

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL
DE LOS PADRES QUE TIENEN NIÑOS CON DIVERSIDAD
FUNCIONAL**

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE CIRUJANO - DENTISTA

PRESENTADO POR LA:

BACH. AMY ELVIA MILAGROS MATOS FLORES

LIMA – PERÚ

2018

TÍTULO DE LA TESIS:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL
DE LOS PADRES QUE TIENEN NIÑOS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Dra. Aguirre Morales, Anita

Presidenta

Mg. Huaman Torres, Farita

Secretaria

Mg. Morante Maturana, Sara

Vocal

A Dios, por todo.

A mi padre, por sus enseñanzas y consejos desde que era una niña.

A mi madre, que me enseña a ser por sobre todo, un buen ser humano.

A mi familia por ofrecerme su apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradezco a Dios, por estar siempre conmigo y ponerme a gente buena para desarrollar la investigación.

Al Dr. Oswaldo Cava Arangoitia, por la calidad de persona que es, por su comprensión y apoyo para realizar la tesis.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, por su apoyo durante todo el proceso de la realización del proyecto de investigación y finalizar con la tesis de manera correcta.

Al Centro Ann Sullivan del Perú, porque fue uno de los primeros lugares donde se me permitió como voluntaria tener contacto más cercano con los niños con habilidades diferentes y así poder sentirme atraída por desarrollar mi investigación.

Al CEBE Señor de la Esperanza y padres de familia, por permitirme realizar la investigación y confiarme sus dudas e interés sobre algún tema odontológico.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| Carátula | i |
| Título | ii |
| Jurado de sustentación | iii |
| Dedicatoria | iv |
| Agradecimientos | v |
| Índice | vi |
| Índice de Tablas | ix |
| Índice de Gráficos | x |
| Resumen | xi |
| Abstract | xii |
| Introducción | xiii |
| | |
| Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación | 1 |
| 1.1 Marco Teórico | 1 |
| 1.1.1 Teoría del Conocimiento | 1 |
| 1.1.2 Personas con Diversidad Funcional | 4 |
| 1.1.3 Prevención | 19 |
| 1.1.4 Salud Bucal | 23 |
| 1.2 Marco Conceptual | 25 |
| | |
| Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables | 28 |
| 2.1 Planteamiento del Problema | 28 |
| 2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática | 28 |
| 2.1.2 Antecedentes Teóricos | 30 |
| 2.1.3 Definición del Problema | 34 |

| | |
|--|----|
| 2.1.3.1 Problema Principal | 34 |
| 2.1.3.2 Problemas Específicos | 35 |
| 2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación | 35 |
| 2.2.1 Finalidad | 35 |
| 2.2.2 Objetivo General y Específicos | 36 |
| 2.2.2.1 Objetivo General | 36 |
| 2.2.2.2 Objetivo Específicos | 36 |
| 2.2.3 Delimitación del Estudio | 37 |
| 2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio | 38 |
| 2.3 Variables | 38 |
| 2.3.1 Variables e Indicadores | 38 |
| | |
| Capitulo III: Método, Técnica e Instrumentos | 40 |
| 3.1 Población y Muestra | 40 |
| 3.1.1 Población | 40 |
| 3.1.2 Muestra | 40 |
| 3.1.2.1 Criterios de inclusión | 40 |
| 3.1.2.2 Criterios de exclusión | 41 |
| 3.2 Diseños utilizados en el Estudio | 41 |
| 3.2.1 Diseños | 41 |
| 3.2.2 Tipo de Investigación | 41 |
| 3.2.3 Enfoque | 41 |
| 3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos | 41 |
| 3.3.1 Técnica de Recolección de Datos | 41 |
| 3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos | 42 |
| 3.4 Procesamiento de Datos | 44 |

| | |
|--|----|
| Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados | 45 |
| 4.1 Presentación de Resultados | 45 |
| 4.2 Discusión de Resultados | 51 |
| | |
| Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones | 57 |
| 5.1 Conclusiones | 57 |
| 5.1.1 Conclusión General | 57 |
| 5.1.2 Conclusiones Específicas | 57 |
| 5.2 Recomendaciones | 58 |
| 5.2.1 Recomendación General | 58 |
| 5.2.2 Recomendaciones Específicas | 58 |
| | |
| 6. REFERENCIAS | 60 |
| 7. ANEXOS | 67 |

ÍNDICE DE TABLAS

| Tabla | | Pág. |
|--------------|--|-------------|
| Nº 01 | Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 46 |
| Nº 02 | Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 47 |
| Nº 03 | Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 48 |
| Nº 04 | Nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionadas con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 49 |
| Nº 05 | Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 50 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| Gráficos | | Pág. |
|-----------------|--|-------------|
| Nº 01 | Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE señor de la esperanza en el año 2017 | 46 |
| Nº 02 | Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 47 |
| Nº 03 | Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 48 |
| Nº 04 | Nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionadas con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 49 |
| Nº 05 | Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017 | 50 |

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional del CEBE Señor de la Esperanza en el periodo del 2017, ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho. El diseño metodológico fue descriptivo, el tipo de investigación fue transversal, prospectivo y observacional. Para cumplir con el objetivo de la investigación, se utilizó una muestra conformada por 60 padres de familia, que fueron seleccionados en forma no aleatoria por conveniencia, que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El procesamiento de datos se realizó mediante el procedimiento estadístico en donde el análisis de la información obtenida de la encuesta se procedió a ingresarlos a la base de datos para realizar el análisis estadístico del objetivo general y específicos mediante los programas SPSS versión 20.0 y Excel 2010. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron que de un total de 60 padres, el 27.6% (16) poseen un nivel de conocimiento Malo sobre prevención en salud bucal, luego de un 48,9% (29) presentan un nivel de conocimiento Regular sobre prevención en salud bucal y el 25% (15) poseen un nivel de conocimiento Bueno sobre prevención en salud bucal. Se concluyó que existe un nivel de conocimiento Regular sobre prevención en salud bucal de los padres de niños con diversidad funcional del CEBE Señor de la Esperanza.

Palabras Claves:

Conocimiento, Prevención, Salud Bucal, Diversidad Funcional.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the level of knowledge on oral health prevention of parents who have children with functional diversity of the CEBE Señor de la Esperanza in the period of 2017, located in the district of San Juan de Lurigancho. The methodological design was descriptive, the type of research was transversal, prospective and observational. To fulfill the objective of the research, we used a sample made up of 60 parents, who were selected in a non-random manner for convenience, who also met the inclusion and exclusion criteria. The data processing was carried out through the statistical procedure where the analysis of the information obtained from the survey proceeded to enter them into the database to perform the statistical analysis of the general and specific objective through the SPSS version 20.0 and Excel 2010 programs. The results obtained in the investigation determined that out of a total of 60 parents, 27.6% (16) have a bad level of knowledge about oral health prevention, after 48.9% (29) have a level of knowledge about prevention in oral health and 25% (15) have a good level of knowledge about oral health prevention. It was concluded that there is a Regular knowledge level on oral health prevention of parents of children with functional diversity of the CEBE Señor de la Esperanza.

Keywords:

Knowledge, Prevention, Oral Health, Functional Diversity.

INTRODUCCIÓN

Años atrás, las personas con diversidad funcional eran aisladas del resto de la población. Sus padres desconocían cuales eran los cuidados adecuados para su salud y así mejorar su calidad de vida. Por lo tanto, el cuidado bucal de las personas con diversidad funcional era un tema aislado y poco desarrollado por la mayoría de profesionales de la salud bucal por el desconocimiento en cuanto al abordaje.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la discapacidad como un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación e interacción entre un individuo y su entorno.³¹

Según, la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI en el año 2012 y presentada en el 2015; obtuvo resultados donde se estima que en el país 1 millón 575 mil 402 personas padecen de alguna discapacidad y representan el 5,2% de la población nacional. De este total, el 52,1% son mujeres y el 47,9% hombres, observándose en las mujeres mayor discapacidad que sus pares, los varones (4,2 puntos porcentuales más).⁵⁰

Actualmente se concibe la prevención en salud bucal como uno de los pilares para el logro de los objetivos esenciales de salud oral. Esta concepción incluye a las personas con diversidad funcional, evitando así complicaciones que afecten las dificultades de su discapacidad.

Es por eso que este estudio es de gran importancia, ya que los problemas de salud bucal afectan en gran manera a las personas con diversidad funcional y no cuentan con el desarrollo motor y mental para poder hacerlo por si mismos en algunos caso, es por ello que son los padres responsables de llevar a cabo las buenas practicas e información sobre higiene bucal, y el objetivo de la presente investigación es determinar el nivel de conocimiento de los padres que tienen

niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza , para que de esta manera al concluir el estudio se puedan realizar recomendaciones para que los padres puedan aplicarlas en sus niños y mejorar su calidad de vida , junto con los profesionales de salud poder informarnos más sobre la demanda de atención odontológica sobre estas personas.

Capítulo I: Fundamentos Teóricos de la Investigación

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Teoría del conocimiento

Según, la RAE define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es hacer frente a una realidad.¹

El conocimiento, tal como se le concibe ahora, es el proceso progresivo y gradual que el hombre desarrolla para aprender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Científicamente, la epistemología lo estudia y define como la teoría del conocimiento; etimológicamente, su raíz madre deriva del griego episteme, ciencia, pues por extensión se acepta que ella es la base de todo conocimiento.²

– Características del Conocimiento

Ahora, para que se pueda dar el proceso de conocer, debe haber una relación, donde:

Coexisten cuatro elementos, *el sujeto* que conoce, *el objeto* de conocimiento, *la operación* misma de conocer y *el resultado* obtenido que no es más que la información recabada acerca del objeto. En otras palabras, el sujeto se pone en contacto con el objeto y se obtiene una información acerca del mismo y al verificar que existe coherencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, es entonces cuando se dice que se está en posesión de un conocimiento.

– Tipos de Conocimiento

Depende del grado de la relación que se establezca entre los elementos que conforman el proceso de conocimiento, puede variar de un conocimiento científico, hasta un conocimiento no científico.¹

• Conocimiento no Científico

El conocimiento común es el que usamos todos los días, lo utilizamos a diario en nuestras tareas cotidianas, el que nos permite trabajar, estudiar, relacionarnos, pues está presente en la escuela, en el taller, en la oficina; se basa más en la fe y la confianza que en la demostración y el experimento. Su finalidad es guiarnos en el mundo práctico, en las relaciones sociales y económicas. Es la base fundamental, para comprender lo que hacemos y por qué. Pero no es científico.³

• Conocimiento Científico

Consiste en que, el hombre aborda consciente y planificadamente un área de la realidad para investigarla y estudiarla con mayor profundidad, sistematicidad y exactitud que le hombre común, además que logra establecer la veracidad del conocimiento obtenido. Es, por tanto, una actividad especializada que se convierte en un oficio y en una profesión, en la persona del científico, del investigador, del estudiante y del profesor.³

Por ejemplo, basándonos en una actividad especializada o específica, en el área odontológica.

Chileno M. (2016), tuvo con objetivo relacionar el conocimiento de los padres sobre salud oral y la experiencia de caries e higiene oral en los escolares discapacitados del CEBE N° 15 en Huaycán, en el 2016. Muestra de 84 escolares. Se evidencio un deficiente conocimiento de los padres sobre salud oral (47,6%) e higiene oral mala en los escolares (45,2%).⁴

– **Niveles de Conocimiento**

- **Nivel Sensible**, que se sustenta de los sentidos, por ejemplo, al captar por medio de la vista las imágenes de las cosas con color, figura y dimensiones, las cuales se almacenan en nuestra mente y forman nuestros recuerdos y experiencias, estructurando de esta forma nuestra realidad interna, privada o personal.
- **Nivel Conceptual**, es aquel que se basa en concepciones invisibles, inmateriales y a la vez universales y esenciales. La principal diferencia existente entre estos dos primeros niveles radica en la singularidad y universalidad que caracterizan respectivamente a estos conceptos.
- **Nivel Holístico**, en este tercer nivel no encontraremos colores, dimensiones, ni estructuras universales. Conocer a este nivel implica desplegar el carácter sido-siendo de las cosas, las cosas están en cada situación, indisolublemente ligadas al fondo o abierto en el que se manifiesta. Es por esta razón, buscar conocimiento científico de cualquier cosa, es desplegar explícitamente el plexo en que la cosa se presenta y dinámicamente se sostiene.¹

1.1.2 Personas con diversidad funcional

Es de importancia destacar tres conceptos básicos que la OMS ha intentado diferenciar: deficiencia (pérdida o anomalía de una estructura); discapacidad (manifestación de una deficiencia en la persona que afecta a las habilidades básicas de la vida cotidiana) y minusvalía (cuando la discapacidad plantea una situación de desventaja social).⁵

Por lo tanto, es preciso conocer para referirse a estas personas, además de las diferentes discapacidades, los diferentes términos relacionados con su condición física y su comportamiento.

