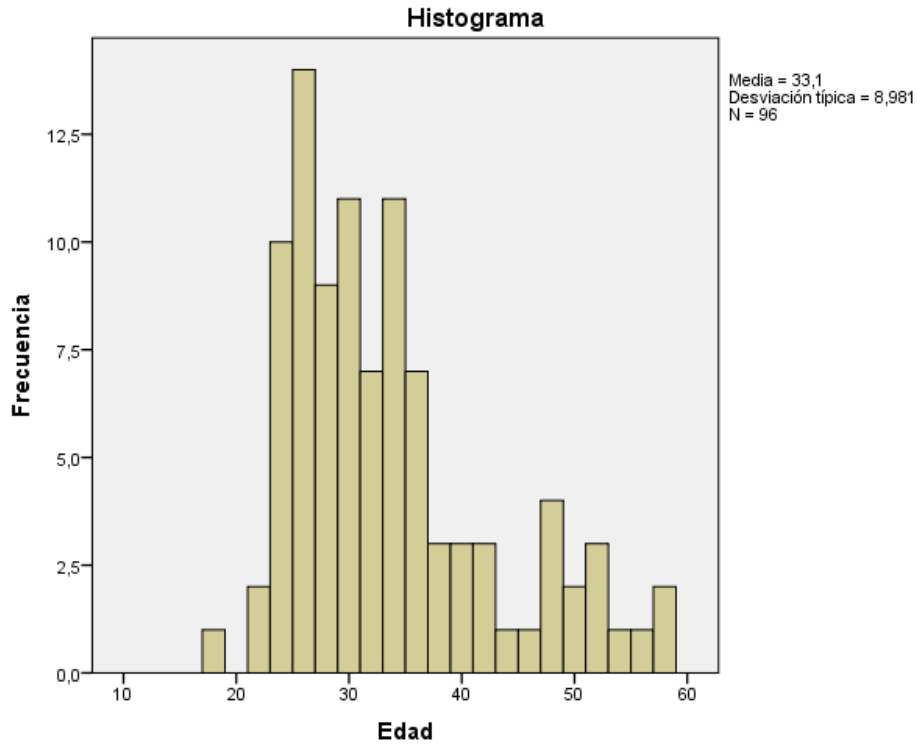
## 2. Edad

Respecto a la edad de los sujetos, el promedio de edad es de 33 años con una desviación estándar de  $\pm 8,9$ . La mediana es de 31 años por lo tanto, la edad de la muestra se distribuye simétricamente. La moda se sitúa en los 26 años (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de edad de la muestra

Frecuencia	Válidos	96
	Perdidos	0
Media		33,10
Mediana		31,50
Moda		26
Desv. típ.		8,981

Gráfico 2. Histograma de distribución de las edades de la muestra



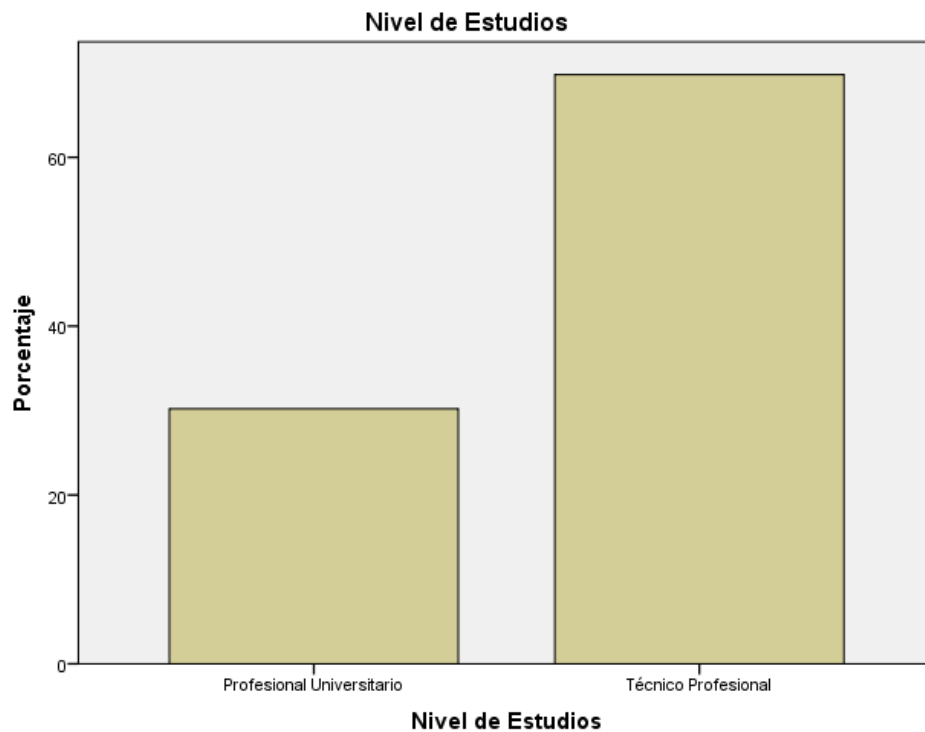
### 3. Nivel de estudios

Respecto al nivel de estudios, de los 96 sujetos analizados 29 de ellos corresponden a título profesional universitarios respondiendo al 30,2% del total de la muestra. La diferencia, 67 personas que corresponden a un 69,8% de los datos corresponden al nivel técnico profesional (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de estudios en educación

	n	%	% válido	% acumulad o
Universitario	29	30,2	30,2	30,2
Técnico	67	69,8	69,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Gráfico 3. Distribución de la muestra de acuerdo al nivel de estudios en educación



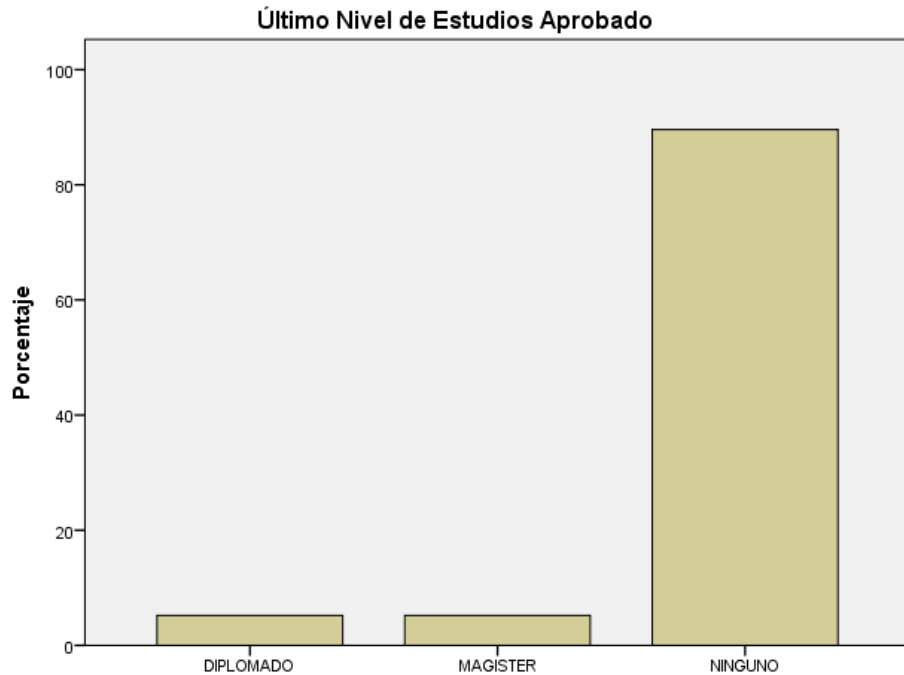
#### 4. Último nivel de estudios aprobados

En cuanto a la variable “ultimo nivel de estudios aprobados”, predominan aquellos que no han realizado estudios de postgrado representando a un total de 86 sujetos que corresponden a un 89,6% de la muestra. Solo 10 de ellos tienen estudios de postgrado, representando un 10,4% de la muestra, dividido en 5 sujetos con diplomado y 5 con magíster.

Tabla 6. Distribución de la muestra por estudios de postgrado

	n	%	% válido	% acumulado
Diplomado	5	5,2	5,2	5,2
Magíster	5	5,2	5,2	10,4
Ninguno	86	89,6	89,6	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Gráfico 4. Distribución de la muestra por estudios de postgrado



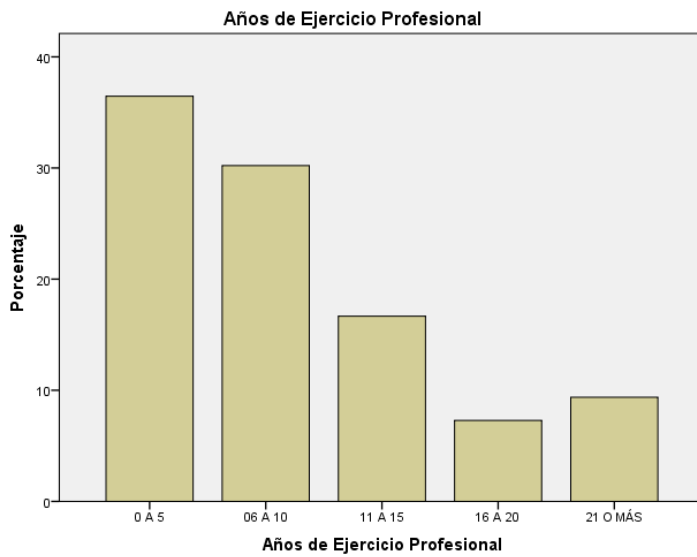
## 5. Años de ejercicio profesional

Con respecto a la variable “años de ejercicio profesional”, predominan aquellos que tienen pocos años ejerciendo la educación parvularia, es decir, de 0 a 5 años, correspondiendo al 36,5% de la muestra. El intervalo de 6 a 10 años de ejercicio profesional presenta una frecuencia de 29 sujetos lo que representa un 30,2% de la muestra. Ambos intervalos acumulan un 66,7% de la muestra por lo que se observa que la mayoría de las encuestadas presenta menos de 10 años ejerciendo (Tabla 7 y Gráfico 5).

Tabla 7. Distribución de la muestra por años de ejercicio profesional

	n	%	% válido	% acumulado
0 a 5	35	36,5	36,5	36,5
06 a 10	29	30,2	30,2	66,7
11 a 15	16	16,7	16,7	83,3
16 a 20	7	7,3	7,3	90,6
21 o más	9	9,4	9,4	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Gráfico 5. Distribución de la muestra por años de ejercicio profesional



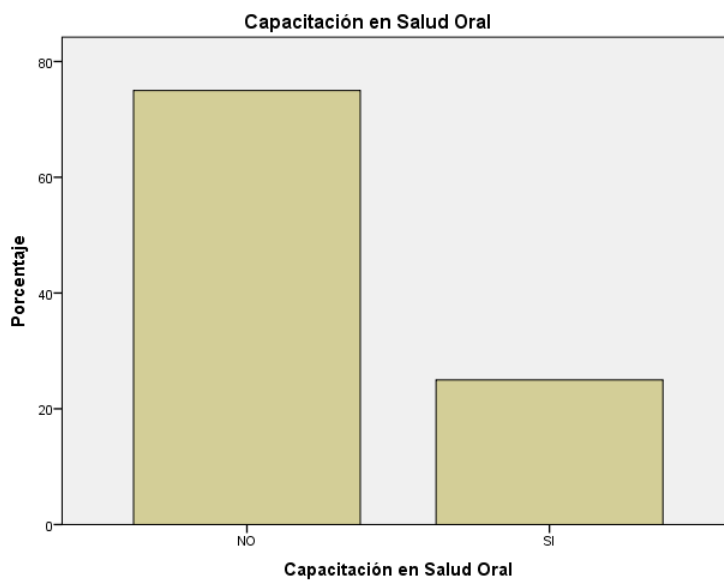
## 6. Capacitación en salud oral

Con respecto a la variable “capacitación en salud oral”, el 75% del grupo de estudio no ha recibido una capacitación en salud oral. Solamente 24 personas, correspondiendo al 25% del grupo, sí han recibido instrucción (Tabla 8 y Gráfico 6).

Tabla 8. Dsistribución de la muestra de acuerdo a si ha recibido capacitación en salud oral

	n	%	% válido	% acumulado
No	72	75,0	75,0	75,0
Sí	24	25,0	25,0	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Gráfico 6. Distribución de la muestra de acuerdo a si ha recibido capacitación en salud oral





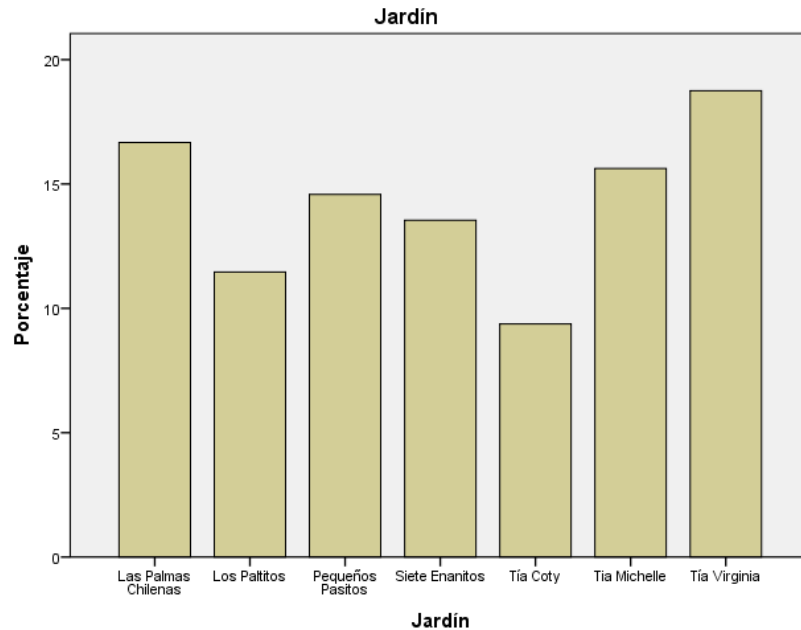
## 7. Distribución por establecimiento

En cuanto a la distribución de la muestra por establecimientos estudiados (n: 7). El jardín *Tía Virginia* representa la mayoría de la muestra con 18 sujetos y el jardín *Tía Coty* con una muestra de 9 sujetos representa la minoría (Tabla 9 y Gráfico 7).

Tabla 9. Distribución de la muestra por establecimientos

	n	%	% válido	% acumulado
Las Palmas Chilenas	16	16,7	16,7	16,7
Los Paltitos	11	11,5	11,5	28,1
Pequeños Pasitos	14	14,6	14,6	42,7
Siete Enanitos	13	13,5	13,5	56,3
Tía Coty	9	9,4	9,4	65,6
Tía Michelle	15	15,6	15,6	81,3
Tía Virginia	18	18,8	18,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Gráfico 7. Distribución de la muestra por establecimientos



## 8. Cantidad de veces que una pregunta fue respondida de forma correcta e incorrecta

Respecto a la cantidad de veces que una afirmación ha sido contestada de forma correcta e incorrecta, se obtienen los siguientes resultados para su análisis. Se asignó un cero (0) a las afirmaciones que fueron contestadas de manera incorrecta y un uno (1) a las afirmaciones que fueron contestadas de manera correcta.

Sobre a la afirmación n°7 del ítem II (La boca y sus partes): **“La importancia del cuidado de los dientes de leche radica en su función en la mantención de espacio para los dientes definitivos”**

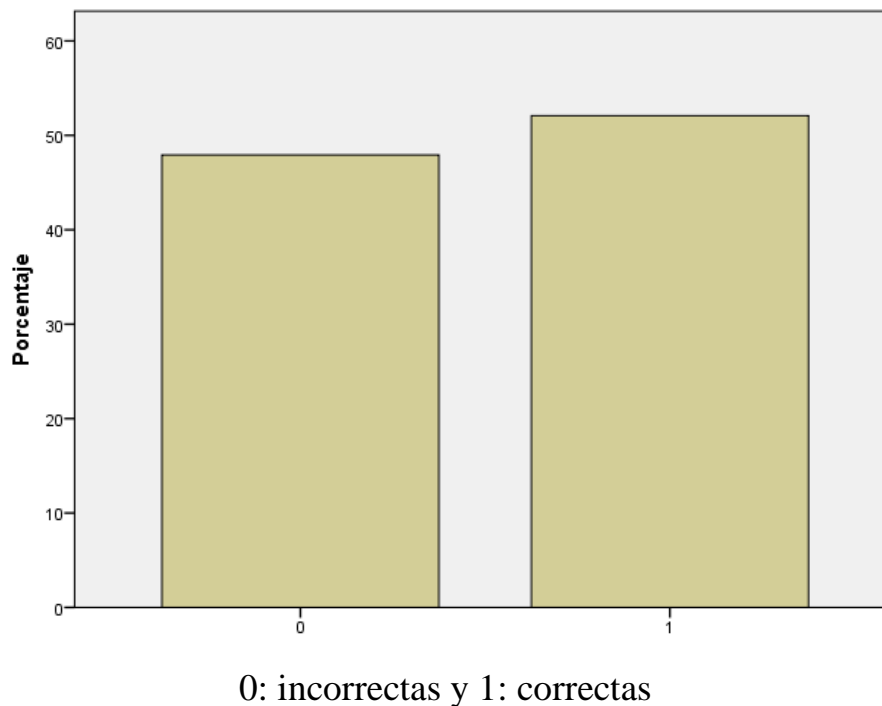
Presenta un comportamiento relativamente homogéneo, es decir, 52.1% de los sujetos contestaron de manera correcta y un 47.9% de manera incorrecta. Es la pregunta que tuvo mayor cantidad de respuestas incorrectas (Tabla 10 y Gráfico 8).

Tabla 10. Afirmación N°7

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrecta	46	47,9	47,9	47,9
Correcta	50	52,1	52,1	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 8. Distribución de respuestas correctas e incorrectas en la afirmación N°7



La afirmación n°8 del ítem II (La boca y sus partes): **“Los niños recambian todos sus dientes de leche a medida que crecen, por lo tanto, no es tan necesario cuidar de ellos”**

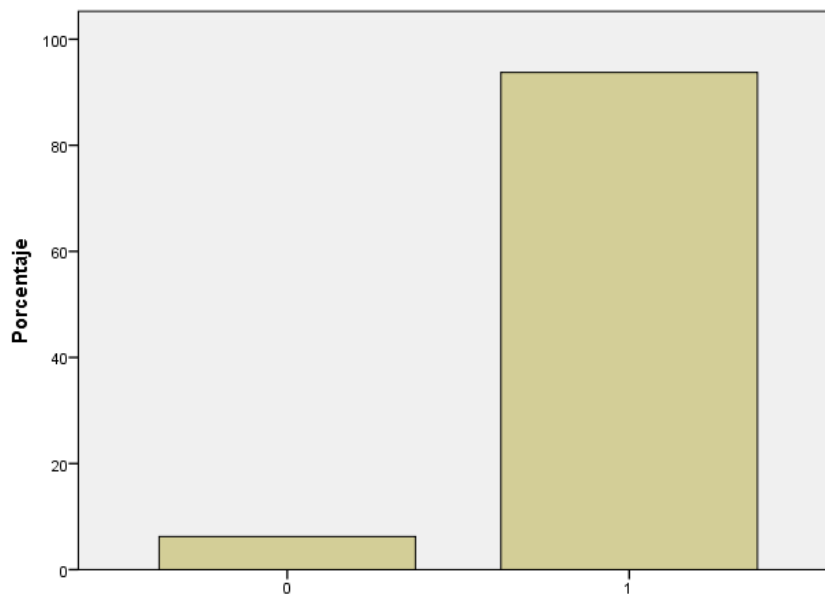
El 93.8% de los sujetos respondió de manera correcta, mientras el 6.3% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 11 y Gráfico 9).

Tabla 11. Afirmación N°8

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	6	6,3	6,3	6,3
Correctas	90	93,8	93,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 9. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°9 del ítem II (La boca y sus partes): **“El primer diente de leche suele aparecer entre los 6 y 8 meses de vida, aproximadamente”**.

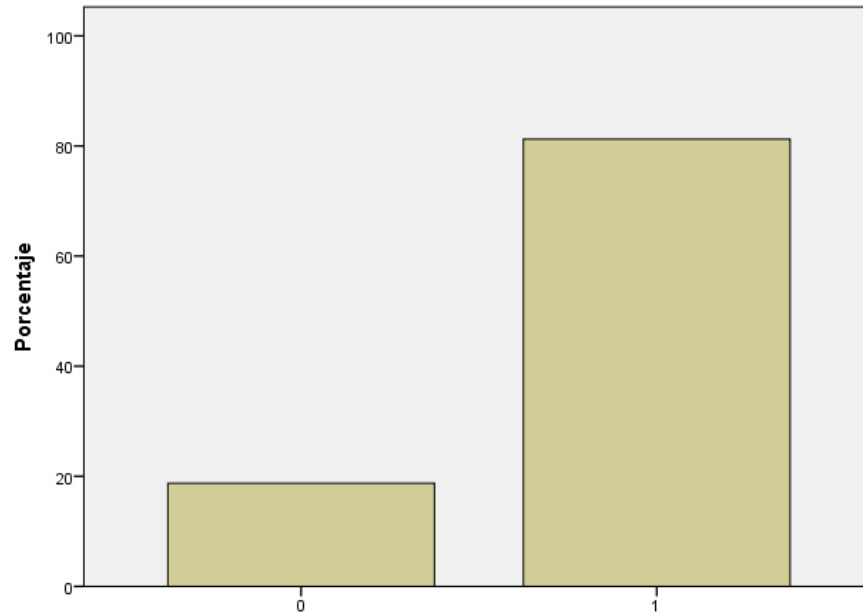
El 81.3% respondió de manera correcta mientras que el 18.8% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 12 y Gráfico 10).

Tabla 12. Afirmación N°9

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	18	18,8	18,8	18,8
Correctas	78	81,3	81,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 10. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación nº10 del ítem III (Higiene oral): **“El objetivo principal de la higiene oral es mantener la estética dentaria”**

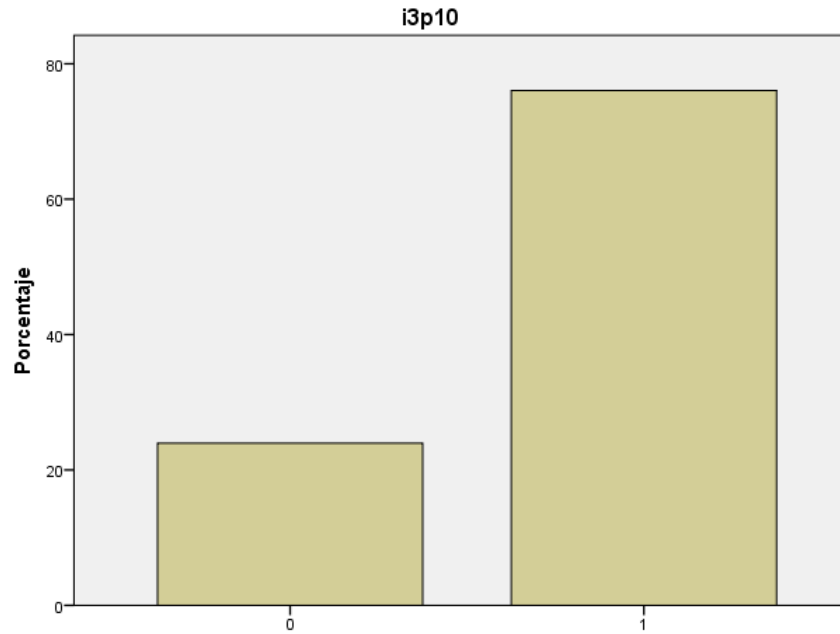
Un 76% respondió de manera correcta, mientras un 24% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 13 y Gráfico 11)

Tabla 13. Afirmación N°10

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	23	24,0	24,0	24,0
Correctas	73	76,0	76,0	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 11. Afirmación N° 10.



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°11 del ítem III (Higiene oral): **“El niño menor a 6 años debe realizar su rutina de higiene oral sin supervisión de un adulto para lograr autonomía en la actividad”**

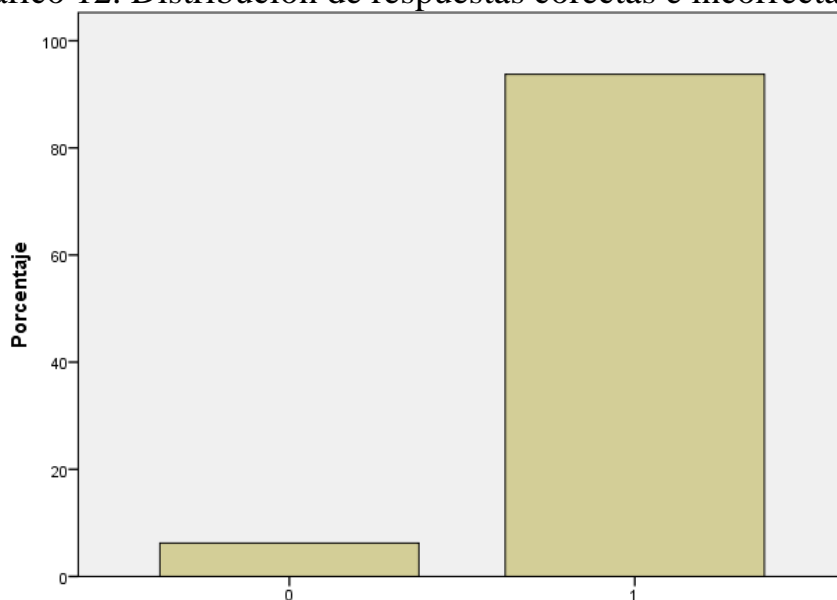
Un 93,8% respondió de manera correcta, mientras un 6,3% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 14 y Gráfico 12).

Tabla 14. Afirmación N° 11

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	6	6,3	6,3	6,3
Correctas	90	93,8	93,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 12. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°12 del ítem III (Higiene oral): **“La técnica de cepillado indicada para niños se realiza con el cepillo apoyado en la cara visible de los dientes y realizando movimientos circulares avanzando lentamente tanto en caras internas, externas y superior de los dientes”**.