También se les conoce, entre otros términos, como diversidad funcional al discapacitado, incapacitado, minusválido, mongólico, retrasado e idiota para referirse a un paciente que posea algún tipo de diversidad funcional; excluimos éstos por considerarlos discriminatorios y degradantes; en cambio, utilizaremos el término diversidad funcional, para referirnos al paciente que presenta alguna condición que le limita el normal desenvolvimiento, sea de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento.⁶

Asimismo, la discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La discapacidad representa pues, trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas.⁷

De acuerdo a N. Pérez y col., en el consultorio odontológico se considera paciente con necesidades especiales a aquellos que presentan signos y síntomas de orden físico, mental o sensorial, social y/o de comportamiento anormales, que para su atención odontológica requiriere un tratamiento no rutinario.²¹

Por lo tanto, los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, de lo contrario pueden desarrollar fácilmente enfermedades orales las cuales producen dolor, disfunción, incomodidad y la necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico.⁸

Algunas de las discapacidades con las que nos encontramos son: parálisis cerebral, distrofias musculares, Síndrome de Down, deficiencias sensoriales, desórdenes del espectro autista.

– **Síndrome de Down**

La historia de la existencia del Síndrome de Down se remonta desde el siglo VII d.C. mencionándose la existencia de personas con características similares a esta enfermedad, así como la representación de estatuillas que la asemejaban. Ya en el siglo XVI se observan una serie de expresiones pictográficas representando imágenes de personas con facies mongoloide, de talla pequeña, que se asemejaban a muchas otras expresiones en diversos momentos culturales, donde estos individuos eran descritos.⁹

Langdon Down en 1866 describió por primera vez el Síndrome de Down, siendo la gran contribución del autor el reconocimiento de las características físicas del síndrome.

Jérôme Lejaune en 1958 identificó la causa del síndrome, descubrió que estos niños tenían un cromosoma extra del par 21.¹⁰

Es esencial, tener en cuenta que el afecto y participación de la familia en el desarrollo del individuo con SD es aún más importante ya que favorece el desarrollo de la autonomía de la persona.¹¹

– **Características Clínicas**

Es característico que tengan rasgos físicos particulares, mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas, mayor vulnerabilidad de enfermedades y discapacidad física e intelectual en grado variable, por lo tanto, requieren de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de las distintas condiciones de salud que les afectan.¹²

• **Zonas Anatómicas**

Cabeza

- Microcefalia con el diámetro anteroposterior reducido.
- Hueso occipital aplanado.

Cara

- Aplanamiento facial.
- Pliegues epicánticos.
- Hendiduras palpebrales oblicuas.
- Puente de la nariz ancha.
- Eritema facial continuo.
- Microtia con el hélix doblado.

- Los ojos son almendrados y presentan manchas de Brushfield blancas y grises en la periferia del iris visible en el periodo neonatal y desaparecen paulatinamente entre los 12 meses posteriores.

Cuello

- Corto.
- Piel exuberante.

Extremidades

- Manos pequeñas y anchas.
- Pliegue palmar único (pliegues simiescos).
- Clinodactilia.
- Algunos casos pueden ser acompañados de una polidactilia y sindactilia.
- Pies con amplio espacio interdigital entre el primer y segundo dedo.

Entre otras características clínicas del síndrome de Down están:

- Retardo del crecimiento.
- Retardo mental de diversos grados con un coeficiente intelectual que oscila entre 25 - 50.
- Hiperlaxitud ligamentosa.

- Hipotonía.
- Estreñimiento.
- Predisposición alta de leucemia, infecciones, disfunción tiroidea y envejecimiento prematuro y generalmente la aparición de signos de Alzheimer después de los 35 a 40 años.⁹

– **Consideraciones Odontológicas**

La cavidad bucal se verá afectada de acuerdo a factores predisponentes que dependen en gran medida de la condición biológica de la persona, existe una marcada influencia de los condicionantes psico-socio-culturales sobre el desarrollo de las afecciones patológicas orales.¹³

De acuerdo a la literatura se ha demostrado que la mayor afección en salud en personas con SD es la periodontitis. Y estudiosos del tema han encontrado que éstos presentan una mayor susceptibilidad a contraer esta enfermedad. La etiología de la enfermedad periodontal en esta población está asociada principalmente a factores sistémicos, genéticos e inmunológicos y entra dentro de la clasificación de periodontitis como manifestación de enfermedades sistémicas asociada a desórdenes genéticos.

La periodontitis en la persona con SD se presentará de la siguiente manera: bolsas periodontales profundas, acumulación importante de placa dental y gingivitis moderada. Se observan de forma generalizada y son de progresión rápida. Sin embargo, se agravan en el sector anteroinferior donde se presentan recesiones gingivales marcadas, lo que se encuentra relacionado con la inserción alta del frenillo lingual.¹¹

En cuanto a la dentición temporal y permanente suelen estar atrasados. La maloclusión, boca entreabierta, gingivitis y falla en la higiene, desencadena periodontitis, retracción gingival, movilidad dental y caída prematura del diente.¹²

En este contexto, los cuidados básicos para una correcta higiene bucal son fundamentales, pues permitirán prevenir la periodontitis y sus consecuencias además de otros problemas bucales derivados de la falta de higiene.¹¹

- **Consideraciones Sistemáticas**

Algunas de las consideraciones medicas especiales:

- Alimentación y crecimiento, el patrón de crecimiento es bastante similar entre personas con SD.
- Neurodesarrollo y problemas neurológicos, en la mayoría de los casos es leve a moderada, aunque varían en el tiempo, según factores ambientales y de salud. Las convulsiones están descritas hasta en 13%.
- Problemas cardiológicos.
- Problemas gastrointestinales, el reflujo gastroesofágico (RGE) y la constipación son frecuentes.
- Problemas respiratorios, malformaciones de vía aérea y pulmonares (quistes subpleurales, bronquio traqueal y broncomalacia) se han descrito en baja frecuencia y se manifiestan como neumonías recurrentes o atelectasia.
- Inmunidad, las infecciones respiratorias son frecuentes durante los primeros años de vida.

- Problemas hematológicos, en niños mayores y adultos el recuento de leucocitos tiende a ser menor, sin exponerlos a mayor riesgo.
- Problemas endocrinológicos, la enfermedad tiroidea ocurre en 28-40% y aumenta con la edad.
- Problemas otorrinolaringológicos, existe mayor incidencia de estenosis del conducto auditivo externo (CAE), otitis media serosa, infecciones óticas, rinitis crónica, sinusitis y pérdida de la audición.
- Problemas oftalmológicos, más de la mitad presentan desórdenes oftalmológicos con necesidad de tratamiento.
- Problemas dermatológicos, la sequedad de piel y fongos es frecuente y facilita grietas, fisuras y sobreinfección.
- Salud mental, La patología “dual” es hoy día conocida como la concomitancia de donde dos tipos de trastorno mental; en personas con SD, puede existir los trastornos del comportamiento psiquiátrico, déficit atencional, trastornos emocionales y de ansiedad, autismo, psicosis infantil y trastornos de adaptabilidad social.
- Salud dental, la maloclusión, boca entreabierta, gingivitis y falla en la higiene, desencadena periodontitis, retracción gingival, movilidad dental y caída prematura del diente.¹²

– **Trastorno del Espectro Autista**

La expresión Trastorno del Espectro Autista o TEA es el término con el que se conoce a un conjunto de dificultades y alteraciones que afectan al desarrollo infantil.¹⁴

La palabra autismo viene del griego auto, que quiere decir “propio, uno mismo”. El autismo es una condición que hace parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), los cuales abarcan desordenes severos del comportamiento, clasificados como autismo clásico, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, conocido también como autismo atípico.¹⁵

Actualmente, se dice “Trastorno del Espectro Autista” o TEA para tratar de abarcar el conjunto de trastornos que forman el grupo total de alteraciones, por lo que TEA es la expresión que usaremos en adelante para referirnos a la condición.¹⁴

– **Características de los Trastornos del Espectro Autista (TEA)**

Aptitudes o debilidades demostradas en tres áreas de desarrollo:

- Habilidades sociales.
- Habilidades comunicativas.
- Conducta repetitiva y restringida.

Las características pueden incluir, pero no están limitadas a lo siguiente:

- Poco contacto visual.
- Dificultad con entender las normas o expectativas sociales.
- Puede parecer distante y desinteresado en otras personas.
- Dificultad con responder a su nombre.

- Habilidades limitadas de lenguaje o ningún lenguaje verbal.
- Lenguaje extraño o peculiar (tono, inflexión, sonido agudo, otro).
- Repetición lo que dicen otros (por ejemplo, el guión de películas de cine o televisión).
- Comportamiento rígido o inflexible (por ejemplo, situaciones únicas o desconocidas, transiciones, cambios de rutina).
- El uso inadecuado de objetos; usarlos de una manera diferente del uso previsto.
- Un interés intensivo de temas específicos.
- Una reacción excesiva (hipo o híper) a estímulos sensoriales (sonido, olfato, vista, gusto, textura o tacto).
- Pensamiento literal y dificultad con conceptos abstractos (por ejemplo, las sutilezas de lenguaje tal como la ironía, humor, etc.).
- Conciencia deficiente de la seguridad.
- Dificultad con seguir reglas o instrucciones de múltiples pasos.¹⁶

La característica distintiva del TEA es la interacción social deficiente. Por lo tanto, tienen dificultad para interpretar lo que los demás están pensando o sintiendo porque no pueden entender las pautas sociales, como el tono de voz o las expresiones faciales, y no observan las caras de las otras personas para ver las pautas de conducta adecuada. Muchos niños con TEA se involucran en movimientos repetitivos como mecerse y dar vueltas, o en conductas

autoabusivas como morderse o golpearse la cabeza. Tienden a hablar después que los otros niños y pueden referirse a sí mismos por el nombre en lugar de «yo» o «mí».⁵

Es importante destacar que, el autismo clásico puede ser diagnosticado en niños antes de los tres años de edad y se presenta con una incidencia de 5,2 a 7,6 casos por 1000 nacidos, con una relación hombre mujer de 3:1 a 4:1, presentándose en mujeres con una severidad mayor.¹⁵

El autismo es una posibilidad dentro del abanico de los TEA, es una alteración que afecta al desarrollo del niño en la comunicación, el lenguaje, las relaciones sociales, al juego y la capacidad para enfrentarse a cambios y situaciones nuevas o para desarrollar comportamientos variados.¹⁴

Por otro lado, el autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo y con graves trastornos específicos del desarrollo y de la comprensión del lenguaje; se diferencia del autismo clásico en que este no posee todos los síntomas.

– **El síndrome de Rett**

Afecta solo a personas del sexo femenino, es un trastorno degenerativo que se observa a partir del quinto año de vida y consiste en la pérdida de las capacidades manuales ya desarrolladas.