Un 76% respondió de manera correcta, mientras que un 24% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 15 y Gráfico 13)

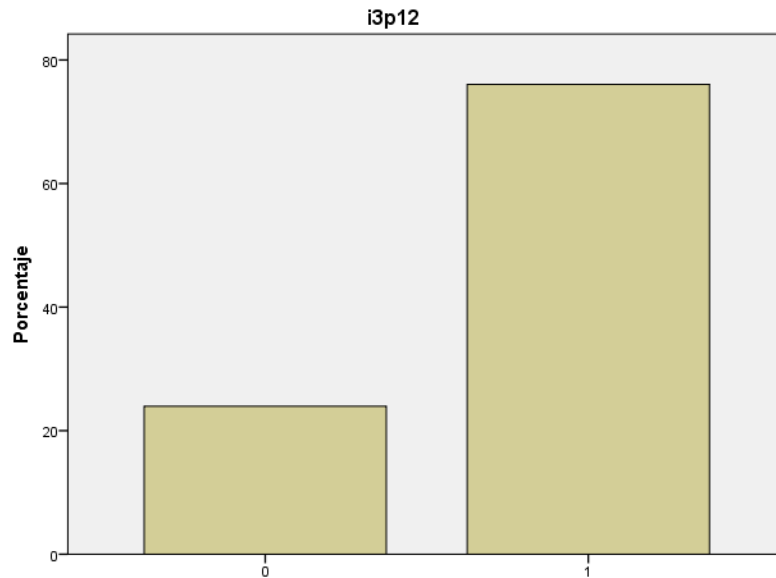
Tabla 15. Afirmación N°12

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	23	24,0	24,0	24,0
Correctas	73	76,0	76,0	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.



Gráfico 13. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°13 del ítem IV (Alimentación): **“Los alimentos ricos en azúcares son un factor contribuyente a la formación de caries”**.

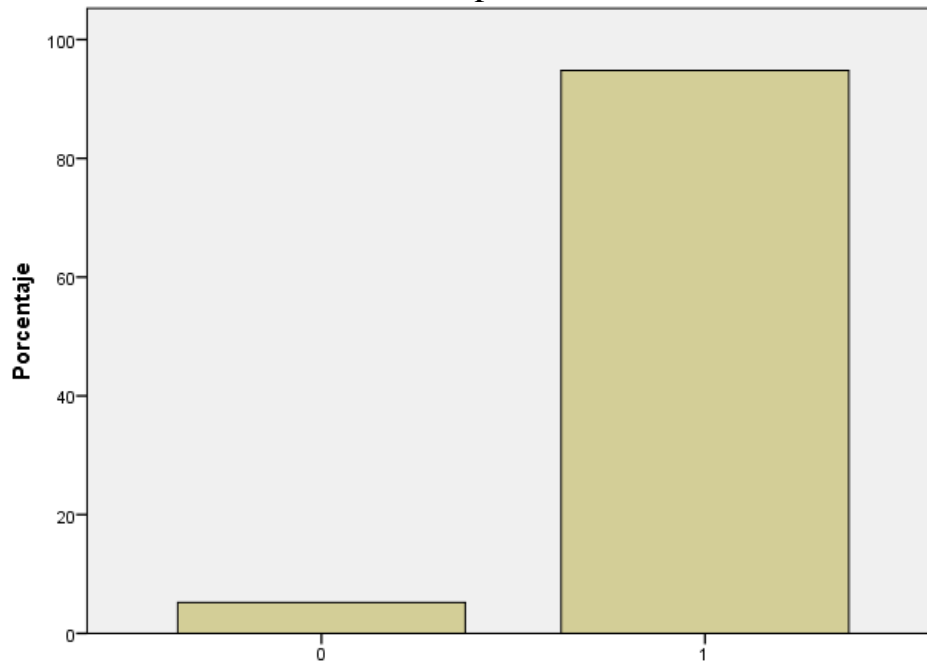
Un 94.8% respondió de manera correcta, mientras que un 5.2% lo hizo de forma incorrecta. Esta es la tercera afirmación con mayor número de respuestas correctas del estudio (Tabla 16 y Gráfico 14).

Tabla 16. Afirmación N°13

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	5	5,2	5,2	5,2
Correctas	91	94,8	94,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 14. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°14 del ítem IV (Alimentación): **“Las bebidas light son una alternativa de consumo para prevenir problemas de obesidad y caries dental”**

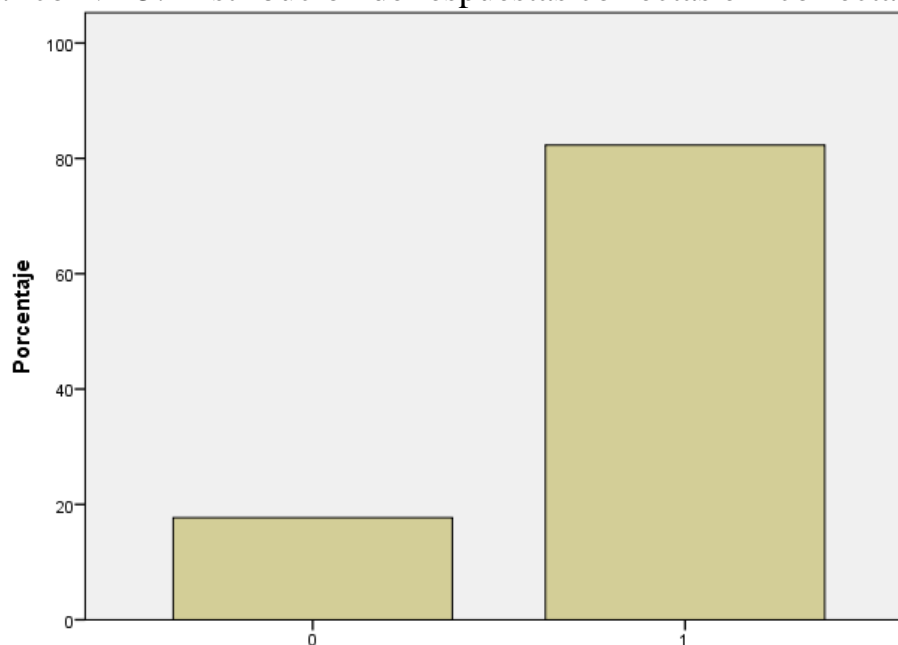
Un 82.3% respondió de manera correcta, mientras que un 17.7% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 17 y Gráfico 15)

Tabla 17. Afirmación N°14

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	17	17,7	17,7	17,7
Correctas	79	82,3	82,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico N°15. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°15 del ítem IV (Alimentación): **“El agua potable fluorada contribuye a prevenir el desarrollo de caries dental”**

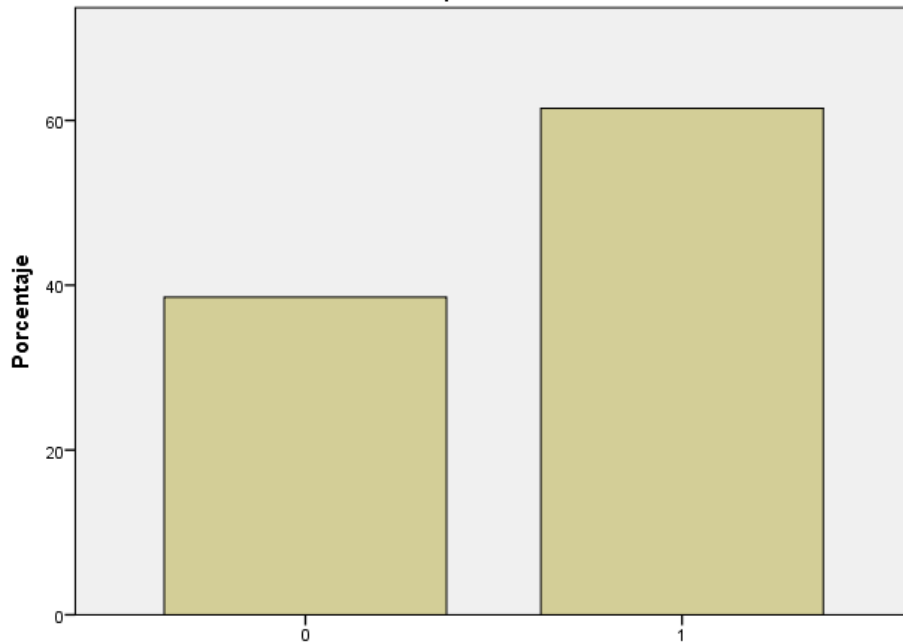
Un 61.5% respondió de manera correcta, mientras que un 38.5% lo hizo de forma incorrecta, siendo ésta la segunda afirmación con mayor error junto con la afirmación n°17 del ítem V (Tabla 18 y Gráfico 16).

Tabla 18. Afirmación N°15

	n	%	% válido	% acumulado
0	37	38,5	38,5	38,5
1	59	61,5	61,5	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 16. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°16 del ítem V (malos hábitos orales): **“Los hábitos de succión (ejemplo: uso mamadera, chupete y dedo) pueden generar problemas de mal posición dentaria”**.

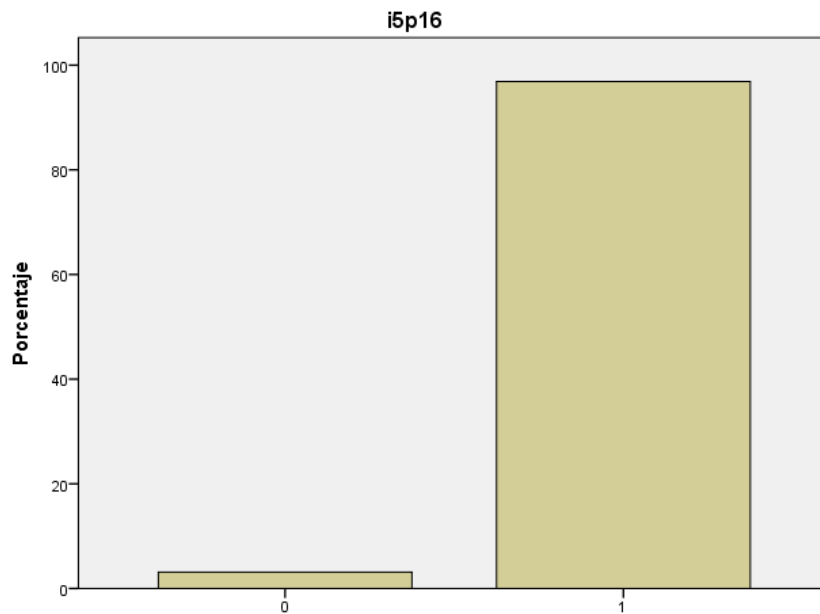
Un 96.9% respondió de manera correcta, mientras que un 3.1 lo hizo de forma incorrecta. Esta es la afirmación con mayor número de respuestas correctas del estudio (Tabla 19 y Gráfico 17)

Tabla 19. Afirmación N°16

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	3	3,1	3,1	3,1
Correctas	93	96,9	96,9	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 17. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°17 del ítem V (malos hábitos orales): **“La respiración bucal es un hábito que no genera alteraciones a nivel oral”.**

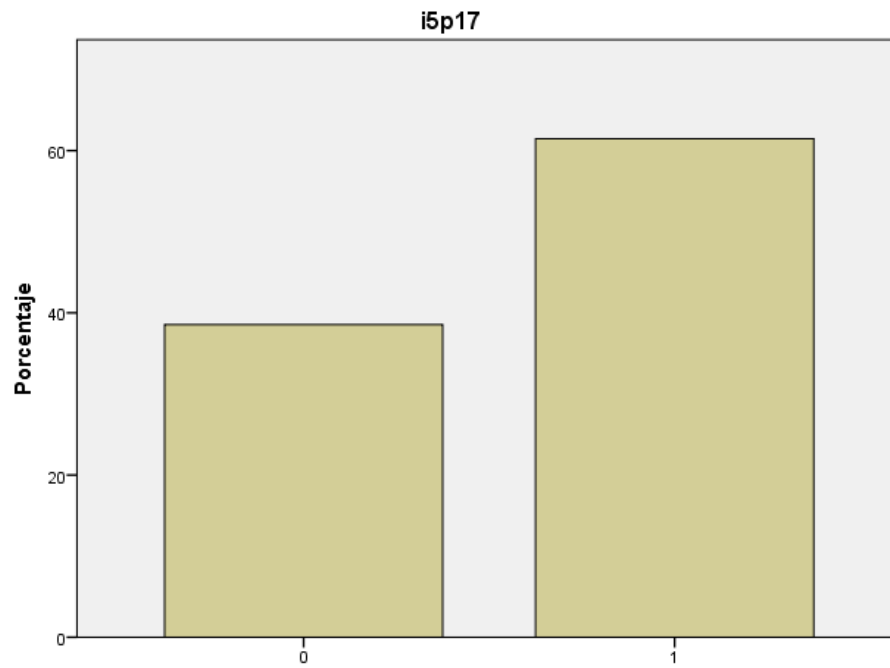
Un 61.5% respondió de manera correcta, mientras que un 38.5% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 20 y Gráfico 18). Esta es la segunda afirmación con mayor error junto a la n°15 del ítem IV.

Tabla 20. Afirmación N°17

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	37	38,5	38,5	38,5
Correctas	59	61,5	61,5	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 18. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°18 del ítem V (malos hábitos orales): **“El uso de mamadera durante los momentos de sueño de los niños es una opción práctica y saludable”**.

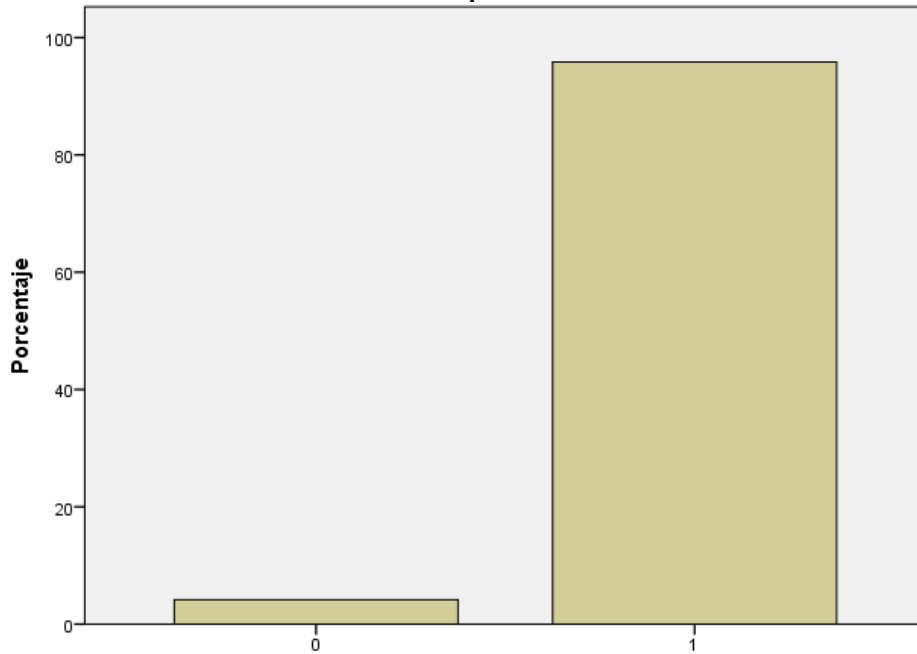
El 95.8% respondió de manera correcta, mientras que un 4.2% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 21 y gráfico 19). Siendo la segunda, junto a la n°20 del ítem VI, la afirmación con mayor número de respuestas correctas del estudio.

Tabla 21. Afirmación N°18

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	4	4,2	4,2	4,2
Correctas	92	95,8	95,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 19. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°19 del ítem VI (traumatismo dentoalveolar): **“Un golpe intenso en dientes de leche puede generar consecuencias no deseadas en la futura dentición del adulto”**.

El 82.3% respondió de manera correcta, mientras que un 17.7% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 22 y Gráfico 20).

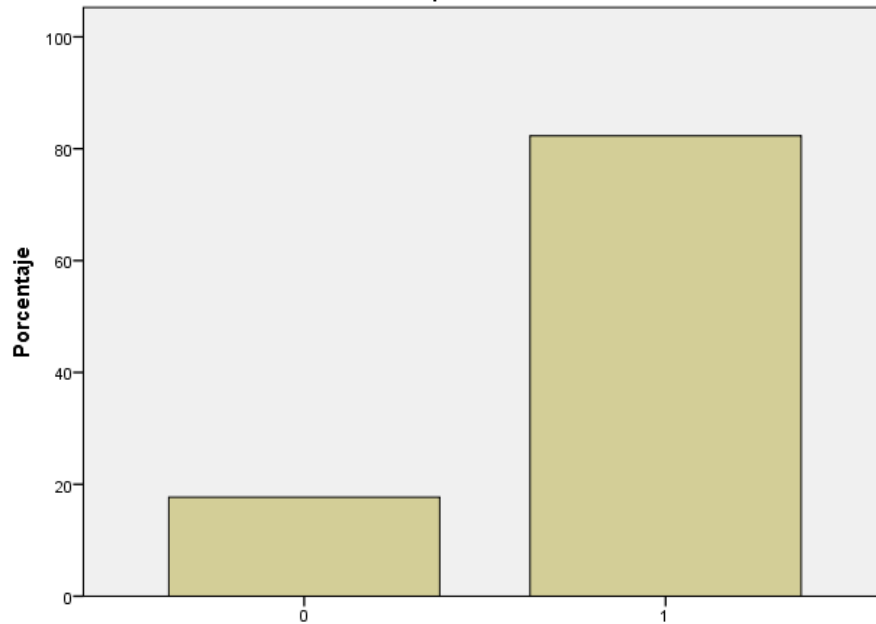


Tabla 22. Afirmación N°19

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	17	17,7	17,7	17,7
Correctas	79	82,3	82,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 20. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°20 del ítem VI (traumatismo dentoalveolar): **“La presencia de un diente de leche con cambio de coloración es motivo para consultar a un odontólogo”**.

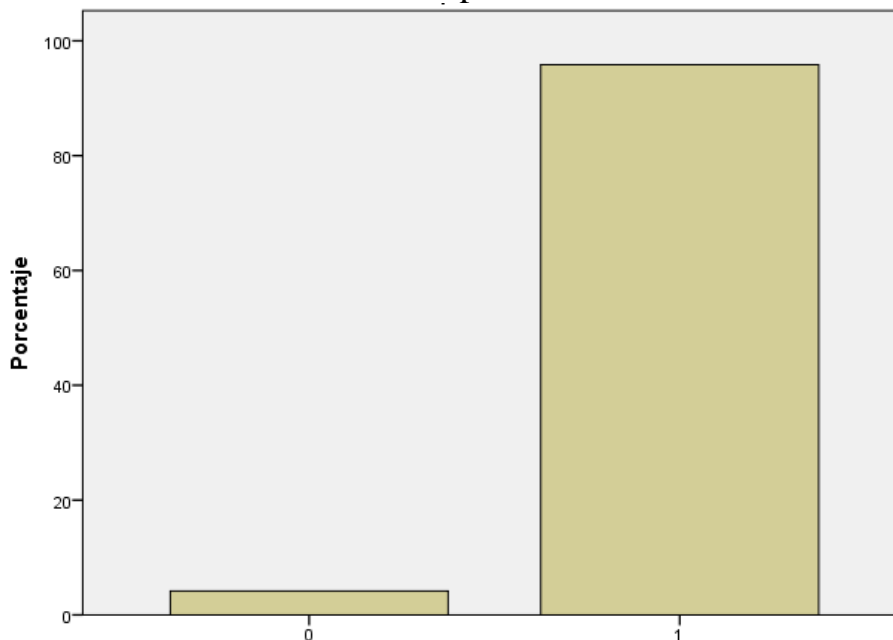
El 95.8% respondió de manera correcta, mientras que un 4.2% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 23 y Gráfico 21). Es la segunda afirmación, junto a la n°18 del ítem V, con mayor número de respuestas correctas del estudio.

Tabla 23. Afirmación N°20

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	4	4,2	4,2	4,2
Correctas	92	95,8	95,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 21. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

Sobre la afirmación n°21 del ítem VI (traumatismo dentoalveolar): **“Si se pierde un diente de leche por un golpe, se debe reposicionar lo antes posible en su lugar”**.

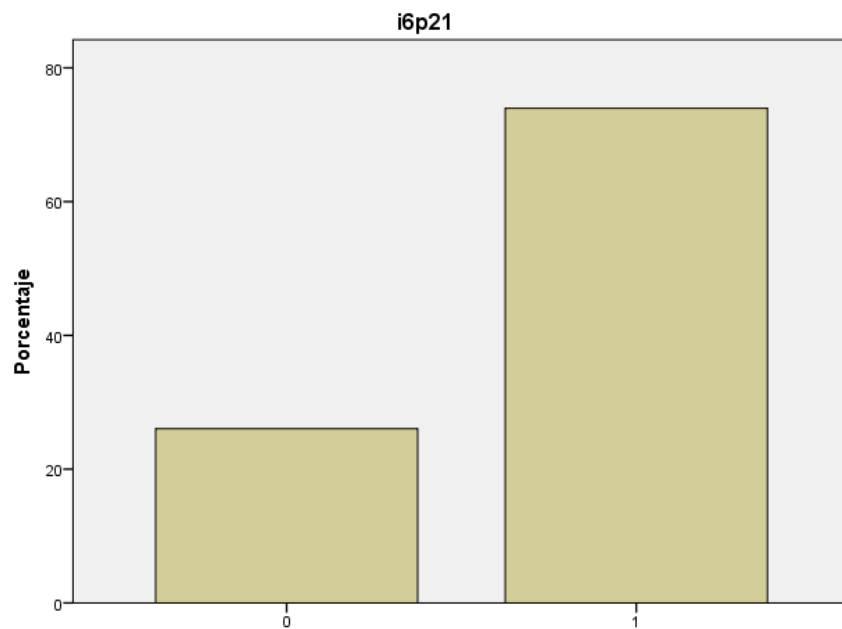
El 74% respondió de manera correcta, mientras que un 26% lo hizo de forma incorrecta (Tabla 24 y Gráfico 22).

Tabla 24. Afirmación N° 21

	n	%	% válido	% acumulado
Incorrectas	25	26,0	26,0	26,0
Correctas	71	74,0	74,0	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Distribución de respuestas correctas e incorrectas.

Gráfico 22. Distribución de respuestas correctas e incorrectas



0: incorrectas y 1: correctas.

## **9. Desempeño general**

Se calculó el desempeño de cada sujeto en base a la cantidad de enunciados correctos de un total de 15 afirmaciones a considerar (puntaje total 15). Se aplicó un porcentaje de rendimiento mínimo exigido (PREMA) del 60% y se realizó un descuento de dos (2) afirmaciones incorrectas por una (1) correcta, con el fin de reducir el sesgo de azar al ser un instrumento cuyas respuestas dicotómicas (verdadero o falso) y sin solicitud de justificar, tienen un 50% de probabilidad de responder correctamente de manera aleatoria. Para otorgar una calificación, se aplicó una escala de notas entre 1 al 7, considerando un sólo decimal.

De acuerdo a lo anterior, se consideró con un bajo rendimiento a aquellos sujetos que obtuvieron un puntaje inferior o igual a 8 afirmaciones correctas calificados con nota entre 1.0 y 3.9; mediano rendimiento a aquellos con un puntaje de 9 a 12 calificados con nota entre 4 y 5.4 y alto rendimiento a aquellos con un puntaje mayor o igual a 13 calificados con nota mayor o igual a 5.5.

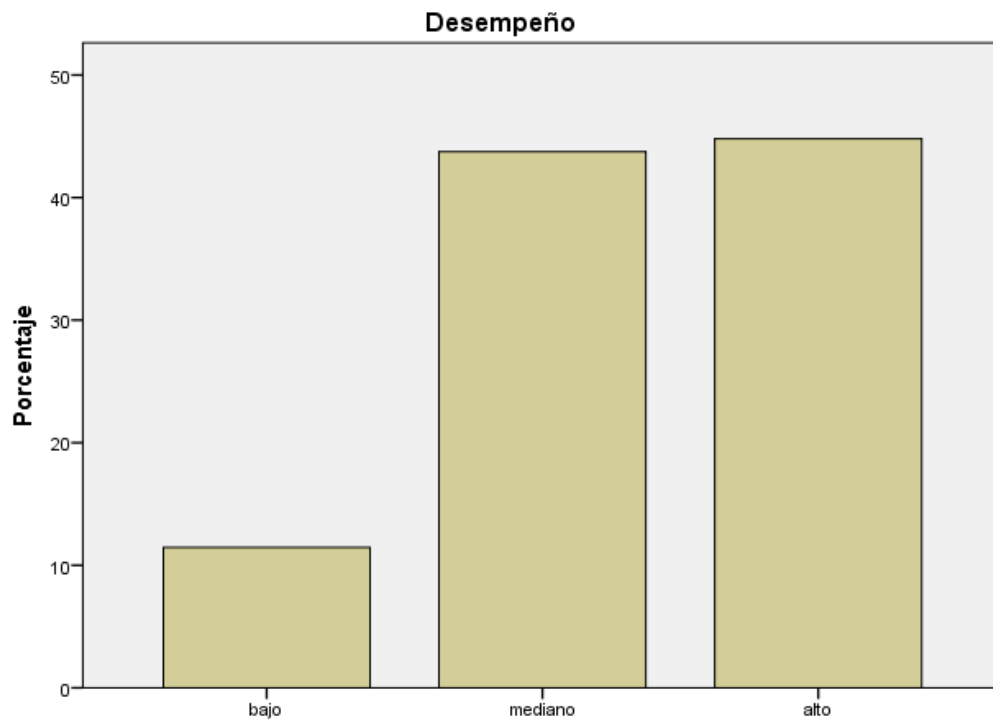
De la muestra (n:96), 11 sujetos fueron calificados con un bajo rendimiento en la encuesta (11.5%), 42 sujetos obtuvieron un mediano rendimiento (43.8%) y 43 sujetos obtuvieron un alto rendimiento (44.8%)

Esto demuestra que el rendimiento general de los encuestados fue “alto” (Tabla 25 y Gráfico 23).

Tabla 25. Distribución de la muestra en nivel de conocimiento en salud oral

	n	%	% válido	% acumulado
Bajo	11	11,5	11,5	11,5
Mediano	42	43,8	43,8	55,2
Alto	43	44,8	44,8	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Gráfico 23. Distribución de la muestra en Nivel de conocimiento en salud oral



0: incorrectas y 1: correctas.

## 10. Desempeño por nivel de estudios

Se procedió a calcular las notas obtenidas por cada estrato (determinados por el nivel de estudios): técnico profesional (67 sujetos) o profesional universitaria (29 sujetos). El promedio de notas para el estrato técnico profesional fue de 5.1 y para el estrato profesional universitario fue de 4.9. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas al análisis de la prueba T-Student ( $p= 0,56$ )

Tabla 26. Promedio de nota por estratos

Nivel de Estudios	N	Nota	Desv. típ.	Err. típ. de la media
Técnico Profesional	67	5,1	1,00550	0,12284
Profesional Universitario	29	4,9	1,31602	0,24438

## 11. Desempeño por jardín

Se procedió a efectuar un análisis de  $\chi^2$  para poder determinar si existe relación entre los establecimientos (7) y el desempeño obtenido. El jardín que presentó mejor rendimiento fue Tía Virginia con un 61% de sujetos con un alto nivel de conocimientos en salud oral, seguido por el jardín Tía Michelle con un 46%. El jardín con menor rendimiento fue Tía Coty con 22.2% de sujetos con bajo nivel de conocimientos en salud oral, seguido por Los Paltitos con 18.2%. Se procedió a calcular el error estadístico de la muestra, el cual fue de 0.9, por lo tanto, no existe relación estadísticamente

significativa en el desempeño de cada establecimiento (Tabla 27-28 y Gráfico 24).