– **En el síndrome de Asperger**

Los individuos tienen un aspecto externo normal, suelen ser inteligentes y no tienen retraso en el habla. Sin embargo, presentan problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presentan comportamientos inadecuados. La capacidad intelectual es normal o superior y generalmente son muy habilidosos para las matemáticas.¹⁵

Las características del TEA pueden presentarse en una persona diagnosticada con el trastorno de Asperger; mientras las personas con TEA puedan compartir algunos retos comunes, cada individuo tiene aptitudes y necesidades únicas.¹⁶

– **El trastorno desintegrativo infantil o síndrome de Heller**

Es caracterizado por una aparición tardía, después de los tres años de edad. Se caracteriza por la pérdida de las habilidades ya adquiridas, hay retraso en el desarrollo del lenguaje, la función social, las habilidades motrices y presencia de alucinaciones.¹⁵

– **Consideraciones Odontológicas**

En definitiva, el lavado de los dientes forma parte de la rutina diaria higiene de todas las personas. Puede representar un gran reto para las personas con autismo, pues suelen presentar varias dificultades (les molesta la sensación de tener la cara mojada, la textura o sabor de la pasta de dientes les es desagradable, a veces no saben escupir). Por esto, los niños con TEA deberían acudir a la consulta odontopediátrica tratando de generar una familiarización con la misma y crear una rutina en la higiene bucal. Es fundamental recordar que con el niño autista no hay lugar para la improvisación.⁵

En esta población la higiene oral deficiente está relacionada con la falta de motricidad manual y lingual para realizar un barrido de placa dental, además de presentar frecuentemente una resistencia a la higiene oral diaria, al cuidado por parte del profesional y de la familia. Aumentando severamente el índice de caries y enfermedad periodontal, pues se describen altos niveles de placa, gingivitis, cálculos, halitosis y remanente constante de comida cariogénica en la cavidad oral.¹⁵

Tanto como para realizar cualquier tratamiento odontológico, como para los posteriores métodos de educación para la salud que empleemos es muy importante desarrollar un protocolo de actuación.

En relación a la educación para los pacientes con TEA es muy común el:

- **Uso de pictogramas:** Consiste en desglosar la visita odontológica mediante apoyos visuales. Las personas con Trastornos del Espectro Autista son excelentes pensadores visuales, es decir, comprenden, asimilan y retienen mejor la información que se les presenta de manera visual. Frente a la información verbal (que utiliza el canal auditivo, es abstracta y desaparece), las imágenes permanecen en el tiempo e implican un menor nivel de abstracción.⁵

- **Consideraciones Sistemáticas**

Presentan alteraciones sistémicas como epilepsia, ansiedad, depresión y esquizofrenia se encuentran asociadas al síndrome, por lo tanto, el uso de antipsicóticos, anticonvulsivos, antidepresivos y sedantes es generalizado. Los medicamentos más utilizados son risperidona, ácido valpróico, lamotrigina, metilfenidato, carbamazepina, norepinefrina, serotonina y trazodona. Estos medicamentos pueden generar efectos adversos relacionados con problemas orales y sistémicos, como xerostomía, agrandamiento gingival, xialorrea, problemas de coagulación y náuseas.

Además, estos medicamentos presentan alto contenido de azúcar, lo que aumenta el riesgo de caries dental, por lo tanto, es recomendable que los pacientes se realicen una limpieza después de su consumo.¹⁵

– Retardo Mental

El retraso mental se define como una capacidad intelectual significativamente disminuida, que se manifiesta en el periodo del desarrollo madurativo, y que provoca deficiencias del comportamiento adaptativo y limita la funcionalidad del individuo en la sociedad.¹⁷

Se caracteriza por presentar una función intelectual por debajo del promedio general en pruebas (coeficiente intelectual < 70) y una disminución de las habilidades adaptativas, en el cual existe un estado particular de funcionamiento mental que inicia en la infancia o antes de los 18 años, que es el trastorno del desarrollo más común. El RM puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental.¹⁸

En este grupo se incluyen aquellos que presentan una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio, con afección del sistema nervioso central y origen multicausal, lo que se define como discapacidad o retraso mental.¹⁹

El trastorno autista y el retardo mental son dos de las patologías que hacen parte de las discapacidades del desarrollo, en las cuales se ha reportado la presencia de anomalías craneofaciales.¹⁸

Es posible aplicar diversos test a partir de los cinco años para valorar la inteligencia y por ello a partir de esta edad ya se puede emplear el término discapacidad intelectual.

– Clasificación

La tendencia actual es la de clasificar la discapacidad intelectual según el comportamiento del individuo en los dominios conceptual, social y práctico; es decir, valorar las habilidades del niño en diferentes campos como el lenguaje, el

aprendizaje, el razonamiento, la comunicación y participación social y el desempeño de actividades cotidianas.¹⁷

Por otra parte, la OMS presenta una clasificación básica del retardo mental, teniendo en cuenta el coeficiente intelectual: leve, moderada y severa, cada una de ellas con características específicas.

- **Leve**

Personas capaces de mantener una conversación sencilla. Alcanza la independencia para el cuidado personal (comer, asearse, vestirse, controlar esfínter, etc.). Desarrolla habilidades sociales y de comunicación desde edades tempranas. Suele presentar dificultades de aprendizaje generalizado.

- **Moderada**

Hay lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje. La capacidad de cuidado personal y las funciones motrices están disminuidas. La persona logra un desarrollo adecuado de la capacidad social, en cuanto a relacionarse con personas próximas de su entorno y a participar en actividades sociales simples.

- **Severa**

Se observa un desarrollo psicomotor muy limitado. La articulación con su entorno es difícil. La persona suele reconocer algunos signos y símbolos. Puede adquirir alguna destreza necesaria para la vida diaria, pero resulta difícil generalizarlo. Tiene alguna patología asociada, que implica una atención especializada.

- **Profunda**

En general, la persona presenta movilidad restringida o inexistente. Habitualmente, no controla esfínteres. Requiere supervisión y ayuda constantemente, suele presentar patologías asociadas.²⁰

- **Parálisis Cerebral**

La Parálisis Cerebral (PC) es una patología que afecta a 2 de cada 1000 niños nacidos vivos a nivel mundial. Se considera la causa más frecuente de discapacidad física en niños después de haberse instaurado la vacuna de la poliomielitis. Es una disfunción motora debido a una lesión encefálica no progresiva que incide tempranamente en un sistema nervioso central inmaduro, el paciente presenta retraso en el desarrollo psicomotor, retardo mental, retardo en el lenguaje, epilepsia y trastornos sensoriales, pueden verse defectos de visión, audición, anomalías en el habla y el lenguaje o alteraciones en la percepción; puede ir acompañada de retraso mental o de epilepsia (Malagon Valdez; Morales Chávez, 2008; Sáez Cuesta et al.).

- **Consideraciones Odontológicas**

Se han encontrado una gran incidencia de anomalías dentomaxilares y disfunción oral en niños con parálisis cerebral, tales como: mordidas abiertas esqueléticas, crecimiento dolicofacial, mordidas clase II esquelética, disfunción articulación temporomandibular, asimetrías faciales e incompetencia labial. También pueden presentarse traumatismos dentales, bruxismo y hábitos como la interposición lingual, respiración bucal o deglución atípica. La incidencia de caries es similar a la población general pero las lesiones son más extensas debido a la deficiente atención odontológica que reciben (Barrionuevo & Solís, 2008; Navarro Melendro & Restrepo Ibiza, 2005; Sáez Cuesta et al.; Soto-Veliz et al., 2009).²¹

Esto indica que los estudios relacionados con la prevención y salud bucal se ven afectados por la baja motricidad de las diversidades funcionales.

Cabellos D. (2006) relaciono el nivel de conocimiento de higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluó la higiene bucal de los niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, teniendo una muestra de 90 personas entre padres e hijos (Síndrome de Down, Retardo Mental, Autismo), obteniendo como resultado un nivel de conocimiento regular en los padres y con un IHOS malo en los niños.²²

Perez R. (2015) su estudio determinó el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales del distrito de Trujillo, 2015. Se encontró en una muestra de 192 padres que el nivel de conocimiento de salud oral de los padres era regular (40.10%).²³

1.1.3 Prevención

La organización mundial de la salud OMS define a la salud bucodental como la ausencia de dolor orofacial crónico. En 1948, la Salud, fue definida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y en 1986, surge otro concepto de salud como “recurso para la vida y no como objetivo de vida”.²⁴

La prevención es la piedra angular de la atención médica en el mundo, razón por la cual la estomatología debe ser cada vez más preventiva y educacional. La atención debe ir dirigida muy especialmente a la población infantil, privilegiada con respecto a otros grupos de edades.²⁵

Generalmente, el componente promocional está compuesto por acciones de fomento, educación para la salud y de empleo de estrategias de la promoción de la salud, mientras el componente preventivo emplea generalmente el uso de flúor por distintas vías o colocación de sellantes de fosas y fisuras.²⁴

El cuidado odontológico es el principal tema de salud no atendido en los niños con necesidades especiales. En todos los sectores económicos, los niños con necesidades especiales tienen casi el doble de posibilidades de no tener atención odontológica que sus compañeros sin necesidades especiales.

En nuestro papel como higienistas es muy importante lograr disminuir el riesgo de enfermedad oral mediante la creación de programas preventivos individualizados.⁵

En personas especiales o alguna discapacidad, la salud oral está estrechamente vinculada a la salud general y bienestar de cada persona. Estos pacientes tienen mayor riesgo a adquirir enfermedades orales, las cuales pueden tener un impacto directo y fatal en su salud, sobre todo en aquellos que tienen ciertos problemas asociados, como inmunocompromiso o con problemas cardiovasculares asociados, ya que la enfermedad dental en estos casos se puede complicar ocasionando septicemias, endocarditis, entre patologías.²⁶

Existen algunas investigaciones en los padres o tutores y profesores sobre el nivel de conocimiento sobre prevención, salud higiene oral y temas en específico como pastas dentales infantiles fluoradas, sellantes de fosas y fisuras, etc.

Es cierto que la higiene oral es una actividad preventiva y necesaria para generar buenos hábitos que va mejorando y llegando a la población por medio de programas preventivos y así ser transmitida a nuevas generaciones.

Es por estas razones que se han realizado diversos estudios para poder determinar el nivel en el que se encuentran los padres y tutores sobre cuánto conocen o están informados de temas interconectados como prevención, higiene, salud bucal con relación a personas con alguna diversidad funcional.

Marchena Z. (2015) evaluó si existía relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades

diferentes del Centro de Educación Básica Especial La Victoria – 2015. Se encontró un nivel malo coincidente entre padres y niños. Recomendando implementar un curso sobre higiene personal, involucrando a los padres.²⁷

Tenazoa T. (2017) el propósito de este estudio fue mostrar la relación del nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales con el Índice de Higiene Oral de sus respectivos niños del Centro Educativo Especializado CEBE Iquitos de la ciudad de Iquitos, con una muestra de 60 niños con sus respectivos padres. Obteniendo un resultado regular entre padres e hijos.²⁸

Debemos dar consejos y centrarnos en la educación para la salud de padres y educadores con el objetivo de que estos procedimientos tengan continuidad en el hogar y en los centros educativos.

– **Programa Preventivo**

El uso del flúor, es la medida preventiva más difundida y con mayor repercusión en la prevención de la caries dental en la población. Sin embargo, el flúor debe considerarse como un medicamento, y como tal, contar con la supervisión del médico pediatra, médico de familia u odontopediatras para evitar su empleo de manera indiscriminada (Barbería et al., 2005).²⁹

En este sentido los programas preventivos que usan flúor por vía sistémica son eficaces y tienen un alto costo beneficio. Sin embargo, el empleo de programas de fluorización con sal tiene mayor posibilidad de cubrir a toda la población.

– **Programas Promocionales**

Son aquellos que demuestran eficacia en el mejoramiento de conocimientos y actitudes al estar dirigidos a niños, padres de familia y profesores.

Los programas que combinan ambos componentes preventivos y promocionales han logrado resultados más eficaces, que aplicados individualmente. Por ello, es importante que todo programa tenga ambos componentes.²⁴

– **Estrategias básicas para la prevención**

Instruir a los padres y/o tutores es imprescindible y debe ser la primera medida para asegurar los hábitos higiénicos dietéticos apropiados y de manera diaria en la persona con diversidad funcional, ya que éstos tienen un riesgo más elevado de padecer patologías bucales y éstas pueden poner en peligro la salud general, por lo que las estrategias de prevención se vuelven de fundamental importancia.

– **Cepillado dental**

El cepillado dental, el uso del hilo dental son las principales armas para evitar las enfermedades bucales. Sin embargo, cuando un individuo ve reducida su capacidad para poder realizar tareas básicas como alimentarse, vestirse o comunicarse, la higiene oral se transforma en una tarea compleja. Sin una adecuada higiene bucal, la persona es vulnerable a la caries y a la gingivitis entre otras enfermedades orales. Los profesionales dentales deben conocer y enseñar las técnicas de cepillado dental incluyendo las diferentes posiciones para llevarla a cabo.

La pasta dental debe tener una alta concentración en fluoruro, el cepillado debe ser por lo menos de dos veces al día. Los cepillos dentales pueden ser modificados para el uso, comodidad y que sean capaces de realizarlo por sí mismos; los cepillos dentales eléctricos cumplen mejor con el objetivo, el cual es eliminar la placa dentobacteriana sin dañar los tejidos periodontales.