Tabla 27. Desempeño por jardín

		Desempeño			Total
		bajo	medio	alto	
Las Palmas	n	1	8	7	16
	%	6,2%	50%	43,8%	100%
Los Paltitos	n	2	6	3	11
	%	18,2%	54,5%	27,3%	100%
Pequeños Pasitos	n	1	7	6	14
	%	7,1%	50,0%	42,9%	100%
Siete Enanitos	n	2	6	5	13
	%	15,4%	46,2%	38,5%	100%
Tía Coty	n	2	3	4	9
	%	22,2%	33,3%	44,4%	100%
Tia Michelle	n	1	7	7	15
	%	6,7%	46,7%	46,7%	100%
Tía Virginia	n	2	5	11	18

	%	11,1	27,8	61,1%	100%
	n	11	42	43	96
Total	%	11,5	43,8	44,8%	100%
		%	%		

Gráfico 24. Distribución del desempeño en el instrumento por jardín

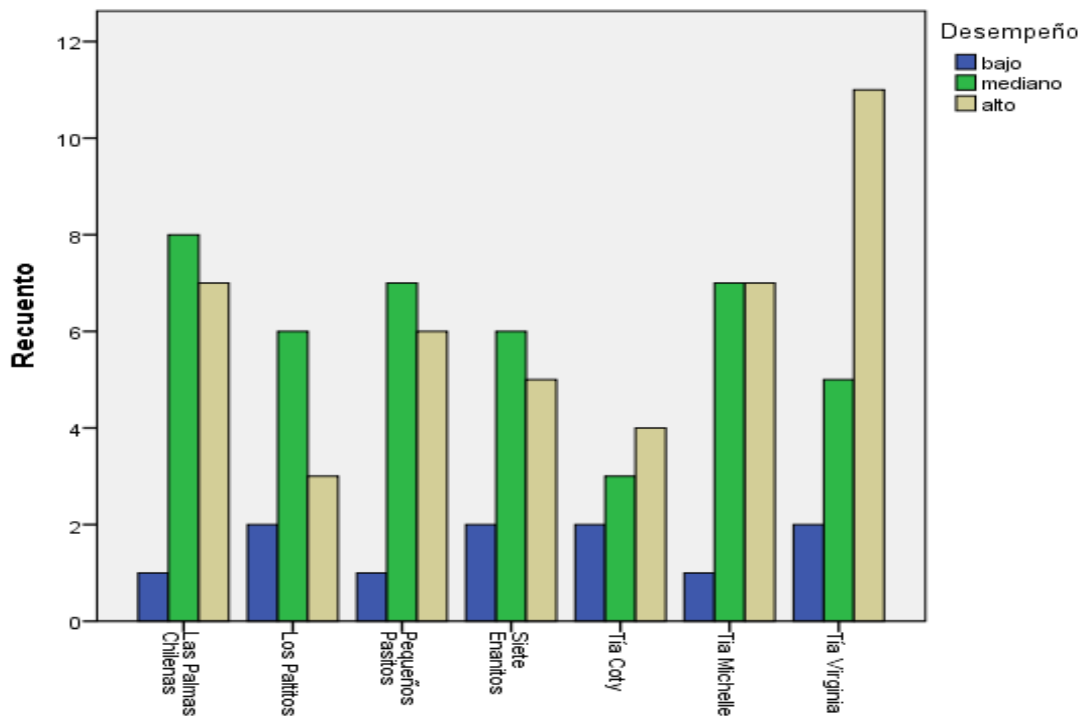




Tabla 28. Prueba Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	gl	Sig. (bilateral)	asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	6,276 <sup>a</sup>	12	0,902	
N de casos válidos	96			

Cálculo de error estadístico entre nivel de conocimiento y establecimientos

## 12. Relación edad-nota

Se efectuó un análisis utilizando la Correlación de Pearson, obteniendo una correlación negativa, es decir, a mayor edad menor nota (Tabla 29). Sin embargo, esta correlación no es estadísticamente significativa ( $p = 0.14$ ).

Tabla 29. Correlaciones de Pearson edad–nota.

		Edad	Nota
Edad	Correlación de Pearson	1	-0,152
	Sig. (bilateral)		0,141
	N	96	96
Nota	Correlación de Pearson	-0,152	1
	Sig. (bilateral)	0,141	
	N	96	96

### 13. Relación Estudios de postgrado y Desempeño

En relación al desempeño de sujetos con estudios de postgrado, se observó que aquellos que presentan diplomado o Magíster tuvieron un mejor desempeño en la encuesta, ya que el 60% de ambos niveles de estudio presentó un alto nivel de conocimientos en salud oral, en comparación a quienes no presentaron estudios de postgrado con un 43% de sujetos calificados con alto desempeño (Tabla 30 y Gráfica 25). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre estos valores ( $p:0.7$ ) (Tabla 31).

Tabla 30. Tabla de contingencia Estudios de postgrado/desempeño

		Bajo	Medio	Alto	Total
Diplomado	n	1	1	3	5
	%	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
Magíster	n	0	2	3	5
	%	0,0%	40,0%	60,0%	100,0%
Ninguno	n	10	39	37	86
	%	11,6%	45,3%	43,0%	100,0%
Total	n	11	42	43	96
	%	11,5%	43,8%	44,8%	100,0%

Gráfico 25. Distribución del desempeño y estudios de postgrado en la muestra

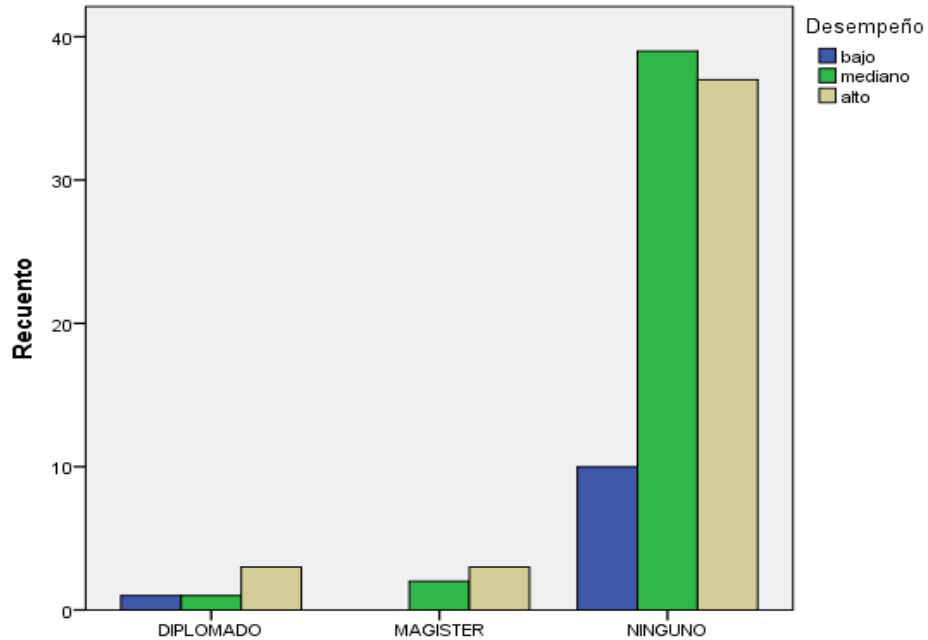


Tabla 31. Cálculo de error estadístico entre desempeño y estudios de postgrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	2,181	4	0,703
N de casos	96		

#### 14. Relación entre años de ejercicio y desempeño

El grupo que presentó un mejor desempeño en la encuesta fue el de “11 a 15 años” de ejercicio profesional y el grupo que presentó el menor rendimiento fue el de “0 a 5 años” de ejercicio profesional (Tabla 32). La relación entre estas variables demuestra un comportamiento irregular. Se utilizó el análisis de  $\chi^2$  de Pearson obteniéndose, un error estadístico de un 0.98, lo que indica que no existe diferencias significativas entre ambas variables (Tabla 33).

Tabla 32. Tabla de contingencia Años de ejercicio profesional/desempeño

		Bajo	Medio	Alto	Total
0 a 5	n	3	17	15	35
	%	8,6%	48,6%	42,9%	100%
06 a 10	n	3	13	13	29
	%	10,3%	44,8%	44,8%	100%
11 a 15	n	3	5	8	16
	%	18,8%	31,2%	50,0%	100%
16 a 20	n	1	3	3	7
	%	14,3%	42,9%	42,9%	100%
≥21	n	1	4	4	9
	%	11,1%	44,4%	44,4%	100%
Total	n	11	42	43	96
	%	11,5%	43,8%	44,8%	100%

Tabla 33. Cálculo de error estadístico entre Años de ejercicio profesional/desempeño

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	1,978 <sup>a</sup>	8	0,982
N de casos válidos	96		

### 15. Relación entre si ha habido o no capacitación y nivel de conocimiento

Se realizó un análisis estadístico (t-student) respecto a la relación entre nivel de conocimiento en salud oral y si ha recibido capacitación en el tema. El promedio de nota obtenida en aquellos sujetos capacitados en salud oral fue de 4.9 en comparación a aquellos no capacitados, con una nota de un 5.1 (Tabla 34 y Gráfico 26). Sin embargo, los resultados no son estadísticamente significativos (0.5), tabla 35.

Tabla 34. Promedio de nota entre estrato de sujetos con y sin capacitación

	N	Nota	Desv. típ.	Error
Con capacitación	24	4,9	1,23851	,25281
Sin capacitación	72	5,1	1,06058	,12499

Gráfico 26. Distribución de desempeño entre sujetos con y sin capacitación en salud oral

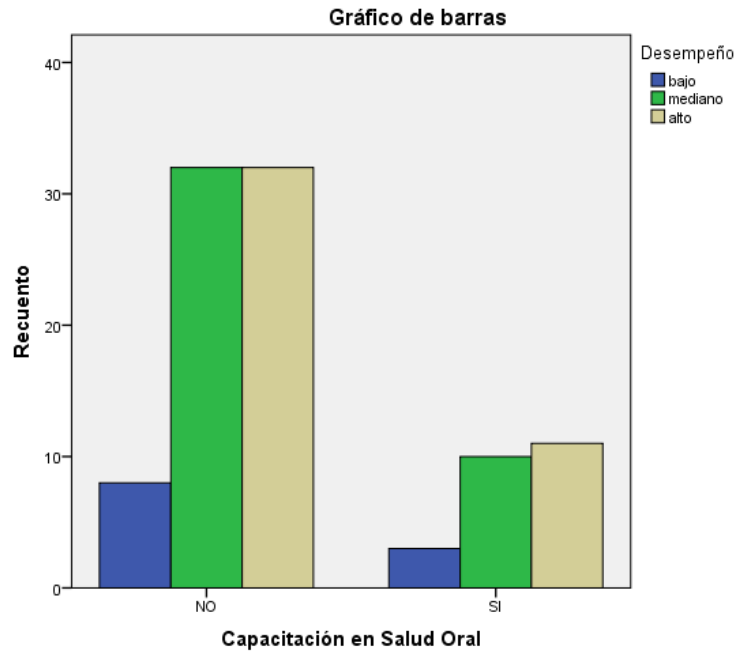


Tabla 35. Cálculo de error estadístico desempeño/capacitación

t	gl	Sig. (bilateral)
-0,634	94	0,528
-0,586	34,942	0,562

## 16. Evaluaciones según ítem

Respecto al rendimiento de los encuestados según ítem, se observa que los que presentaron mayor error corresponden a los n° II y n° IV (*La boca y sus partes* y *Alimentación*, respectivamente). Por otra parte, el ítem que tuvo mayor cantidad de aciertos corresponde al n° V (*Malos hábitos orales*), tabla 36.

Tabla 36. Estadísticos por ítem.

	Ítem II	Ítem III	Ítem IV	Ítem V	Ítem VI
Media	2,27	2,46	2,39	2,54	2,52
Mediana	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00
Moda	2	3	2	3	3
Desv. típ.	0,688	0,679	0,622	0,579	0,562

## 17. Conocimiento del Manual metodológico *Salud bucal para párvulos*

Sobre la pregunta sobre si tienen conocimiento del Manual dirigido para agendes de educación parvularia *Salud bucal para párvulos* (2009), de los 96 encuestados solo 10 de ellos respondieron afirmativamente, lo que corresponde a el 9.6% de la muestra (Tabla 37).

Tabla 37. Conocimiento del Manual metodológico *Salud bucal para párvulos*

	n	%	% válido	% acumulado
Conoce	10	9,6	9,6	9.6
No conoce	86	90.4	90.4	100,0
Total	96	100,0	100,0	



## VI. DISCUSIÓN

---

La salud bucal es fundamental para gozar de una buena calidad de vida, ya que afecta un área limitada del cuerpo, pero su repercusión e impacto lo hacen de manera global, pudiendo ser muy dañinas a nivel físico, emocional y/o social. Presentan una alta prevalencia, siendo un importante problema de salud pública por el impacto que genera en la población y el alto costo que significa para el país su tratamiento. La evidencia ha demostrado que programas de educación temprana bien diseñados pueden identificar, mitigar y disminuir la alta prevalencia de patologías que emergen a temprana edad (Bucarey, Ugarte y Urzúa, 2014). Por consiguiente, fomentar la promoción y prevención en salud oral se ha constituido en una prioridad a nivel internacional como nacional. Dada la etiología multifactorial de las patologías orales más prevalentes, no es suficiente el rol del odontólogo para abarcar el problema en su totalidad, por lo que es necesario integrar a múltiples agentes y profesionales en la tarea preventiva para obtener resultados satisfactorios. Las educadoras de párvulo son un agente importante en la instauración de hábitos positivos para la salud desde temprana edad, y dada la gran cantidad de horas diarias que el párvulo se encuentra en los jardines infantiles, donde se alimentan hasta 4 veces al día por un periodo de vida desde los 0 (84 días) a 5 años, un correcto hábito de higiene oral después de cada comida debe ser una práctica imprescindible dentro de la rutina diaria. Debido a esto, es importante destinar esfuerzos y recursos para evaluar estas prácticas (rutina de higiene oral) así como también factores inherentes a estas, tales como sus conocimientos, actitudes, estrategias y limitantes para

luego definir cómo poder mejorarlas, en caso de ser necesario. En esta primera etapa se estudió sobre “conocimientos”, sin embargo, el resto de los aspectos asociados al problema deben ser investigados en un segundo estudio.

La muestra estudiada n: 96 (personal educador JUNJI VTF de la comuna de Viña del Mar, Chile) tuvo como resultado general un buen desempeño en el instrumento aplicado: 43 sujetos obtuvieron un alto rendimiento (44.8%), 42 sujetos obtuvieron un mediano rendimiento (43.8%) y sólo 11 sujetos fueron calificados con un bajo rendimiento en la encuesta (11.5%). Estos resultados contrastan con otras investigaciones con objetivo similar realizadas en diferentes países.

Maranhao et al. (2014) evaluaron el nivel de conocimiento y actitudes respecto a salud oral en 140 educadores preescolares de establecimientos municipales de la ciudad de Maceio (Brasil). Aplicaron una encuesta que fue modificada de estudios previos, pero no se especifica el instrumento de origen ni su fuente de contenidos. Fue sometido a un piloto, pero no se especifica su valor de confiabilidad. El promedio de edad de los sujetos fue de 40 a 49 años de edad, siendo la mayoría de género femenino. De la muestra, un 7.1% presentaba solo estudios escolares; un 41.4% había realizado estudios universitarios, un 50.7%, estudios de postgrado y solo un 0.7% presentó grado de Magíster. Este estudio demostró que la muestra obtuvo un nivel de conocimiento deficiente en “conocimientos sobre etiología de caries dental” y “enfermedad periodontal”. Un 3.6% sabe que el consumo excesivo de azúcar se asocia al proceso de caries, un 32.1% contestó correctamente al concepto de “placa bacteriana” y un 21.4% respondió

correctamente que su remoción se debe realizar con cepillo dental y seda. Sin embargo, presentaron conocimientos favorables respecto a la función de los fluoruros y a la técnica de cepillado. Encontraron una relación positiva entre aquellos sujetos >40 años y un mejor desempeño en sus respuestas sobre salud oral.

Mota et al. (2016) evaluaron el nivel de conocimiento, actitudes y conductas en salud oral en 511 profesores de enseñanza básica y educadores preescolares en la ciudad de Mumbai, India. Diseñaron una encuesta de preguntas cerradas distribuidas en 26 ítems, escrita en idioma inglés y Marathi para que el idioma no fuera una limitante para los encuestados. Se hizo un piloto para validar el instrumento, pero se desconoce su valor de confiabilidad como también, la fuente de contenidos de dicho instrumento. El resultado sobre nivel de conocimiento en salud oral de la muestra fue deficiente, sin embargo, los educadores de enseñanza básica y que respondieron en idioma inglés demostraron un nivel de conocimientos mayor que quienes respondieron en idioma Marathi (p: 0.05). Solo un 53.2% conocía que un individuo presenta dos denticiones en su vida, un 45.5% sabía que la dentición temporal consta de 20 dientes, un 45% de los educadores no tenía conocimiento de la existencia de pastas dentales fluoradas y un 78.9% no conocía los programas de fluoración de agua potable.

Sekhar et al. (2014) evaluaron el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en 212 educadores de escuelas primarias en Pondicherry, India. Diseñaron una encuesta de 33 preguntas a la que se le realizó un piloto y se validó, pero sin valores de confiabilidad especificados. Evaluaron conocimiento en “caries dental”, “enfermedades gingivales”,

“maloclusiones”, “efectos del cepillado y el uso de fluoruros en la dentición”, “significado de placa dental” y “efecto del azúcar en la dentición”. Del total de la muestra, el 78.8% fueron hombres y el promedio de edad fue de 47 años. El 62% presentó estudios de postgrado y el 64.2% presenta entre 11 a 15 años de experiencia. Este estudio es el único que demostró un predominio de hombres en la muestra, un mayor porcentaje de individuos con estudios de postgrado y un mayor número de años de experiencia profesional. Los resultados en la encuesta demostraron un nivel de conocimientos aceptable en salud oral. Un 42% reconoció que el agente etiológico de la enfermedad periodontal es la placa bacteriana, un 57% de los educadores sabían que la maloclusión puede generarse por malos hábitos y el 34% de ellos respondió que la principal causa era la succión digital.

Amith et al. (2013) evaluaron el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud oral en 153 educadores de escuelas públicas de zonas rurales en Mangalore, India. Diseñaron una encuesta de preguntas cerradas distribuidas en 16 ítems sometido a un piloto con un coeficiente de confiabilidad de 0.84. El instrumento se envió por correo electrónico a los sujetos. Se desconoce la fuente de contenidos de dicho instrumento. El 54% de la muestra se encontraba en un rango de edad >45 años. El 71% fueron de género femenino. El 14% de los sujetos solo presentaban educación básica, un 10% era grado de bachiller en educación, un 12% había cursado *Arts Stream* y un 64% presentaba título de profesor. El resultado sobre el nivel de conocimientos de la muestra fue deficiente aunque las prácticas demostradas fueron satisfactorias. Solo un 54% respondió correctamente que los dientes temporales son importantes para comer, hablar y mantener espacio. Un 28%

respondió que la pérdida temprana de un diente temporal puede causar alteraciones en la oclusión. Solo un 38% respondió que los dientes son importantes para el desarrollo de la vida. Un 58% no sabe que el consumo de carbohidratos entre comidas principales puede causar caries dental. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad de los sujetos y el nivel de conocimiento que presentaron. Los sujetos de género femenino sí presentaron una diferencia estadísticamente significativa en nivel de conocimiento en salud oral mayor que los hombres. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de estudios de los sujetos y el nivel de conocimientos en salud oral.

Shodan et al. (2012) evaluaron el nivel de conocimiento y factores asociados a las enfermedades oral en 215 educadores escolares en Dharwad, India. Diseñaron una encuesta de 21 items evaluando aspectos de conocimiento en “prevención de caries dental”, “prevención de enfermedades gingivales”, “prevención de maloclusiones” y “prevención de cáncer oral”. Se hizo un piloto para validar el instrumento obteniendo un valor de confiabilidad de 0.66 (según George y Mallery valores de confiabilidad en el rango 0.6 es “cuestionable”). No se especifica la fuente de contenidos de la encuesta. El 82.9% de la muestra fueron mujeres y el promedio de edad fue de 40 años. El promedio de años de ejercicio profesional fue de 6.9 años. El 54% presentó estudios de postgrado. Los resultados de este estudio demostraron que la muestra presentaba un nivel de conocimientos moderado en “prevención de enfermedades orales”. Quienes presentaron estudios de postgrado demostraron un nivel de conocimiento en salud oral significativamente mayor ( $p < 0.05$ ). Variables como educación,

género, experiencia profesional demostraron una tendencia al mayor nivel de conocimiento en salud oral, pero no fueron estadísticamente significativos.

Ehizele et al. (2011) evaluaron el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas en salud oral en profesores de escuelas primarias públicas y privadas de la ciudad de Benin, Nigeria (n: 320, respectivamente). Diseñaron una encuesta de 40 preguntas divididas en 4 ítems. Se hizo un piloto para validar el instrumento, pero se desconoce su valor de confiabilidad y la fuente de contenidos de la encuesta. El resultado general de la muestra demostró que los sujetos presentaron un nivel de conocimientos deficientes, inapropiadas prácticas y una actitud positiva hacia la salud oral.

A pesar de las diferencias entre esta investigación y lo descrito en la literatura científica, hubo un estudio cuyos resultados se asemejan a los nuestros. Ramroop et al. (2011) evaluaron el nivel de conocimiento y actitudes en salud oral e identificaron barreras hacia la implementación de programas preventivos en salud oral en 246 educadores de escuelas primarias de Caroni, Trinidad y Tobago. Se diseñó una encuesta de la cual se desconoce su valor de confiabilidad y fuente de contenidos. El promedio de edad de los participantes fue de 41 años y el 75% fueron de género femenino. Solo el 6.9% de la muestra había recibido alguna instrucción en salud oral. Los sujetos demostraron tener un buen nivel de conocimientos en salud oral, específicamente en las áreas de “etiología de caries”, “prevención de caries” y “enfermedades de las encías”. Un 92% identificaba que el cepillado dental irregular puede ser la causa de una enfermedad dental. Un 65% y 55% identificó que la cantidad y frecuencia (respectivamente) de consumo de alimentos azucarados eran factores importantes para la formación de caries

dental. El 97% indicó que la caries dental se puede prevenir con un cepillado dentario regular, mientras que un 68% piensa que consumir menos alimentos azucarados podría prevenir la caries dental. Dentro de las barreras identificadas para la implementación de programas preventivos en salud oral se encontraron: falta de entrenamiento, falta de recursos y falta de tiempo dentro del plan de estudios.

A pesar de las semejanzas en los resultados, ambos estudios no son equiparables en el aspecto metodológico y poblacional puesto que la presente investigación posee un instrumento basado en una fuente identificable y adaptada a la realidad de nuestro país (Manual metodológico dirigido a agentes educativos de educación parvularia *Salud bucal para párvulos*, 2009). Además, fue validado por un experto en evaluación y sometido a un estudio piloto obteniendo un valor de confiabilidad aceptable (0.74), aspectos que el estudio realizado en Trinidad y Tobago no expone. Ninguno de los estudios antes revisados utiliza un instrumento estándar para cumplir sus objetivos. Todos los autores, incluyendo esta investigación, diseñan su propio instrumento de acuerdo a diferentes parámetros. Se presenta la necesidad de contar con un instrumento estandarizado para la realización de estudios futuros que pretendan evaluar nivel de conocimiento en salud oral en diferentes poblaciones para poder obtener resultados comparables en distintos grupos donde se mida esta variable.

El ítem con mayor cantidad de respuestas incorrectas fue el N°II (“la boca y sus partes”) siendo la afirmación N°7: **“La importancia del cuidado de los dientes de leche radica en su función en la mantención de espacio para los dientes definitivos”** la que presentó más errores con un 47.9% de

los sujetos. Esto demuestra que la población de estudio atribuye a otras razones la importancia que posee la dentición temporal. Es importante que este concepto se corrija dada la relevancia que posee la preservación de la dentición temporal para disminuir el riesgo de maloclusiones. También, los encuestados presentaron deficiente conocimiento en el ítem V sobre “Malos hábitos orales” con un 38.5% de error en la pregunta N° 17: **“La respiración bucal es un hábito que no genera alteraciones a nivel oral”**, siendo la segunda afirmación con mayor porcentaje de error. El desconocimiento en esta afirmación, al igual que la antes mencionada, también repercute en el ámbito de las maloclusiones. Es importante que la educadora de párvulos tenga claridad de estos conceptos para que en su rol como educadora pueda identificarlo y alertar tempranamente a los apoderados. Sin embargo, las educadoras sí demostraron conocer que la succión digital, el uso de chupete y de mamadera pueden causar alteraciones, lo que queda demostrado con el alto porcentaje (96.9%) de respuestas correctas que tuvo la afirmación n°16 del ítem V (malos hábitos orales): **“Los hábitos de succión (ejemplo: uso mamadera, chupete y dedo) pueden generar problemas de mal posición dentaria”**

La afirmación N°15 (Alimentación): **“El agua potable fluorada contribuye a prevenir el desarrollo de caries dental”** también presentó un porcentaje de 38.5% de respuestas incorrectas. La OMS recomienda la adición de flúor hasta alcanzar una concentración máxima de 1 ppm en aquellos lugares en que las aguas naturales no poseen suficiente flúor ya que es reconocido el aporte que han tenido a nivel poblacional los fluoruros como medida de salud pública preventiva para la reducción de la prevalencia de



caries. A pesar de ser esta una medida ampliamente aplicada y que incluye a la comuna de Viña del Mar, la población de estudio desconoce relativamente su importancia. A pesar de los esfuerzos que se realizan para mejorar los hábitos de higiene oral mediante cepillado sistemático, gran parte de los chilenos no cumplen con esta rutina. Por lo tanto, esta medida, de una u otra forma contribuye a reducir el riesgo de caries, por lo que de corregir este concepto y reforzando otros como la higiene y fomentando el reemplazo de bebidas azucaradas y carbonatadas por agua potable, es de esperar que mejore el estado de salud oral de la población.

Las afirmaciones n°16 del ítem V (malos hábitos orales): **“Los hábitos de succión (ejemplo: uso mamadera, chupete y dedo) pueden generar problemas de mal posición dentaria”**, n°18 del ítem V (malos hábitos orales): **“El uso de mamadera durante los momentos de sueño de los niños es una opción práctica y saludable”** y n°20 del ítem VI (traumatismo dentoalveolar): **“La presencia de un diente de leche con cambio de coloración es motivo para consultar a un odontólogo”** fueron las que presentaron un mayor porcentaje de respuestas correctas con un 96,9%, 95.8% y 95.8%, respectivamente.