– **Hilo Dental**

Es útil y de uso diario para prevenir la acumulación de placa; éste con soporte es de gran ayuda cuando los pacientes tienen déficits motores y les es difícil introducir las manos en la boca; los padres o tutores deben ayudarles si ellos no son capaces de hacerlo de la manera correcta.

– **Flúor, sellantes y enjuague**

Otros instrumentos de prevención son los selladores, ya que reducen el riesgo de caries en áreas susceptibles de dientes primarios y permanentes; el fluoruro tópico a través de gel, enjuague bucal, barniz o aplicación profesional; restauraciones temporales con ionómeros que liberan fluoruro también son útiles como tratamientos preventivos o terapéuticos principalmente para aparatología de ortopedia y ortodoncia; y en casos de gingivitis o periodontitis, los enjuagues bucales con clorhexidina pueden ser útiles. Para los pacientes que quizá puedan tragarse el enjuague, se recomienda utilizar un cepillo o un hisopo para aplicar el enjuague directamente en los dientes.

1.1.4 Salud bucal

La salud oral está estrechamente vinculada a la salud general y bienestar de cada persona. Estos pacientes tienen mayor riesgo a adquirir enfermedades orales, las cuales pueden tener un impacto directo y fatal en su salud, sobre todo en aquellos que tienen ciertos problemas asociados, como inmunocompromiso o con problemas cardiovasculares asociados, ya que la enfermedad dental en estos casos se puede complicar ocasionando septicemias, endocarditis, entre otras patologías.

Entonces, la salud oral es un elemento imprescindible de la salud en general, ayuda al bienestar del individuo, impide el dolor y suscita una buena calidad de vida. Además, una buena salud oral acrecienta las probabilidades de nutrición

equilibrada, lenguaje y apariencia adecuados, tan trascendentales en una persona cuyas capacidades físicas o mentales se encuentran con alguna limitación. Por lo anterior es importante crear concientización entre los profesionales de salud y la población en general, acerca del tipo de cuidados que requiere estos grupos vulnerables para prevenir y evitar las enfermedades orales.²⁶

La falta de conocimiento para desarrollar en ellos un tratamiento conservador, por parte del odontólogo llevan a las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención (Pirela de Manzano et al., 1999).

Estos pacientes requieren maniobras, equipamientos y personal de ayuda especial, con capacidad de atender en el consultorio odontológico las necesidades que éstos generan, es decir, que escapen a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud bucodental de la población en general. Frecuentemente nos encontraremos a estos pacientes solicitando tratamiento odontológico en los servicios públicos, privados y universitarios.³⁰

Es por esto que, para que la respuesta sea eficaz y eficiente se debe crear un cambio en la atención odontológica de pacientes especiales, basadas en estudios epidemiológicos que permitan determinar la magnitud y distribución del problema (Escudero, 2010; Malagon Valdez, 2007; Sáez Cuesta et al., 2008), teniendo en cuenta la intervención de factores externos, cuyo control contribuya a modificar la situación de salud oral.

Es importante que busquemos iniciar un proceso donde se le otorgue más importancia en cuanto al cuidado de salud bucal para personas que se encuentren en esta condición, de modo que padres y encargados puedan brindar este cuidado mediante informaciones obtenidas y así poner en práctica el conocimiento adquirido en el mejoramiento de la salud oral de la población.

1.2 Marco Conceptual

Prevención: Prevención es la acción y efecto de prevenir (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo). El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Esto se puede apreciar en los dichos populares “más vale prevenir que curar” y “mejor prevenir que curar”. Puesto en otras palabras, si una persona toma prevenciones para evitar enfermedades, minimizará las probabilidades de tener problemas de salud. Por lo tanto, es mejor invertir en prevención que en un tratamiento paliativo.³⁴

Salud Bucal: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud bucodental como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros. La salud bucal es todo aspecto que indique que nuestra cavidad bucal se halla en buenas condiciones y sus componentes funcionen de manera correcta.³⁵

Higiene oral: Representa un método eficaz para mantener una buena salud oral porque contribuye a la prevención de las dos enfermedades orales más frecuentes: la caries dental y la enfermedad periodontal. La higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.³⁶

Conocimiento: Es el proceso progresivo y gradual que el hombre desarrolla para aprender su mundo y realizarse como individuo, y especie. Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).²

Distrofia Muscular: Es una enfermedad en la que los músculos del cuerpo se vuelven más y más débiles, poco a poco van dejando de funcionar. Los músculos y las membranas necesitan muchos tipos de proteínas distintas para mantenerse sanos.³⁷

Deficiencia: Es, según la OMS, toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.³⁸

Discapacidad: Es, según la citada clasificación de la OMS, “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible.³⁹

Síndrome: Es el conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad o el conjunto de fenómenos característicos de una situación determinada.⁴⁰

Pliegues epicánticos: Es piel del párpado superior que cubre el ángulo interno o canto del ojo. El pliegue va desde la nariz hasta el lado interno de la ceja.⁴¹

Clinodactilia: o Síndrome de Catel Manzke son las desviaciones de los dedos en el plano transversal. Pueden ser congénitas o adquiridas, así mismo se pueden dividir en reductibles (nos permiten colocar el dedo en una posición correcta, sin dolor) e irreductibles.⁴²

Hiperlaxitud: Una Articulación se denomina hiperlaxa cuando su rango de movimiento excede el rango normal para un individuo, la rigidez de una articulación está determinada por la musculatura y los ligamentos y si la musculatura está bien, entonces este exceso de rango articular se debe al aumento de la "laxitud" (Distensión, Flojera, relajación) de los

ligamentos en las articulaciones, los que padecer hiperlaxitud las conocemos como personas "elásticas" o incluso "contorsionistas".⁴³

Neurodesarrollo: Es un proceso dinámico de interacción entre el organismo y el medio que da como resultado la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso, el desarrollo de las funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.⁴⁴

Fanéreos: Son estructuras complementarias y visibles sobre la piel o que sobresalen de ella. Son faneras las uñas y los pelos en los seres humanos y las plumas, pezuñas, escamas y cuernos en otros animales. Las faneras, junto a la piel, constituyen el sistema integumentario.⁴⁵

Trastornos neurológicos: Son enfermedades del sistema nervioso central y periférico, es decir, del cerebro, la médula espinal, los nervios craneales y periféricos, las raíces nerviosas, el sistema nervioso autónomo, la placa neuromuscular, y los músculos.⁴⁶

Trastorno degenerativo: Se conoce como trastorno degenerativo, por lo tanto, a la enfermedad que daña un órgano o un tejido y cuyos efectos se agravan con el paso del tiempo.⁴⁷

Trastorno desintegrativo: También conocido como síndrome de Heller o psicosis desintegrativa, es una enfermedad rara caracterizada por una aparición tardía (>2 años de edad) de retrasos en el desarrollo del lenguaje, la función social y las habilidades motrices.⁴⁸

Coeficiente intelectual: El coeficiente intelectual, también conocido como cociente intelectual, es un número que resulta de la realización de una evaluación estandarizada que permite medir las habilidades cognitivas de una persona en relación con su grupo de edad.⁴⁹

Capítulo II: El Problema, Objetivos, Hipótesis y Variables

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

Se reconoce que actualmente la prevención sobre salud bucal es la actividad para evitar una mala higiene oral, es por ello que las autoridades apoyan mediante campañas de prevención. También, es cierto que al realizar una buena higiene oral se evitará problemas como caries dental, gingivitis y otros problemas bucales. Además, favorece a establecer mejores hábitos de higiene y obtener una buena salud bucal a todas personas sin diferencia de raza, sexo y edad.

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha identificado una deficiente salud bucal en la mayor parte de la población mundial, es por esto que se obtiene una alta prevalencia de caries dental y enfermedad gingival. Mencionado lo anterior, puede aplicarse medidas preventivas para controlar y mejora la salud bucal.

A nivel de Latinoamérica, existe una gran preocupación por la prevención transmitida a la población. Existiendo estrategias o programas preventivos que cuentan con el apoyo de los Gobiernos de Estado, Ministerio de Salud, así como de empresas privadas, sin embargo, algunos de estos no están siendo vigilados y controlados para que se pueda evaluar su efectividad, especialmente en grupos de vulnerabilidad social.

En nuestro país, sobre las estrategias de salud pública adoptadas por el MINSA: se pueden mencionar actividades preventivas y promocionales y la fluorización de la sal. Sin embargo, el gran problema es que estas medidas no poseen ningún programa de seguimiento y control, como para determinar si llega a toda la población. Es por esto que se determinará cuan deficiente o bueno es el nivel de conocimiento de los padres.

Por otra parte, el distrito de San Juan de Lurigancho está conformado por 1 millón 128 mil pobladores, al ser un distrito muy poblado y con diversidad económica la información sobre prevención de higiene bucal no cubre y tampoco es recepcionada por igual.

El CEBE Señor de Esperanza, está conformada por una plana de docentes especialistas en áreas de terapias para mejorar la calidad de vida de los niños que asisten al centro, a partir de la deficiencia motriz se tiene en cuenta que el estado de salud general se ve afectado de alguna manera; la salud bucal es un aspecto no menos importante, donde presentan deficiencia en habilidades para poder realizar una técnica de cepillado correcto, como consecuencia a través del tiempo tendrá como resultado caries dental. Es por eso, que necesitan de la ayuda de los padres de familia para poder realizar la higienización bucal.

Teniendo en cuenta lo descrito, la prevención sobre salud bucal es un tema de consciencia, motivación y preocupación para toda la población de San Juan de Lurigancho como del CEBE Señor de la Esperanza; por el tipo de alumnos que tiene; es por ello que son los padres o apoderados como principales transmisores de información de cómo deberían realizar la prevención bucal.

En caso no se hiciera la presente investigación, los padres o apoderados seguirán no teniendo los conocimientos básicos, sobre la importancia de transmitir buenos hábitos de higiene bucal en los niños con diversidad funcional, afectando su salud bucal.

El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de conocimiento sobre la importancia de la prevención que presentan los padres que tienen niños con diversidad funcional, de acuerdo a los resultados en un futuro realizar un plan preventivo para ser aplicado en el CEBE Señor de la Esperanza, con el fin de acentuar la importancia que tiene el conocimiento de la salud bucal en los padres, y motivarlos a efectuar una buena higiene bucal en los niños con deficiencia funcional, mejorando su calidad de vida.

2.1.2 Antecedentes Teóricos

Cabellos D. (2006) En Perú, realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo correlacional, así mismo según el periodo y secuencia del estudio es transversal; en una muestra de 90 personas entre padres y sus respectivos hijos (Síndrome Down, Autismo, Retardo mental) evaluando en la primera fase, el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas, dividido en cuatro partes: 3 preguntas sobre elementos de higiene bucal, 3 preguntas sobre hábitos de higiene bucal, 3 preguntas sobre patología bucal relacionada a la higiene bucal y 3 preguntas sobre técnicas de higiene bucal. La segunda fase de investigación consistía en realizar el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Se obtuvo como resultado un nivel regular de conocimiento en los padres, con un 68.9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9% estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un $p < 0,05$ y una correlación inversa regular, $p = -0,58$ con un $p < 0,05$ es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.²²

Holguin L. y Oyola M. (2014) En Perú, realizaron una investigación en una clínica de Lambayeque en el periodo del 2014. Estudio de corte transversal, descriptivo y de tipo no experimental, que incluyó un total de 70 padres de familia y cuidadores. Se utilizó un cuestionario, de 12 preguntas sobre elementos, hábitos de higiene, patologías bucales y técnicas de higiene. Los datos fueron ingresados en programas de Microsoft Excel y SPSS versión 20.0. Los resultados obtenidos

en la investigación determinaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral con un 68,6% en los padres de familia y 2,9% en los cuidadores, se logró determinar respecto al nivel de conocimiento de los padres de familia, que el sexo femenino alcanzo mayor porcentaje correspondiendo al nivel de conocimiento regular, por lo tanto también se determinó según el tipo de discapacidad del niño , que la parálisis cerebral alcanzo el mayor porcentaje y corresponde al nivel de conocimiento regular. Se concluyó que existe un nivel de conocimiento regular sobre salud oral entre padres de familia y cuidadores de la Clínica San Juan de Dios.³¹