Dado que las encuestadas presentaron un desconocimiento del manual metodológico *Salud Bucal para Párvulos* en un 90.4 %, el alto porcentaje de aciertos en estas preguntas así como en el resultado general de rendimiento (“alto”) puede atribuirse a las diversas iniciativas de promoción y prevención en salud oral que realizan constantemente grupos intersectoriales (gobierno, corporaciones municipales a través de los CESFAM, universidades, entre otras) en los establecimientos educacionales, donde el personal educador

recibe de manera indirecta estos conocimientos así como también desde otras fuentes de información tales como visitas al odontólogo, medios de comunicación, ser madre o padre, entre otros que desconocemos. Esto se confirma dada la nula significancia estadística entre las variables estudiadas (género, edad, nivel de estudios, estudios de postgrado, años de ejercicio profesional y si han recibido capacitación en salud oral) y el nivel de conocimiento en salud oral, como se puede observar en los resultados, por lo que futuros estudios deben indagar en otras variables intervinientes que puedan estar influyendo en esto.

Del total de sujetos, solo 10 de ellos declararon conocer el manual en el cual se basó la encuesta, de las cuales 5 correspondían a las directoras de los establecimientos, quienes a su vez reconocieron durante las visitas no haber difundido este documento al resto del personal. Consideramos necesario corregir esta brecha en la transmisión de información dentro de los establecimientos, ya que así como ocurrió con el manual antes descrito, también puede suceder con otras iniciativas educativas en salud oral dirigidas para este grupo (Ejemplo: boletines informativos en salud oral).

Si bien nuestro objetivo principal fue evaluar el nivel de conocimientos en salud oral en el personal educador, el que demostró un resultado favorable para la muestra, consideramos que este resultado no se relaciona directamente con el estado de salud bucal de la población infantil chilena, por lo que consideramos deben existir otros factores que expliquen estos índices. Se procedió, en una segunda encuesta de preguntas abiertas, a indagar en factores que podrían estar limitando la correcta ejecución de la rutina de higiene oral dentro de los establecimientos. Dentro de las limitantes o

barreras que declararon presentar, encontramos: *Dificultad para supervisar el cepillado, Ausencia de higiene oral a los lactantes hasta 2 años, falta de información en profesionales y técnicos, déficit en técnicas de cepillado y uso de instrumentos, falta de personal, insuficiente infraestructura y falta de continuidad de higiene oral en casa.* Estas limitantes encontradas ejemplifican la multifactorialidad de las enfermedades orales más prevalentes.

## VII. CONCLUSIONES

---

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se concluye que:

El nivel de conocimientos en salud oral que posee el personal educador de párvulos de los jardines infantiles VTF municipales de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) de la comuna de Viña del Mar, Chile, es alto con un 44,8% de sujetos con calificación  $\geq 5.5$  (escala 1.0 al 7.0). Sin embargo, el 90,4% de la muestra declaró no conocer el manual metodológico para agentes educadores de párvulo *Salud bucal para párvulos* (2009) en la que se basó la encuesta.

El predominio de la muestra (n: 96) fue de género femenino (99%) con un promedio de edad de 33 años ( $\pm 8.9$ ) con mayor cantidad de técnico-profesionales (69.8%), sin estudios de postgrado (89.6%), con predominio de años de ejercicio profesional entre 0 a 5 años (36.5%) y sin capacitación en salud oral (75%). Ninguna de estas variables fue estadísticamente significativa para el nivel de conocimientos en salud oral.

El ítem de conocimiento donde se obtuvo mejor resultado fue el N°V sobre “malos hábitos orales”. Sin embargo, la segunda afirmación con mayor cantidad de errores pertenece a este mismo ítem. Las preguntas con mayores aciertos fueron la N° 16 (malos hábitos orales): “Los hábitos de succión (ejemplo: uso mamadera, chupete y dedo) pueden generar problemas de mal posición dentaria”, con un 96.9%; la n°18 (malos hábitos orales): “El uso de mamadera durante los momentos de sueño de los niños es una opción práctica y saludable”, con un 95.8% y la n°20 (traumatismo dentoalveolar): “La

presencia de un diente de leche con cambio de coloración es motivo para consultar a un odontólogo”, con un 95.8%.

Los ítems de conocimiento donde se obtuvieron peores resultados fueron los ítems II y IV, sobre “la boca y sus partes” y “alimentación”, respectivamente. Las preguntas con menores aciertos fueron la N°7 (la boca y sus partes): “La importancia del cuidado de los dientes de leche radica en su función en la mantención de espacio para los dientes definitivos”, con un 47.9% de error; la N° 17 (malos hábitos orales): “La respiración bucal es un hábito que no genera alteraciones a nivel oral” con un 38.5% de error; y la afirmación N°15 (Alimentación): “El agua potable fluorada contribuye a prevenir el desarrollo de caries dental”, con un 38.5% de error. Es necesario corregir estos conceptos dada la importancia que presentan estos contenidos para la prevención de las enfermedades orales más prevalentes.

Es necesario realizar futuros estudios que indaguen en otras variables interferentes que influyen en el nivel de conocimiento en salud oral de la población y que este estudio no determina.

## VIII. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

---

Una de las limitaciones iniciales del presente estudio fue la dificultad para obtener permisos por parte de las autoridades de JUNJI para abarcar el universo total de jardines infantiles que pertenecen a esta red dentro de la comuna de Viña del Mar, pudiendo solamente acceder a la totalidad del subgrupo JUNJI VTF a través de la Ilustre Municipalidad de Viña del Mar (DIDECO). Otra limitante de esta investigación corresponde al diseño del instrumento, cuyas alternativas de respuestas se centraron en la dicotomía de “verdadero” o “falso” sin solicitar una justificación de sus respuestas. Para mejorar el instrumento se sugiere agregar esta opción y así disminuir el sesgo de azar. Esto permitirá no recurrir al recurso de “descuento” y a la vez eliminar el factor tensor que genera en el encuestado esta modalidad. Una tercera limitante fue no haber incluido más variables independientes que podrían haber arrojado asociaciones estadísticamente significativas con el nivel de conocimiento y que en este estudio estarían participando como variables interferentes.

Se sugiere continuar esta línea de investigación donde se profundice en aquellas variables interferentes que pueden estar influyendo en los resultados, así como también continuar un estudio que evalúe el estado de salud oral en los párvulos de los jardines estudiados para contrastar nuestros resultados. A su vez, sugerimos la elaboración de un manual orientado a simplificar y ayudar al personal educador a mejorar las prácticas de higiene oral en el establecimiento.

Dado que la *Guía de funcionamiento para establecimientos de educación parvularia* (reglamento interno Junta Nacional de Jardines Infantiles) especifica que para el grupo de segundo nivel (párvulos de 2 a 4 años) se exige 1 educadora de párvulo por cada 32 niños y 1 técnico de educación parvularia por cada 16 niños en el grupo medio mayor (3 a 4 años); y 1 educadora de párvulos por cada 32 niños y 1 técnico en educación parvularia por cada 12 niños en el grupo medio menor (2 a 3 años). Así mismo, exige dentro de la infraestructura que exista un lavamanos por cada 10 niños, sugerimos crear estrategias que ayuden a mejorar la práctica de higiene oral durante la jornada dado que entre las limitantes mencionadas por las educadoras para realizar esta tarea se encontraron aspectos de *falta de personal y falta de infraestructura*. Por último, el manual metodológico *Salud bucal para párvulos* está dirigido únicamente al segundo ciclo (2 a 4 años). Para el primer ciclo (84 días a 2 años) existe un *protocolo de muda* donde no se incluye la higiene oral. Sugerimos mejorar este protocolo incluyéndola dada la importancia de ésta desde los primeros días de vida.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

---

Agurto P, Dabed C, Espinoza A. 1999. Frecuencia de Anomalías Dentomaxilares en niños de 4 a 5 años 11 meses de la escuela D-59 del área norte de la Región Metropolitana. Cuad. Méd. Soc. 40: 68-80.

Agurto P, Díaz R, Cádiz O, Bobenrieth F. 1999. Frecuencia de malos hábitos orales y su asociación con el desarrollo de Anomalías Dentomaxilares en niños de 3 a 6 años del área oriente de Santiago. Rev. Chil. Pediatr.; pp 70.

Barrachina CM. 1988. Etiopatogénia: Factores Generales en Ortodoncia Clínica, Canut JA; España. Ed. Salvat; Cáp.12, p.187-204.

Barrachina CM. 1988. Etiopatogénia: Factores Locales, En: Ortodoncia Clínica, Canut JA. España. Ed. Salvat; Cáp.13, p.205-226.

Bucarey A., Ugarte G., Urzúa S. 2014. El efecto de la educación preescolar en Chile.

Carranza F. Newman . 2003. Periodontología clínica. 9va ed. Mexico. Ed. McGraw-Hill

Ceballos M., Acevedo C. (2007). Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar. Santiago de Chile: MINSAL [en línea] <  
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7dc33df0bb34ec58e04001011e011c36.pdf>> [consulta:octubre2016]

Delors J.1994. "Los cuatro pilares de la educación", en La Educación encierra un tesoro. México: El Correo de la UNESCO; pp 91-103.

Ehizele A et al. 2011. Oral Health Knowledge, Attitude And Practices Among Nigerian Primary School Teachers. Int. J. Dent. Hygiene; 9(4):254–60.



Federación Dental Internacional (2015). El Desafío de las Enfermedades Bucodentales – Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. 2a ed. Ginebra, Myriad Editions. 9-55p

Gamonal J., Mendoza C., Espinoza I., Muñoz A., rzúa I., Aranda W., Carvajal P., Arteaga O. 2010. Clinical Attachment Loss in Chilean Adult Population: First Chilean National Dental Examination Survey. J Periodontol; 81(10):1403-10

Gamonal J. 1996. Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio bajo de la provincia de Santiago, Región Metropolitana y determinación de los recursos necesarios para su tratamiento. Tesis para optar al grado de Magíster en Ciencias Odontológicas. Santiago. Facultad de Odontología Universidad de Chile. 55p.

García G., García P., Tapiero Y., Ramos D. 2012. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. Hacia la Promoción la Salud.;17(2):169–85.

García-Campo A., Cuevas C., Muñoz S., Barnato J., Marín S., Vergara J., Jamett J. 2009. Manual metodológico dirigido a agentes educativos de Educación Parvularia “Salud Bucal para Párvulos” . Valparaíso. pp: 61-64

Gliem R, Gliem J. 2003. Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach’s Alpha Reliability Coefficient for Likert-Type Scales. En: MIDWEST RESEARCH to practice conference in adult, continuing, and community education. Ohio, Estados Unidos de América. pp 82-88.

Gobierno de Canadá- 1981. A New Perspective on the Health of Canadians. A working document (pp 31-34). Ottawa

Gobierno de Chile (2010). Metas 2011-2020. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020; pp. 50

Gobierno de Chile. JUNJI. 2016. Listado de Sala Cuna y Jardines Infantiles- JUNJI y VTF del País. [en línea] <[http://gobiernotransparente.junji.gob.cl/portal/listado/listado\\_general\\_jardines\\_infantiles\\_junji\\_vtf.html](http://gobiernotransparente.junji.gob.cl/portal/listado/listado_general_jardines_infantiles_junji_vtf.html)> [consulta: Marzo2017]

Guerrero S., Cisterna P., Gonzalez S., Uauy R., 1998. Fluoride content of wáter supplies in Chile. Rev. Chil. Ped. Vol. 54-3.

Hv A., D´Cruz. Y Shirahatti V. 2013. Knowledge, attitude and practice regarding oral health among the rural government primary school teachers of mangalore, India. J Dent Hyg; 87(6):362–9.

Junta Nacional de Jardines Infantiles. 2013 Manual del programa de transferencia de fondos desde la JUNJI a entidades sin fines de lucro que creen, mantengan y administren jardines infantiles. [en línea] <<http://www.cormumel.cl/transparchivos/02/Manual-Transferencias-OperacionesJUNJI.pdf>> [consulta: octubre 2016]

Maranhão MC, Araújo LP De, Vieira KA. 2014. Dental Health Knowledge and Attitudes of Primary School Teachers Toward Dental Health Education in Maceió. Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic.14(2):115–28.

Mariotti A. 1999. Dental plaque-induced gingival diseases. Ann Periodontol. Dec;4(1):7-19.

Matesanz-Pérez P, Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. 2008. Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura. 20, 1: 11-25.

Ministerio de Educación. 2015. Cuenta pública 2015. [en línea] <[http://www.gob.cl/cuenta-publica/2015/sectorial/2015\\_sectorial\\_ministerio-educacion.pdf](http://www.gob.cl/cuenta-publica/2015/sectorial/2015_sectorial_ministerio-educacion.pdf)> [consulta: octubre 2016]

Ministerio de educación. JUNJI. 2012 [en línea] <<http://www.junji.cl/educacion-parvularia/>> [citado:octubre 2016].

Ministerio de Salud (2003). I Encuesta Nacional en Salud ENS Chile. (pp 9). Santiago de Chile. MINSAL

Ministerio de Salud (2010). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010 (pp. 4-10). Santiago de Chile. MINSAL

Morales F. 2007. Temas prácticos en geriatría y gerontología tomo III. San José, C.R. Editorial Universidad Estatal a Distancia. pp 235.

Mota A., Oswal C., Sajnani A y Sajnani K. 2016. Oral Health Knowledge , Attitude , and Approaches of Pre-Primary and Primary School Teachers in Mumbai, Scientifica;2016.