Rueda M. e Isidro L. (2014) En México, evaluó mediante una investigación de tipo observacional, prospectivo y transversal en el centro de atención múltiple no. 4, de Villahermosa, Tabasco, diseñándose un instrumento para determinar los índices de caries, obturados y perdidos, el estado de salud periodontal se determinó a través de la inspección clínica tomando en cuenta la presencia de inflamación gingival. Se utilizó el IHOS para determinar el grado de higiene bucal y para determinar las maloclusiones se utilizó la clasificación molar de Angle en dentición permanente y los planos terminales en dentición temporal. La población de estudio estuvo constituida por 48 infantes (19 del sexo femenino y 29 del sexo masculino) de edades entre 4-15 años. Resultados. El sexo femenino presento una media de dientes cariados de 4.6%, la de dientes obturados fue de 3.3%, de dientes perdidos temporales fue de 1%, dientes perdidos permanentes 1%, extracciones indicadas 6.5%. Sexo masculino: Cariados 5%, Dientes Obturados 2.25%, Dientes perdidos permanentes 2.5%, Dientes Presentes 26.6%, Extracciones indicadas 3.3%. El 62% presentó gingivitis y el 78% presentó PDB. El 37% presentaron algún tipo de maloclusión.³²

Pérez R. (2015) En Perú, realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los padres con niños con habilidades especiales de Trujillo en el año 2015. La muestra estuvo conformada por 192 padres de niños con habilidades especiales que tenían de 1 a 18 años. El nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (46.55%) según el género y no

existió diferencia estadísticamente significativa. Según la edad el nivel de conocimiento fue regular siendo 41.46% y 41.27% para los grupos de 20 - 30 y 30 - 45 años respectivamente, existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años siendo 36.17% ($p=0.0425$). Así mismo, según el grado de instrucción se encontró que el nivel de conocimiento fue regular siendo 33.78% para los de nivel primaria, 47.89% para los de secundaria, y 38.30% para los de nivel superior existiendo diferencia significativa entre los de nivel primaria con los de nivel secundaria y superior ($p=0.0289$). Concluyendo que es necesario implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal incluyendo la higiene bucal en padres y en niños con habilidades especiales.²³

Marchena Z. (2015) En Perú, en este trabajo la investigación es de tipo cuantitativa, transversal y correlacional relacionando el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del Centro de Educación Básica Especial La Victoria – 2015. La muestra estuvo conformada por 34 padres y sus respectivos hijos con habilidades diferentes. En la primera etapa de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres, para lo cual se aplicó un cuestionario de 16 preguntas, dividido en 4 segmentos: 1er segmento sobre elementos de higiene bucal, 2do segmento sobre hábitos de higiene bucal, 3er segmento sobre patologías bucales y el 4to segmento sobre técnicas de higiene bucal. En la segunda etapa se evaluó el índice de higiene oral de los niños con habilidades diferentes utilizando el índice de Greene y Vermillon. Se encontró un nivel de conocimiento regular de los padres (52.9%); el índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo, con un 79.4%. Existió una relación significativa directa de grado fuerte (0,693) entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes. Se recomienda implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal, incluyendo la higiene bucal, involucrando a los padres de familia.²⁷

Chileno M. (2016) En Perú, el estudio que realizó es descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 84 escolares con discapacidad de 3 a 20 años y sus padres. La evaluación del conocimiento sobre salud oral de los padres se realizó mediante un cuestionario, clasificándolos en 3 grupos de nivel de conocimiento sobre salud oral bueno, regular y deficiente, de acuerdo a la escala de Estaninos. Luego se evaluó la higiene oral y el índice ceod/CPOD en los escolares discapacitados. Los resultados han evidenciado un deficiente conocimiento de los padres sobre salud oral (47,6%) y una higiene oral mala en los escolares (45,2%). El ceo-d más alto pertenece a los escolares con Deficiencia auditiva ($5 \pm 1,89$), mientras que el CPO-D más alto fue del retardo mental (4 ± 3). Se estableció una relación significativa entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y la higiene oral de los escolares discapacitados a la prueba X² ($p < 0,05$). Existe una moderada relación directa ($r = 0,502$). Se estableció una relación significativa ($p < 0,05$) e inversa ($r = -0,328$) entre el conocimiento de los padres sobre salud oral y la experiencia de caries en los escolares discapacitados con el análisis de Correlación de Spearman.⁴

Luna Y. (2016) En Perú, la investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 33 padres de familia, 9 profesores de la institución y 33 niños con capacidades especiales respectivamente, para determinar el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario dirigido a padres de familia y profesores; para la obtención de datos de índice de higiene oral los niños fueron examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda. Y para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, la prueba estadística de Independencia de Chi-cuadrado de Pearson. Se obtuvo como resultado, el nivel de conocimiento tanto de padres de familia como profesores de la institución educativa especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno fue regular (56,4%); y tiene relación con el Índice de higiene oral que también fue regular (75%). Se concluyó que, si existe una relación entre el nivel de conocimiento de los padres y profesores con el Índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales, de acuerdo a

los resultados mientras más alto es el nivel de conocimiento mejor es el índice de higiene oral.³³

Tenazoa T. (2017) En Perú, el propósito de este estudio relacionar el nivel de conocimiento de los padres y la higiene oral de los niños con habilidades especiales en la ciudad de Iquitos, la muestra de los niños con habilidades especiales fue de 60 niños (Síndrome Down, Retardo Mental, autismo) con sus respectivos padres. En primer lugar, de nuestra investigación se dispuso a evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal, que se llevó a cabo por medio de un cuestionario de 17 preguntas, que estuvo dividido en cinco partes: 2 preguntas sobre placa bacteriana, 2 preguntas sobre caries dental, 2 preguntas sobre enfermedad periodontal, 8 preguntas sobre prevención en salud bucal, 3 preguntas sobre información general. En segundo lugar, de nuestra investigación se centró en demostrar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales y el Índice de Higiene Oral Simplificado de los respectivos niños, obteniendo los resultados de regular nivel de conocimiento en los padres, con un 20%, y el índice de higiene oral encontrado fue regular con un 48,3% estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHOS de los niños y el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales.²⁸

2.1.3 Definición del Problema

2.1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?

2.1.3.2 Problemas específicos

A. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?

B. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?

C. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionado con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?

D. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre técnica de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La finalidad del presente estudio es determinar cuánto es el conocimiento de los padres que tienen niños con diversidad funcional sobre prevención en higiene bucal, de esta manera, ayudar a transmitir información y buenas prácticas higiénicas, organizando programas preventivo a los padres y niños que conforman el centro educativo; ya que los niños con diversidad funcional debido a sus limitaciones mentales o físicas no pueden realizar una correcta higiene en algunos casos y son los padres los que los apoyan en sus actividades diarias. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se conseguirá conocer en qué nivel se encuentran los padres y también de esta manera, el CEBE Señor de la Esperanza tendrá un panorama en el cual trabajar tanto en docentes, padres y

alumnos solicitando o aceptando la ayuda de profesionales de la salud para aclarar las dudas y mejorar el estado de salud bucal de los niños que lo conforman.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

A. Determinar el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.

B. Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.

C. Determinar el nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionado con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.

D. Determinar el nivel de conocimiento sobre técnica de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.

2.2.3 Delimitación del Estudio

– Delimitación Espacial

El estudio se realizó en el CEBE Señor de la Esperanza, que está situado en el distrito de San Juan de Lurigancho.

– Delimitación Temporal

La presente investigación se realizó en el semestre académico 2017 – II, que estuvo comprendido entre los meses de noviembre a diciembre del año en mención.

– Delimitación Social

La investigación servirá para determinar si los padres de niños con diversidad funcional que asisten al CEBE Señor de la Esperanza tienen conocimientos sobre prevención en higiene bucal, con la finalidad de determinar en qué nivel de conocimiento se encuentran los padres.

– Delimitación Conceptual

La prevención en higiene bucal es importante para mejorar el estado de salud de la cavidad oral, es importante que los padres de familia tengan conocimientos sobre el tema y así mejorar la salud de la cavidad bucal sobre todo en los niños con discapacidad funcional.

– Delimitación Metodológica

El estudio se llevará a cabo bajo modelo descriptivo mediante encuestas que serán realizadas a los padres de niños con diversidad funcional del CEBE Señor de la Esperanza, quienes se someterán a los procesos planificados por

el asesor, permitiendo de esta manera determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en higiene bucal.

2.2.4 Justificación e Importancia del Estudio

Dentro de la población peruana se cuenta con un grupo de personas con algún tipo de discapacidad mental y/o motora (Síndrome de Down, trastorno del espectro autista, retardo mental o parálisis cerebral); de la cual se toma como principal problema la poca información sobre prevención en salud bucal.

Las personas con habilidades diferentes presentan dificultades motoras o mentales, debido a estas características dependen de la ayuda de un familiar o apoderado.

Se tiene en cuenta que son los padres quienes tienen la mayor responsabilidad en ser los mejores transmisores de información y prácticas sobre el buen cuidado de la salud bucal.

Este estudio evaluará el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres de familia que tienen niños con deficiencia funcional en el CEBE Señor de la Esperanza, aportará información que servirá como material de apoyo para en el futuro realizar nuevas investigaciones y programas preventivos que pueda llegar a más personas.

2.3 Variables

2.3.1 Variables e Indicadores

En el presente estudio participará una variable independiente con sus respectivos indicadores:

Variable independiente:

- Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.

Indicadores:

- Elementos de higiene bucal: Preguntas del 1, 2, 3.
- Hábitos de higiene bucal: Preguntas del 4, 5, 6.
- Patologías bucales relacionada con la higiene bucal: Preguntas del 7, 8, 9.
- Técnica de higiene bucal: Preguntas del 10, 11,12.

Capítulo III: Método, Técnica e Instrumentos

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población de estudio estuvo conformada por los padres de familia que tengan niños con diversidad funcional y estén matriculados en el CEBE Señor de la Esperanza, son un total de 100 padres, en el año 2017.

3.1.2 Muestra

Para el presente estudio la muestra fue no aleatoria por conveniencia, que estuvo constituida por 60 padres de familia, que se determinaron usando los criterios de inclusión y exclusión, que se muestra a continuación.

3.1.2.1 Criterios de Inclusión

- Madres o padres que asistan al CEBE Señor de la Esperanza.
- Madres o padres que hayan firmado el consentimiento informado.
- Madres o padres de edades mayores de 30 y menores de 50 años.
- Madres o padres que estén interesados en participar en el estudio.

3.1.2.2 Criterios de Exclusión

- Madres o padres que no hayan firmado el consentimiento informado.
- Madres o padres que tengan menos de 30 años o mayor de 50 años.
- Madres o padres que no muestren interés en participar en el estudio.

3.2 Diseños Utilizados en el Estudio

3.2.1 Diseño

Descriptivo

3.2.2 Tipo de Investigación

Transversal, Prospectivo y Observacional.

3.2.3 Enfoque

Cuantitativo

3.3 Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

El presente proyecto de investigación se presentó a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para que emitan la autorización respectiva para desarrollar el proyecto.

Se presentó un documento para solicitar la autorización para la ejecución del proyecto a la Directora del CEBE Señor de la Esperanza, quien dio su aprobación.

Luego, se solicitó a la Directora que determine una fecha y hora para ejecutar la investigación que fue aplicada en los padres de familia.

Después, se les explicó a los padres de familia, la importancia que tiene el proyecto de investigación que se ejecutó por medio de una encuesta y sobre el consentimiento informado que firmaron antes de realizar la encuesta.

Por último, se entregó la encuesta a los padres de familia que hayan firmado el consentimiento informado, y así se recolectó los datos para la investigación.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento de recolección de datos que se aplicó en la presente investigación es un cuestionario que se utilizó en la investigación “Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú”²² y cuyo autor es Cabellos Alfaro, Doris Agripina.²² perteneciente a la Universidad Mayor de San Marcos, con el fin de establecer una relación entre el IHOS de los niños con discapacidad y el nivel de conocimiento de los padres mediante un cuestionario, que contó con datos de filiación y 12 preguntas referidas a prevención en salud bucal.

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario que cuenta con una primera parte donde llenaron datos generales, como diagnóstico del niño, edad del niño, edad y sexo de los padres de familia. También, el cuestionario tiene una introducción donde se explicó el motivo de la encuesta.

En segundo lugar, las preguntas sobre:

1. Elementos de higiene bucal

2. Hábitos de higiene bucal.

3. Patologías bucales relacionadas con la higiene bucal.

4. Técnicas de higiene bucal.

Cada una está conformada por 3 preguntas. Las preguntas tienen 4 alternativas de respuesta cada una.

Se evaluó mediante la categoría de bueno, regular y deficiente, de acuerdo al número de respuestas correctas.

Las preguntas son las siguientes:

1. ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?
2. ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?
3. ¿Qué características debe tener un cepillo dental?
4. ¿Principalmente cuándo Ud. cree que debe cepillarse los dientes?
5. ¿Cuántas veces se cepilla al día?
6. Es un mal hábito.
7. La placa bacteriana es
8. La enfermedad periodontal es.
9. ¿Qué es la caries?

10. Has recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.

11. ¿Cuántas veces se cepilla al día?

12. ¿Cuánto tiempo usted se demora en cepillarse los dientes?

Para medir el conocimiento se usó la siguiente escala:

| Preguntas acertadas | Nivel de conocimiento |
|---------------------|-----------------------|
| 0 – 4 | Bajo |
| 5 – 8 | Regular |
| 9 – 12 | Alto |

3.4 Procesamiento de Datos

El procesamiento de datos se realizó mediante el tratamiento estadístico en donde el análisis de los datos obtenidos implicó dos tipos de análisis:

- Análisis descriptivo, es donde se da la estadística descriptiva del objetivo general y los objetivos específicos descritos y el porcentaje de las mismas.
- Análisis exploratorio inferencial, donde los resultados del cuestionario que se aplicó a los padres de familia encuestados se presentó de forma organizada en tablas y gráficos, de acuerdo al objetivo general y específicos que se plantea en la presente investigación.

Se realizó el procesamiento de datos mediante el programa SPSS versión 20.0 y la creación de una base de datos mediante el programa Microsoft Excel 2010; se utilizó una laptop de marca HP con procesador AMD Turion X2 RM – 70 (Dual – Core/ 2000 MHz) y pantalla LED 15.4”.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados

4.1 Presentación de Resultados

En la presente investigación se evaluó el nivel de conocimiento de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza, realizando un estudio con una muestra de 60 padres de familia mediante la encuesta que se usó en la investigación “Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú”²², en la que se evaluaron cuatro dimensiones de prevención en salud bucal, el cual fue llenado por los padres de familia del CEBE Señor de la Esperanza. Luego de obtenidos los resultados de la investigación, se realizó el análisis de los datos obtenidos, que a continuación se mostrarán mediante tablas y gráficos.

Tabla N° 01

Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

| Nivel de conocimiento | N° | % |
|-----------------------|----|------|
| Malo | 16 | 27,6 |
| Regular | 29 | 48,9 |
| Bueno | 15 | 25 |
| Total | 60 | 100 |

En la tabla N° 01 se observa que el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, del total de 100% (60); el 48.9% (29) presenta un nivel de conocimiento Regular.

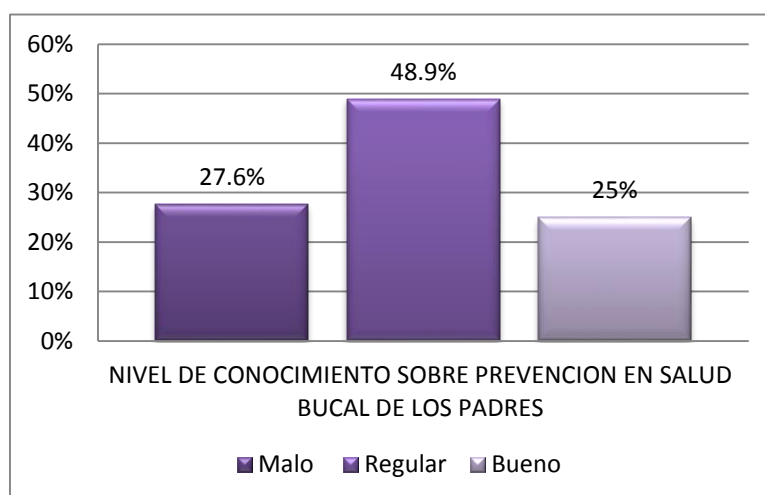


Gráfico N° 01

Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

Tabla N° 02

Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

| Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal | Nº | % |
|--|----|------|
| Malo | 11 | 18.3 |
| Regular | 30 | 50 |
| Bueno | 19 | 31.7 |
| Total | 60 | 100 |

En la tabla N° 02 se observa que el nivel de conocimiento elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, del 100% (60); el 50% (30) presenta un nivel de conocimiento Regular.

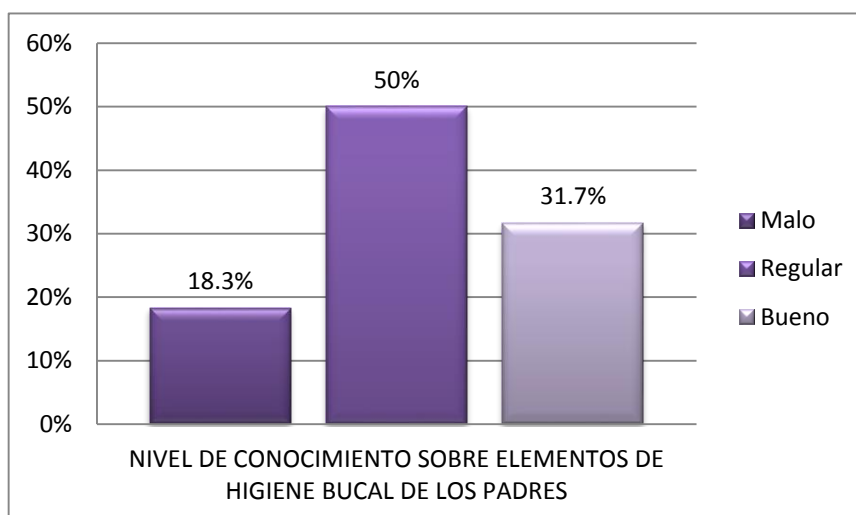


Gráfico N° 02

Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

Tabla N° 03

Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

| Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal | Nº | % |
|--|----|-------|
| Malo | 4 | 6.7 |
| Regular | 38 | 63.33 |
| Bueno | 18 | 30 |
| Total | 60 | 100 |

En la tabla N° 03 de nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, del total de 100 % (60); el 63.3% (38) presenta un nivel de conocimiento Regular.

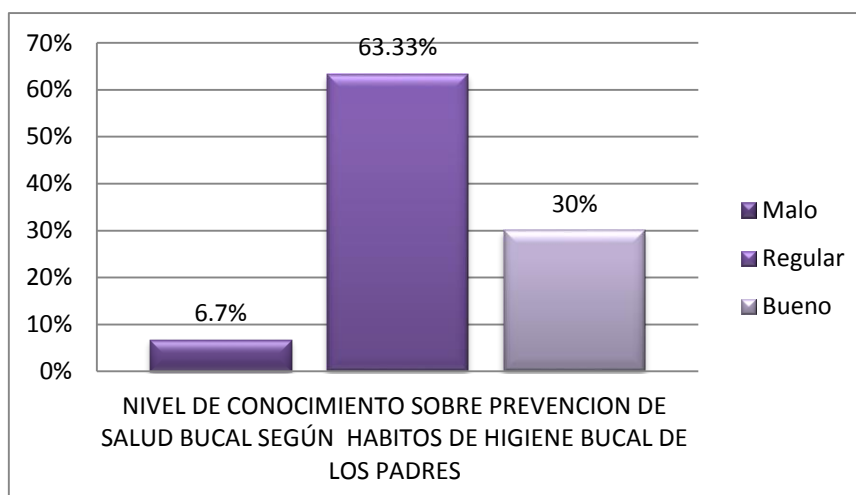


Gráfico N° 03

Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

Tabla N° 04

Nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionadas con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

| Nivel de conocimiento sobre patologías bucales | N | % |
|--|----|------|
| Malo | 40 | 66.7 |
| Regular | 11 | 18.3 |
| Bueno | 9 | 15 |
| Total | 60 | 100 |

En la tabla N° 04 de nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionadas con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, del total de 100% (60); el 66.7% (40) presenta un nivel de conocimiento Malo.

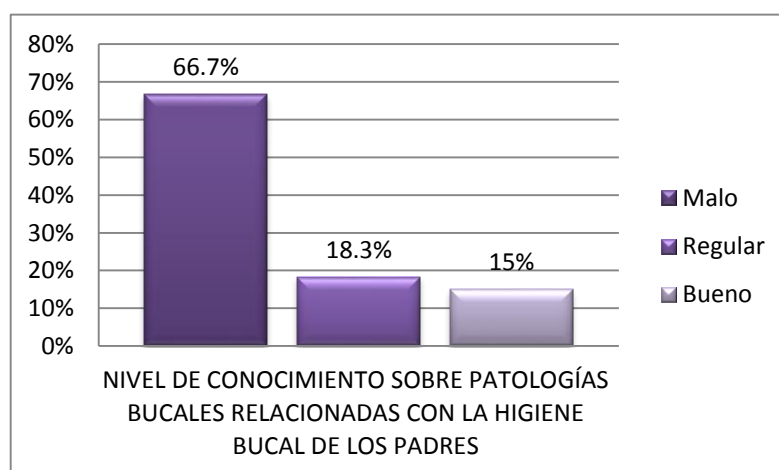


Gráfico N° 04

Nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionadas con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

Tabla N° 05

Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

| Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal | N | % |
|---|----|------|
| Malo | 9 | 15 |
| Regular | 35 | 58.3 |
| Bueno | 16 | 26.7 |
| Total | 60 | 100 |

En la tabla N° 05 de nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, del 100% (60), el 58.3% por ciento (35) presenta un nivel de conocimiento Regular.

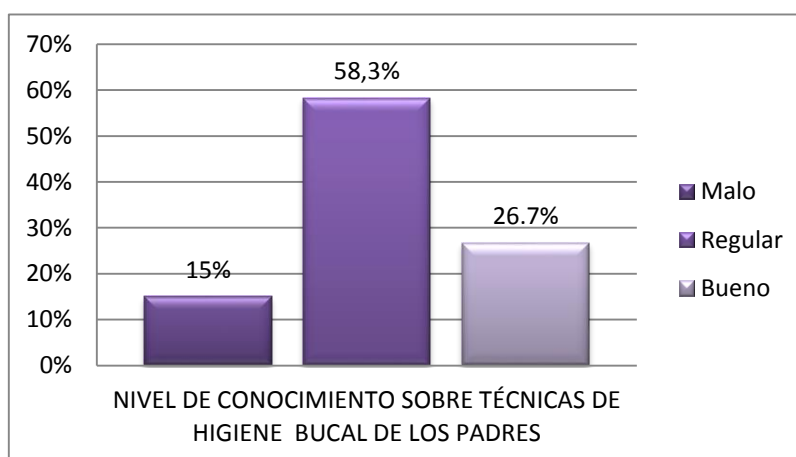


Gráfico N° 05

Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017

4.2 Discusión de Resultados

En el presente estudio se tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017. Al obtener los resultados, se observó que existe una notable mayoría sobre el nivel de conocimiento de los padres, del total de 100% (60) padres en un número de 29, con un porcentaje de 48.9% es Regular; así mismo, se aprecia en un número de 16, con un porcentaje de 27.6% con un nivel de conocimiento medianamente Malo, y por último se reportó de un número de 15 padres de familia se obtuvo un 25% con nivel de conocimiento Bueno. Los resultados obtenidos son desfavorables por que se aprecia una abrumadora mayoría de padres que tienen un nivel de conocimiento Regular, además se aprecia que un número de 16, con un porcentaje de 27.6% tienen un conocimiento Malo; teniendo en cuenta ambos resultados se puede decir que de forma absoluta no tienen un buen nivel de conocimiento. Por lo que se tendrá que empezar con medidas preventivas mediante, charlas, programas preventivos, capacitaciones a los padres y personal educativo para elevar el nivel de conocimiento por la importancia y prioridad que tiene la prevención en salud bucal para mejorar la calidad de vida de los niños con diversidad funcional.