Moyers RE. 1992. Manual de Ortodoncia 4a edición. Sección I: Crecimiento y desarrollo. Argentina, Ed. Médica Panamericana. 151-167p.

Navarrete M, Espinoza A. 1998. Prevalencia de Anomalías Dentomaxilares y sus características en niños de 2 a 4 años. Rev Odont Chile; 46: 27-33.

Organización Mundial de la Salud. 2012. OMS Salud bucodental. Nota informativa nº318. [en línea] <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>> [consulta:octubre 2016]

Petersen P.E. 2003. The World Oral Health Report -Continuous Improvement of Oral Health in the 21st. Century the Approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, Switzerland. WHO. [en línea] <[http://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_report03\\_en.pdf](http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf)> [consulta:octubre2016]

Ramroop V, Wright D, Naidu R. 2011. Dental health knowledge and attitudes of primary school teachers toward developing dental health education. West Indian Med J. 60(5):576–80.

Ramroop V, Wright D, Naidu R. 2011. Dental health knowledge and attitudes of primary school teachers toward developing dental health education. West Indian Med J.;60(5):576–80.

Reich E, Lussi A, Newbrun E. 1999. Caries-risk assessment. Int Dent J Feb;49(1):15- 26

Rodríguez C. 2005. Conocimiento de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago. Tesis para optar al título de Cirujano-Dentista. Santiago. Facultad de Odontología, Universidad de Chile;1–153.

Rutty C, Sullivan S. 1970. Esto es salud pública: Una historia canadiense Una nueva perspectiva sobre la salud pública. Ottawa. Ed.CPHA100; pp 81-88.

Science and Therapy Committee of The American Academy of Periodontology. 2003. Diagnosis of Periodontal Diseases. J Periodontology;74:1237-1247.

Secretaría de Salud. 2010. Promoción de la Salud. [en línea] <<http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>> [consulta:octubre2016]

Sekhar V., Sivsankar P., Easwaran M.A, Subitha L., Bharath N, Rajeswary K., Jeyalakshmi S. Knowledge. 2014. Attitude and Practice of School Teachers Towards Oral Health in Pondicherry. J Clin Diagnostic Res; 8(8):12–5.

Shodan M, Prasad KV V, Javali SB. 2012. School teachers' knowledge of oral disease prevention: a survey from Dharwad, India. J Investig Clin Dent.;3(1):62–7.

Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2010. Análisis de situación bucal en Chile. [en línea] <<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Análisis%20de%20Situación%20Salud%20Bucal%20final%20pdf.pdf>> . [consulta:octubre2016].

Tapia P. Olivares C. Cordero K. 2015. Nivel de conocimiento en salud oral del personal educador capacitado y réplica-capacitado en la escuela de magicoterapia seremi de salud v región entre los años 2012 y 2014 pertenecientes a jardines infantiles JUNJI e INTEGRA. Tesis para optar al título de Cirujano-Dentista. Valparaíso. Facultad de Odontología. Universidad de Valparaíso.

World Health Organization. 1987. Oral health surveys. Basic Methods. 3rd. WHO Geneve, Suiza.

## X. ANEXOS

---

### Anexo 1



**Dra. Paulina Rojas**

Fecha: \_\_\_\_\_

Carrera de Odontología

Universidad de Viña del Mar.

### **Consentimiento informado**

Este documento de consentimiento informado está dirigido para el personal educador técnico y profesional en educación de párvulos pertenecientes a la red JUNJI VTF (Viña del Mar, Chile) a quienes se les invita a participar en la investigación titulada *Nivel de conocimientos en salud oral del personal educador JUNJI VTF, Viña del mar, Chile*.

Dra. Paulina Rojas junto a los alumnos de la Carrera de Odontología de la Universidad Viña del Mar: Andrea Benito, Juan Carlos Caro y Francisco Garay están investigando sobre conocimientos en salud oral con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos que posee el personal educador en esta materia.

El grupo de estudio que ha sido elegido para participar en esta investigación está compuesto por el personal educador tanto técnico como

profesional que se desempeñen laboralmente en la red JUNJI VTF de la comuna de Viña del Mar. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria (usted puede elegir si participar o no).

Esta investigación incluye una encuesta anónima que consta de seis (6) ítems. El primero reúne datos sociodemográficos del encuestado y los cinco (5) restantes contienen información sobre salud oral en los cuales cada uno contiene tres (3) enunciados a responder Verdadero o Falso de acuerdo a su conocimiento en la materia. Con el fin de contrastar y complementar resultados, se agrega un anexo con dos preguntas que buscan conocer si el personal educador conoce la fuente de contenidos de este instrumento e identificar algunas limitantes que posean para implementar la rutina de higiene oral. La encuesta debe ser contestada de manera presencial y el tiempo aproximado de duración de la encuesta es de 15 minutos y debe ser contestada sin presiones y con la mayor sinceridad posible. Sus respuestas serán confidenciales, anónimas y el uso de los datos generados por el instrumento son de exclusivo uso académico. Lea cada enunciado cuidadosamente y marque una (1) sola alternativa (Verdadero o Falso) como respuesta.

Toda la información recopilada a través de sus respuestas individuales será analizada estadísticamente para conocer el estado global de conocimiento en esta materia para posteriormente poner los resultados a disposición de las entidades de salud y educación involucradas a beneficio de desarrollar proyectos que busquen ampliar y mejorar la educación en salud oral. A juicio de los investigadores, el estudio no implica ningún tipo de riesgo ni efecto adverso físico, laboral o psicológico para quien responde. Si no desea

participar, no le afectará de ninguna forma. En caso de molestias tiene derecho a retirarse como también tiene derecho a resolver todas sus dudas antes de responder.

De acuerdo a lo anterior, he leído la información proporcionada y me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación, por lo tanto, se me solicita firmar este documento.

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_ .



## Anexo 2



### **Encuesta de conocimientos en salud oral**

La siguiente encuesta consta seis (6) ítems. El primero reúne datos sociodemográficos del encuestado y los cinco (5) restantes contienen información sobre salud oral en los cuales cada uno contiene tres (3) enunciados a responder Verdadero o Falso de acuerdo a su conocimiento en la materia. El objetivo de esta encuesta es evaluar el nivel de conocimientos en salud oral que posee el personal educador JUNJI VTF de la comuna de Viña del Mar, por lo tanto debe ser contestada de manera personal y con la mayor sinceridad posible. Sus respuestas serán confidenciales, anónimas y el uso de los datos generados por el instrumento son de exclusivo uso académico. Lea cada enunciado cuidadosamente y marque una (1) sola alternativa (Verdadero o Falso) como respuesta.

#### **I.- Información sociodemográfica y profesional**

1. Edad:

\_\_\_\_\_ Años.

2. Género:

\_\_ Femenino

\_\_ Masculino

3. Nivel de estudios en el área de la educación de párvulos:

Técnico profesional en educación de párvulos.

Profesional universitario en educación de párvulos.

4. Último nivel de estudio aprobado en el área de la educación de párvulos  
(Si usted es técnico profesional en educación de párvulos pase a la pregunta número 5)

Diplomado.

Magíster.

Doctorado.

Ninguno.

5. Años de ejercicio técnico o profesional en el área de la educación de párvulos:

0 a 5 años.

6 a 10 años.

11 a 15 años.

16 a 20 años.

21 años o más.

6. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación respecto a salud oral?

\_\_\_ Sí.

\_\_\_ No.

En caso de que su respuesta sea “sí”, especifique de qué tipo.

---

## **II.- La boca y sus partes**

7. La importancia del cuidado de los dientes de leche radica en su función en la mantención de espacio para los dientes definitivos.

(1) Verdadero

(2) Falso

8. Los niños recambian todos sus dientes de leche a medida que crecen, por lo tanto, no es tan necesario cuidar de ellos.

(1) Verdadero

(2) Falso

9. El primer diente de leche suele aparecer entre los 6 y 8 meses de vida, aproximadamente.

(1) Verdadero

(2) Falso

### **III.- Higiene oral**

10. El objetivo principal de la higiene oral es mantener la estética dentaria.

(1) Verdadero

(2) Falso

11. El niño menor a 6 años debe realizar su rutina de higiene oral sin supervisión de un adulto para lograr autonomía en la actividad.

(1) Verdadero

(2) Falso

12. La técnica de cepillado indicada para niños se realiza con el cepillo apoyado en la cara visible de los dientes y realizando movimientos circulares avanzando lentamente tanto en caras internas, externas y superior de los dientes.

(1) Verdadero

(2) Falso

### **IV.- Alimentación**

13. Los alimentos ricos en azúcares son un factor contribuyente a la formación de caries.

(1) Verdadero

(2) Falso

14. Las bebidas *light* son una alternativa de consumo para prevenir problemas de obesidad y caries dental.

(1) Verdadero

(2) Falso

15. El agua potable fluorada contribuye a prevenir el desarrollo de caries dental.

(1) Verdadero

(2) Falso

#### **V.- Malos hábitos orales**

16. Los hábitos de succión (ejemplo: uso mamadera, chupete y dedo) pueden generar problemas de mal posición dentaria.

(1) Verdadero

(2) Falso

17. La respiración bucal es un hábito que no genera alteraciones a nivel oral.

(1) Verdadero

(2) Falso

18. El uso de mamadera durante los momentos de sueño de los niños es una opción práctica y saludable.

(1) Verdadero

(2) Falso

## **VI.- Traumatismo dentario**

19. Un golpe intenso en dientes de leche puede generar consecuencias no deseadas en la futura dentición del adulto.

(1) Verdadero

(2) Falso

20. La presencia de un diente de leche con cambio de coloración es motivo para consultar a un odontólogo.

(1) Verdadero

(2) Falso

21. Si se pierde un diente de leche por un golpe, se debe reposicionar lo antes posible en su lugar.

(1) Verdadero

(2) Falso

Anexo 3



1. ¿Usted conoce el *Manual Metodológico Dirigido a Agentes Educativos de Educación Parvularia Salud bucal para párvulos (2009)*?

\_\_\_Sí

\_\_\_No

2. ¿Cuáles son las limitantes o barreras que usted identifica al momento de realizar el protocolo de higiene oral en los niños?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo 4

### **Profesor Juan Pablo López Caris.**

Magíster en Innovación Curricular y Evaluación Educativa,

Licenciado en Educación.

Profesor de Matemática y Estadística, Universidad Central de Chile

Estimado Profesor:

Escribimos para pedir su ayuda en la validación de un instrumento de recogida de información, el cual se adjunta, en el marco del desarrollo de nuestra tesis de pregrado para optar al título de Cirujano-Dentista de la Universidad Viña del Mar. Este tiene como finalidad conocer el nivel de conocimientos en salud oral del personal educador de párvulos JUNJI VTF, Viña del Mar, Chile, dado que este grupo es un agente importante en la formación de hábitos de higiene oral desde temprana edad.

El instrumento se aplicará al personal educador técnico y profesional de los establecimientos pertenecientes a la red antes descrita y cabe destacar que este instrumento fue elaborado en base a los contenidos presentes en el Manual metodológico para agentes educativos de educación parvularia *Salud Bucal para Párvulos* (2009), documento elaborado por grupos intersectoriales (MINSAL, JUNAEB, JUNJI y Universidad de Valparaíso) para este grupo.

Debido a su trayectoria como docente en diferentes colegios y universidades, y por los estudios en evaluación educativa, agradecería recibir



sus observaciones y/o sugerencias para realizar la validación de este instrumento. Desde ya muchas gracias por su colaboración.

Atentamente,

**Andrea Benito, Juan Carlos Caro y Franciso Garay.**

Estudiantes de Odontología

Universidad Viña del Mar.

## Anexo 5

### **Sugerencias sobre encuesta**

#### **Estimados:**

En relación a la encuesta de conocimiento en salud oral, destaco que se haya construido en base al contenido entregado por el Manual metodológico dirigido a agentes educativos de Educación Parvularia “Salud bucal para párvulos” (2009), documento elaborado por un grupo multidisciplinario e intersectorial que tiene como propósito entregar herramientas metodológicas que faciliten la labor de los agentes educativos en la incorporación de la temática de salud bucal en la planificación pedagógica. Dado esto, todas las afirmaciones que se hacen en esta encuesta no deberían ser ajenas a la práctica de las profesionales de la educación parvularia, y no fueron aseveraciones hechas arbitrariamente por los estudiantes que la construyeron.

En general, cuando se realizan afirmaciones o preguntas, se sugieren que sean en positivo (que no lleven la palabra “no” entre medio), ya que en algunas ocasiones, por mala comprensión de lectura, el encuestado contesta erradamente. En este caso, rescato que el instrumento está elaborado en base a enunciados tipo “afirmaciones” y ninguna cae en el error antes mencionado. Como sugerencia, se recomienda que los intervalos de años de ejercicio de los profesionales (pregunta N°5, ítem I) sean cerrados, ya que según lo planteado una persona que lleva trabajando 5 años podría pertenecer a dos intervalos distintos. Sugiero agregar una pregunta donde se busque conocer

si el personal educador ha recibido capacitación en salud oral, fuera del manual antes descrito, para establecer relaciones al momento del análisis de resultados.

Recomiendo construir tabla de especificaciones donde estén descritas las dimensiones a evaluar y la definición de cada categoría, para entender mejor la información que entrega la encuesta.

Al analizar la encuesta, se recomienda hacer análisis por dimensión, y no como una encuesta general. Si se hace como encuesta general, se pierda la información que entregan las categorías.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Juan Pablo López C.', with a horizontal line drawn through the middle of the signature.

**Atte. Prof. Juan Pablo López C.**

**Magíster en Innovación Curricular y Evaluación Educativa.**