Respecto al nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017. Al obtener los resultados, se observó que existe una gran mayoría de padres, del total de 100% (60); en un número de 30, con un porcentaje de 50% es Regular; así mismo, se aprecia en un número de 19, con un porcentaje de 31.7% con un nivel de conocimiento Bueno, y por último se reportó de un número de 11 padres de familia se obtuvo un 18.3% con nivel de conocimiento Malo. Los resultados obtenidos son medianamente desfavorables por que se aprecia una abrumadora mayoría de padres que tienen un nivel de conocimiento Regular; además se aprecia que en un número de 11, con un porcentaje de 18.3% tienen un nivel de conocimiento Malo; teniendo en cuenta ambos resultados se puede decir que no tienen de manera absoluta un nivel de conocimiento Bueno. Por lo

que se tendrá que tomar medidas preventivas, charlas, programas preventivos, capacitaciones, etc., sobre los elementos usados en la higiene bucal de los niños con diversidad funcional de esa manera elevar el nivel de conocimiento.

Referente al nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017. Al obtener los resultados, se observó que existe una gran mayoría de padres, del total de 100% (60); en un número de 38, con un porcentaje de 63% es Regular; asimismo, se aprecia en un número de 18, con un porcentaje de 30% con un nivel de conocimiento Bueno, y muy por debajo de estos resultados se encuentra con un nivel de conocimiento Malo, con un número de 4, con un porcentaje de 6.7%. Los resultados obtenidos son medianamente favorables por que se aprecia que en una abrumadora mayoría los padres tienen un nivel de conocimiento Regular; además, se aprecia que en un número de 18, con un porcentaje de 30% tienen un nivel de conocimiento Bueno; en una forma casi absoluta, si tienen un buen nivel de conocimiento. Por lo que se tendrá que reforzar mediante medidas preventivas realizando charlas odontológicas, sobre los buenos hábitos de higiene diarios que tendrán que recibir los padres, personal educativo y luego de esta manera serán transmitidos a los niños con diversidad funcional.

Respecto al conocimiento sobre patologías bucales relacionadas con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017. Al obtener los resultados, se observó que existe una gran mayoría de padres, del total de 100% (60); en número de 40, con un porcentaje de 66.7% es Malo; asimismo, se aprecia en un número de 11, con un porcentaje de 18.3% con un nivel de conocimiento Regular, y muy por debajo de estos resultados se encuentra con un nivel de conocimiento Bueno, con un número de 9, con un porcentaje de 15%. Los resultados obtenidos son muy desfavorables por que se aprecia que existe una abrumadora mayoría los padres tienen un nivel de conocimiento Malo; además, se aprecia que en un número de 11, con un porcentaje de 18.3% tienen un nivel de conocimiento Regular; teniendo en cuenta ambos resultados se puede decir que

no tienen de manera absoluta un nivel de conocimiento Bueno. Por lo que se tendrá que reforzar mediante medidas preventivas, como charlas informativas sobre patologías bucales, campañas de diagnóstico y prevención de esta manera motivar el interés y aclarar dudas de los padres que tienen niños con diversidad funcional.

Referente al conocimiento sobre técnicas de higiene bucal de los padres que tienen niños diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017. Al obtener los resultados, se observó que existe una gran mayoría de padres, del total de 100% (60); en un número de 35, con un porcentaje de 58.3 % es de Regular; asimismo, se aprecia en un número de 16, con un porcentaje de 26.7% con un nivel de conocimiento Bueno, y por debajo de estos resultados se encuentra con un nivel de conocimiento Malo, con un número de 9, con un porcentaje de 15%. Los resultados obtenidos son medianamente desfavorables por que se aprecia una abrumadora mayoría de padres que tienen nivel de conocimiento Regular; además se aprecia que en un número de 9, con un porcentaje de 15% tienen un nivel de conocimiento Malo; teniendo en cuenta ambos resultados se puede decir que no tienen de manera absoluta un nivel de conocimiento Bueno. Por lo que se tendrá que tomar medidas preventivas como campañas de promoción de la higiene bucal, charlas sobre técnicas de cepillado aclarando las dudas sobre elementos que intervienen en la misma.

Cabellos D. (2006) En Perú, la investigación tuvo como fin relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). En la primera fase de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas, dividido en cuatro partes: 3 preguntas sobre elementos de higiene bucal, 3 preguntas sobre hábitos de higiene bucal, 3 preguntas sobre patología bucal relacionada a higiene bucal y 3 preguntas sobre técnicas de higiene bucal. En la segunda fase de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Los resultados

obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un $p < 0,05$ y una correlación inversa regular, $p = -0,58$ con un $p < 0,05$ es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.²² En la presente investigación se llegó a la conclusión que predomina el nivel de conocimiento regular en un número de 29 con un porcentaje de 48.9%, se podría decir que existe igualdad en cuanto al nivel de conocimiento obtenidos de ambas investigaciones.

Vásquez M. (2009) En Perú, el fin de esta investigación fue determinar la relación entre el conocimiento sobre higiene bucal de padres y el estado de higiene bucal de niños con habilidades diferentes. Se realizó una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 90 niños de ambos géneros que fueron agrupados de acuerdo a la discapacidad intelectual, reportada por la ficha de matrícula, y sus respectivos padres. La evaluación del conocimiento sobre higiene bucal de los padres, se realizó mediante un cuestionario semi estructurado, los mismos que reportaron resultados de nivel bueno, regular y malo; los niños fueron seleccionados intencionalmente de acuerdo a la evaluación de conocimiento de sus padres y examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda, reportando la presencia de buena higiene bucal, si resultaban con IHOS bueno. Al relacionar el conocimiento de higiene bucal de padres, con la higiene bucal del niño con habilidades diferentes, se observó que el 84.21% de los niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal; de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo no presentaron buena higiene bucal.⁵¹ En la presente investigación se llegó a la conclusión que predomina el nivel de conocimiento regular en un número de 29 con un porcentaje de 48.9%.

Pérez R. (2015) En Perú, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de los padres con niños con habilidades especiales de Trujillo en el año 2015. La muestra estuvo conformada por 192 padres de niños con habilidades especiales que tenían de 1 a 18 años y que estudie en alguna de las instituciones educativas

especiales del distrito de Trujillo. Se encontró que el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (40.10%). El nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (46.55%) según el género y no existió diferencia estadísticamente significativa. Según la edad el nivel de conocimiento fue regular siendo 41.46% y 41.27% para los grupos de 20 - 30 y 30 - 45 años respectivamente, existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años siendo 36.17% ($p=0.0425$). Así mismo, según el grado de instrucción se encontró que el nivel de conocimiento fue regular siendo 33.78% para los de nivel primaria, 47.89% para los de secundaria, y 38.30% para los de nivel superior existiendo diferencia significativa entre los de nivel primaria con los de nivel secundaria y superior ($p=0.0289$). Concluyendo que es necesario implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal incluyendo la higiene bucal en padres y en niños con habilidades especiales.²³ En la presente investigación se llegó a la conclusión que predomina el nivel de conocimiento regular en un número de 29 con un porcentaje de 48.9%.

Tenazoa T. (2017) En Perú, se realizó la investigación con el fin de relacionar el nivel de conocimiento de los padres y la higiene oral de los niños con habilidades especiales en la ciudad de Iquitos, la muestra de los niños con habilidades especiales fue de 60 niños (Síndrome Down, Retardo Mental, autismo) con sus respectivos padres. En primer lugar, de nuestra investigación se dispuso a evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal, que se llevó a cabo por medio de un cuestionario de 17 preguntas, que estuvo dividido en cinco partes: 2 preguntas sobre placa bacteriana, 2 preguntas sobre caries dental, 2 preguntas sobre enfermedad periodontal, 8 preguntas sobre prevención en salud bucal, 3 preguntas sobre información general. En segundo lugar, de nuestra investigación se centró en demostrar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales y el Índice de Higiene Oral Simplificado de los respectivos niños, obteniendo los resultados de regular nivel de conocimiento en los padres, con un 20%, y el índice de higiene oral encontrado fue regular con un 48,3% estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHOS de los niños y el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades

especiales.²⁸ En la presente investigación se llegó a la conclusión que predomina el nivel de conocimiento regular en un numero de 29 con un porcentaje de 48.9%.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Con referencia al predominio sobre el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza, se concluye que hay un nivel Regular en los padres.

5.1.2 Conclusiones Específicas

A. Con respecto a establecer el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza, se concluye que los padres presentaron un nivel de conocimiento Regular.

B. Con referencia a determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza, se concluye que los padres presentaron un nivel de conocimiento Regular.

C. Con respecto a establecer el nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionadas con higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza, se concluye que los padres presentaron un nivel de conocimiento Malo.

D. Con referencia a determinar el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza, se concluye que los padres presentaron un nivel de Regular.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendación General

Respecto a determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para capacitar con medidas preventivas como talleres, programas de control, charlas sobre higiene bucal a los padres, se lograría reforzar los conocimientos de los padres y mejorar la calidad de vida de los niños.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

A. En referencia a determinar el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para educar a los padres y con el apoyo del profesional de la salud enseñar de manera didáctica la diferenciación e importancia de cada elemento que se use en la higiene bucal de acuerdo al tipo de discapacidad que presenten los niños, se lograría que los padres puedan transmitir los conocimientos aprendidos a los niños con diversidad funcional y ellos mismos puedan identificar los elementos primordiales con los que realizarán su higiene bucal.

B. Con respecto a determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para entrenar a los padres y a la vez al personal educador encargado de los niños con diversidad funcional, para que fomenten y brinden apoyo en los cuidados de

la salud bucal, dieta y cepillado dental, se lograría que los padres y niños refuercen lo aprendido en esta área en casa, motiven a crear buenos hábitos de higiene bucal y evitar las consecuencias que generan la falta de costumbre de higienizar la cavidad bucal diariamente.

C. De acuerdo a determinar el nivel de conocimiento sobre patologías bucales relacionadas con la higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para promover en la universidad programas de atención al niño con diversidad funcional donde los puedan atender profesional odontológico sobre las patologías bucales, se lograría determinar diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucodentales que puedan presentar los niños con diversidad funcional.

D. Con respecto a determinar el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para realizar programas de evaluación a largo plazo del IHOS de cada niño con el fin de realizar comparaciones de la prueba inicial y avance de los talleres, se lograría mejorar la técnica de cepillado los padres y niños en forma adecuada a su diversidad funcional.

3 REFERENCIAS

1. Martínez A, Ríos F. Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales. 2006 Ene 1; 25: 111-121
2. V. Ramírez Augusto. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An. Fac. med. [Internet]. 2009 Sep [citado 2018 Mar 05]; 70(3): 217-224. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000300011&lng=es
3. Bayarre H, Hosford R. Métodos y Técnicas aplicados a la Investigación en Atención Primaria de Salud. 1era rev. s.f. 122 p.
4. Chileno M. Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en escolares con discapacidad [tesis]. [Lima (PE)]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de odontología; 2016. 142 p.
5. Llorente, O. Manejo de pacientes con T.E.A en odontología la importancia de los hábitos de higiene. Gaceta Dental. 2014 Sep 26;176-200.
6. Antonio F, Mill E, Páez M, Sayago G, Valero D. Manejo de pacientes con diversidad funcional en el ámbito odontológico. Rev Venez Invest Odont IADR. 2013;1(2):121-135.
7. Tan CN, Rodríguez CA. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev cubana Estomatol. 2001;38(3):181-91.

8. Murlanda J, Betancur JD, Espinosa S, Gómez JL, Tapias A. Salud oral en discapacitados. Revista CES Odontología 2011; 24(1): 72-76.
9. Pérez CHD. Síndrome de Down. Revista de Actualización Clínica 2014; 1(45): 2357-2361.
10. Gómez, CV. Salud oral en el niño con Síndrome de Down: Protocolo de intervención. Gaceta Dental 2014 Feb;(255):122-135.
11. Perdomo B, Torres D, Paredes Y. Síndrome de Down e higiene bucal: lineamientos para padres, cuidadores y docentes. Rev Venez Invest Odont IADR. 2014 Sep 23;2(2):156-169.
12. Lizama CM, Retamales MN, Medallo SC. Recomendaciones de cuidados en salud de personas con síndrome de Down: 0 a 18 años. Rev Med Chile. 2013 Ene;141(1):80-89.
13. Moncunill IA, Hilas E, Calamari SE, Molina G, Cornejo LS. Estrategia mediadora para la promoción de salud bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down. Revista Síndrome de Down. 2007 Jun;24(39):62-67.
14. Bohórquez BD, et al. Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija. Salamanca: 2007
15. Marulanda J, Aramburo E, Echevarri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. Rev CES Odont. 2013 Nov;26(2):120-126.
16. Southwest Autism Reserch and Resource Center. Guía de Información para Profesionales Dentales. Special Care Dentistry Association, Disponible en:
<http://autismcenter.org/sites/default/files/files/Education%20and%20Trainin>

g/Dental%20Information%20Guide-%20Dental%20Professionals-
%20Spanish%20Version.pdf

- 17.** Tirado M, Milagro Jiménez M, Romero Y, Galbe Sánchez-Ventura J, Balagué C, Zarazaga G, et al. Retraso mental de causa genética. Estudio observacional en una zona de salud. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015 Dic;17(68):309-15.
- 18.** Erazo CR, Carrillo GA, Velosa J. Caracterización de alteraciones craneofaciales en población con necesidades especiales: autismo y retardo mental. Revisión sistemática de la literatura. Univ Odontol. 2014 Dic; 33(71):19-28.
- 19.** Arias S, Fernández L, Rodríguez G, García J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. AMC. 2004 Abr;9(2):144-154.
- 20.** Córdoba D, España S, Tapia G. Conocimientos y actitud de los odontólogos en la atención de personas con discapacidad intelectual. Rev Univ. Salud. 2012 Jun;14(1):78-86.
- 21.** Pérez N, Alarcón V, Ferreira M, Díaz C, Duré P, Andriotti N, Moreno D, Galeano L, Mora A, Insfrán L, Jara R. Estado de salud oral en discapacitados residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orione, Paraguay. Int. J. Odontostomat. 2016 Abr;10(1):69-74.
- 22.** Cabellos D. Relación entre nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú [tesis]. [Lima (PE)]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de odontología; 2006. 124 p.

- 23.** Perez R. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo. 2015. [tesis]. [Trujillo (PE)]: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de medicina humana. Escuela profesional de estomatología; 2015. 49 p.
- 24.** Espinoza E, Pachas F. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Rev. Estomatol Herediana. 2013 Jun;23(2):101-108.
- 25.** Milanés A., Martínez N, Trujillo S, Diaz M, Silvera O. Nivel de conocimientos sobre salud bucal en los tutores y trabajadores del círculo infantil Mario Alarcón, Bayamo, 2014-2015. Multimed. 2016 Dic;20(6):112-129.
- 26.** Martínez MH, Rivera SG, Treviño AG. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Revista ADM. 2011 Oct;68(5):222-228.
- 27.** Marchena Z. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la victoria – 2015 [tesis]. [Lima (PE)]: Universidad Señor de Sipán. Facultad de ciencias de la salud. Escuela académico profesional de estomatología; 2015. 74 p.
- 28.** Tenazoa T. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades especiales en el centro educativo básico especializado Iquitos 2017 [tesis]. [Iquitos (PE)]: Universidad Científica del Perú. Facultad de ciencias de la salud. Escuela profesional de estomatología; 2017. 73.
- 29.** Mattos M, Carrasco M, Valdivia S. Nivel de conocimiento sobre pasta dental fluorada en padres y profesores de preescolares. Int. J. Odontostomat. 2013;7(1):17-24.

30. León M. Formación académica odontológica y calidad de vida en pacientes con necesidades especiales. Rev Venez Invest Odont IADR. 2015;3(1):1-3. 3 p.
31. Holguin L, Oyola M. Nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque, 2014 [tesis]. [Chiclayo (PE)]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2016. 65 p.
32. Rueda M, Isidro L. Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple No. 4. Horizonte Sanitario. 2014 Dic;13(3):233-237.
33. Luna Y. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales puno, julio – setiembre 2016. [tesis]. [Puno (PE)]: Universidad Nacional del Altiplano, 2016. 78.
34. Pérez J, Gardey A. Definición de prevención [Internet]. Definición.de; 2010 [Revisión 2013; citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <https://definicion.de/prevencion/>
35. Salud bucodental [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2012 Abr [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
36. Salud Bucal [Internet]. Portal Odontólogos; 2013 Dic [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <https://www.odontologos.mx/pacientes/noticias/904/salud-bucal>

37. Rupal G. Qué significa distrofia muscular [Internet]. Kidshealth [Revisión 2014; citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/kids/muscular-dystrophy-esp.html>
38. Martínez L. Hablemos de discapacidad [Internet]. Por igual más; 2014 Feb 20 [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <https://www.porigualmas.org/articulos/11/hablemos-de-discapacidad>
39. Reconocimiento de discapacidad y Derechos [Internet]. Fundación Iberoamericana Down 21 [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <http://www.down21.org/area-juridica/123-legislacion-espanola/1028-reconocimiento-de-discapacidad-y-derechos.html?showall=&limitstart=>
40. Martín R. Síndrome [Internet]. Medicopedia [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Sindrome
41. Pliegues epicánticos [Internet]. Medline Plus [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003030.htm>
42. Clinodactilia [Internet]. Sindactilia [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <http://sindactilia.org/clinodactilia/>
43. Lamas J. Hiperlaxitud Articular. Qué es, causas, síntomas y tratamiento [Internet]. Fisioterapiaonline [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/todo-sobre-la-hiperlaxitud-articular>
44. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana. Libro blanco de la atención temprana. 3era. ed. España: Madrid; 2005. 64 p.

45. Colaboradores de Wikipedia. Fanera [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre; [Revisión 2017 Sep 11; citado 2017 Ene 27]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Fanera&oldid=101815632>
46. ¿Qué son los trastornos neurológicos? [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2016 May [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/55/es/>
47. Pérez J, Gardey A. Definición de degenerativo [Internet]. Definición.de; 2012 [Revisión 2014; citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <https://definicion.de/degenerativo/>
48. Varios autores. Auxiliar Técnico Educativo. Junta de Comunidades de Castilla – La Mancha [Internet]. Madrid (ES): Google. Libros; [Citado 2017 Enero 27]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=4-g-DwAAQBAJ&hl=es&source=gbs_navlinks_s
49. Pérez J, Gardey A. Definición de coeficiente intelectual [Internet]. Definición.de; 2008 [Revisión 2012; citado 2017 Enero 27]. Disponible en: <https://definicion.de/coeficiente-intelectual/>
50. Primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad 2012. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima: Perú; 2015. 588 p.
51. Vásquez M. Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. [tesis]. [Lima (PE)]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2009. 95 p.

7 ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES QUE TIENEN NIÑOS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

Diagnóstico del niño: Fecha:

Edad del Niño: Edad del Padre o Madre:

Sexo de los Padres: F M

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional, por lo que se solicita su participación contestando cada pregunta de manera veraz.

I. Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (X) dentro del paréntesis, por favor conteste solo una respuesta.

1) ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

a) dulces, cepillo dental, pasta dental. ()

b) flúor, pasta dental, hilo dental. ()

c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental. ()

d) enjuague bucal, hilo dental, flúor. ()

2) ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

a) cada 6 meses ()

b) cada 12 meses ()

c) cada 3 meses ()

d) no sé ()

3) ¿Qué características debe tener un cepillo dental?

- a) Es un elemento en la boca. ()
- b) Sirve solamente para masticar los alimentos. ()
- c) Es un órgano. ()
- d) no sé. ()

4) ¿Principalmente cuándo Ud. cree que debe cepillarse los dientes?

- a) antes de las comidas. ()
- b) después de las comidas. ()
- c) solo al acostarse. ()
- d) solo al levantarse. ()

5) ¿Cuántas veces se cepilla al día?

- a) una vez ()
- b) dos veces ()
- c) tres veces ()
- d) ninguna ()

6) Es un mal hábito:

- a) Lavarse los dientes. ()
- b) Chuparse el dedo. ()
- c) Usar hilo dental. ()
- d) Usar enjuague bucal. ()

7) La placa bacteriana es:

- a) restos de dulces y comidas. ()
- b) manchas blanquecinas en los dientes. ()
- c) restos de alimentos y microorganismos. ()
- d) no sé. ()

8) La enfermedad periodontal es:

- a) el dolor de diente. ()
- b) la enfermedad de las encías. ()
- c) inflamación del labio. ()
- d) no sé. ()

9) ¿Qué es la caries?

- a) es una picadura en los dientes. ()
- b) es una enfermedad infectocontagiosa. ()
- c) es un dolor en la boca. ()
- d) no sé. ()

10) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.

- a) sí. ()
- b) no. ()
- c) tal vez. ()
- d) no sé. ()

11) ¿Cuántas veces se cepilla al día?

- a) una vez ()
- b) dos veces ()
- c) tres veces ()
- d) ninguna ()

12) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?

- a) no sé. ()
- b) 30 segundos. ()
- c) 1 minuto. ()
- d) 2 minutos. ()



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. a/ita:

Soy la Bach. Amy Elvia Milagros Matos Flores, perteneciente a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable de la presente investigación: “Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional”.

Invintandolo/a a participar en el estudio que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento en el que se encuentran los padres de los niños con diversidad funcional del CEBE Señor de la Esperanza. Para poder participar usted tendrá que llenar un cuestionario con sus datos y algunos datos de su niño/a.

La información brindada para la investigación será de uso del investigador y de mantendrá de manera confidencial.

Yo, _____ identificado con el número de DNI _____ y grado de instrucción _____, actuando a mi nombre y en calidad de padre de familia, acepto participar de manera voluntaria del proceso de recolección de datos para el proyecto en mención, realizado por la Bach. Amy Elvia Milagros Matos Flores con DNI 47669162.

Accedo a participar y me comprometo a responder las preguntas que se me hagan de la forma más honesta, así como participar en caso de ser requerido en actividades propias del proceso. Autorizo a que los datos que se obtengan del proceso de investigación sean utilizados, para efectos de sistematización y publicación del resultado final de la investigación.

Expreso que la investigadora me ha explicado con antelación el objetivo y alcance de dicho proceso.

De igual manera, ponemos en conocimiento que esta encuesta es de carácter libre y voluntario.

FIRMA DEL ENCUESTADO

MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA

| PROBLEMAS | | OBJETIVOS | OPERACIONALIZACIÓN | | | METODOLOGÍA |
|--|--|---|--|---|---|-------------|
| | | | VARIABLE | DIMENSIONES | VALOR | |
| <p>Problema General: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?</p> <p>Problemas Específicos: A. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?</p> <p>B. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hábitos de los padres</p> | <p>Objetivo General: Determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.</p> <p>Objetivos Específicos: A. Determinar el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.</p> <p>B. Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos de los padres</p> | <p>Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal.</p> | <p>Elementos de higiene bucal.</p> <p>Hábitos de higiene bucal.</p> <p>Patología bucal relacionada con higiene bucal.</p> <p>Técnica de higiene.</p> | <p>Malo = 0 – 1pt. por pregunta contestada.</p> <p>Regular = 2pts. por preguntas contestadas</p> <p>Bueno = 3 pts. por preguntas contestadas.</p> | <p>1. Diseño: Descriptivo</p> <p>2. Tipo de Investigación: Transversal, Prospectivo y Observacional.</p> <p>3. Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Población: La población de estudio estuvo conformada por los padres de familia que tengan niños con diversidad funcional y estén matriculados en el CEBE Señor de la Esperanza, son un total de 100 padres, en el año 2017.</p> <p>Muestra: Para el presente estudio la muestra fué no aleatoria por conveniencia, que estará constituida por 60 padres de familia, que</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?</p> | <p>que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.</p> | | | <p>se determinarán usando los criterios de inclusión y exclusión, que se muestra a continuación.</p> |
| <p>C. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre patología bucal relacionado con higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?</p> | <p>C. Determinar el nivel de conocimiento sobre patología bucal relacionado con higiene bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.</p> | | | <p>Instrumento: El instrumento de recolección de datos que se aplicó en la presente investigación es un cuestionario que se utilizó en la investigación "Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú"²² y cuyo autor es Cabellos Alfaro, Doris Agripina.²² para los fines específicos de la investigación, que contó con datos de filiación y 12 preguntas referidas a prevención en salud bucal.</p> |
| <p>D. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre técnica de higiene de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017?</p> | <p>D. Determinar el nivel de conocimiento sobre técnica de higiene de los padres que tienen niños con diversidad funcional en el CEBE Señor de la Esperanza en el año 2017.</p> | | | |