

“Año de la Universalización de la Salud”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES - IQUITOS 2020.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANO DENTISTA

Autores: Bach. EDWIN JEAN PIERRE FLORES REATEGUI

Bach. CLAUDIA LISETTE AYALA LAYCHE

Asesor: CD. JACOBO MICHEL DIAZ YUMBATO. MGR

IQUITOS – PERÚ

2021

Contáctanos:

Iquitos - Perú

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Sede Tarapoto - Perú

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Leoncio Prado 1070 / Marlinez de Compañon 933

Universidad Científica del Perú

www.ucp.edu.pe

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES - IQUITOS 2020"

De los alumnos: **EDWIN JEAN PIERRE FLORES REATEGUI Y CLAUDIA LISETTE AYALA LAYCHE**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **20% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 28 de abril del 2021.



Dr. César J. Ramal Apayog
Presidente del Comité de Ética - UCP

DEDICATORIA

Este logro va dedicado a quienes nos inspiraron, a quienes nos dieron el apoyo para llegar a esta etapa de nuestra vida, a nuestros héroes, que son nuestros padres Marilú Reátegui Pinedo; Edwin Flores Córdova, Carmen Hilda Layche Lozano y Marlon Pedro Ayala Barreto, para ellos es esta dedicatoria, pues en gran parte ellos son el motivo de nuestros logros.

AGRADECIMIENTO

Gracias a nuestras familias por apoyarnos en cada decisión y proyecto, por creer en nosotros. Gracias a nuestros docentes por enseñarnos y formarnos durante toda nuestra etapa universitaria.

Agradecemos a los señores directores del colegio de la C.E.B.E por abrirnos las puertas para realizar este estudio y sobre todo brindarnos la facilidad en estos tiempos difíciles.




Agradécele al C.D Jacobo Michel Díaz Yumbato. MGR por su tiempo, paciencia y dedicación para poder concluir este proyecto de tesis.

Agradecerle a la Universidad Científica del Perú por los tiempos vividos en sus aulas con los docentes y compañeros.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimos y compañía en los momentos más difíciles de nuestra vida.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 380-2020-UCP-FCS, del 17 de agosto del 2020, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

	CD. Jorge Francisco Bardales Ríos, Dr.	Presidente
	CD. Alejandro Chávez Paredes, Dr.	Miembro
	CD. María Piedad Ponce Mendoza, Mgr.	Miembro

Como Asesor: **CD. JACOBO MICHEL DÍAZ YUMBATO, MGR.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 15:00 p.m. horas, del día lunes 10 de mayo del 2021, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de Estomatología de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES - IQUITOS 2020.**

Presentado por los sustentantes: **CLAUDIA LISETTE AYALA LAYCHE**
EDWIN JEAN PIERRE FLORES REATEGUI

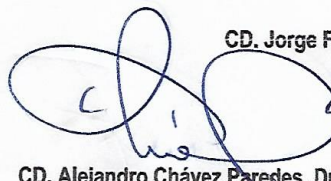

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **CIRUJANO DENTISTA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:
ABSUELTAS SATISFACTORIAMETE

El Jurado después de la deliberación en privado llevo a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: APROBADO POR UNANIMIDAD CON LA NOTA 16 (Dieciséis)

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

	CD. Jorge Francisco Bardales Ríos, Dr. Presidente	
CD. Alejandro Chávez Paredes, Dr. Miembro		CD. María Piedad Ponce Mendoza, Mgr. Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15

Contáctanos: Iquitos - Perú
065 - 26 1088 / 065 - 26 2240
Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Sede Tarapoto - Perú
42 - 58 5638 / 42 - 58 5640
Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagnón 933

Universidad Científica del Perú
www.ucp.edu.pe

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES - IQUITOS 2020.

DEDICATORIA 2

AGRADECIMIENTO 3

INDICE DE CONTENIDO 4

INDICE DE TABLAS 5

INDICE DE GRAFICOS 6

RESUMEN 7

ABSTRACT 8

CAPITULO I

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO 11

CAPITULO II

2.1. DESCRIPCION 16

2.2. OBJETIVO 18

2.2.1. OBJETIVO GENERAL 18

2.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 19

CAPITULO III

3.1. TIPO DE ESTUDIO 21

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO 27

3.3. POBLACION 28

3.4. TÉCNICA 24

3.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS 26

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS 28

3.7. PROCESAMIENTO DE INFORMACION 29

CAPITULO IV

4.1. RESULTADOS 32

CAPITULO V

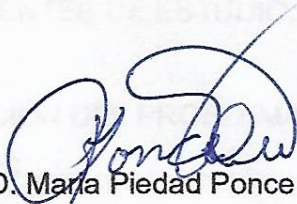
5.1. DISCUSION 36

5.2. CONCLUSIONES 41

5.3. RECOMENDACIONES 40



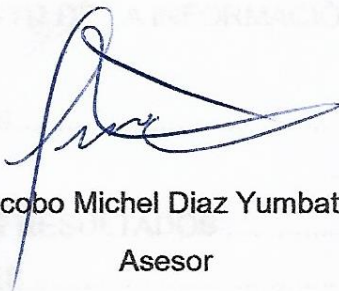
CD. Jorge Francisco Bardales Rio, Dr.
Presidente



CD. Maria Piedad Ponce Mendoza, Mgr.
Miembro



CD. Alejandro Chavez Paredes, Dr
Miembro



CD. Jacobo Michel Diaz Yumbato, Mgr
Asesor

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pag
PORTADA.....	i
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS.....	v
HOJA DE PAROBACION.....	vi
INDICE DE CONTENIDO.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS:.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICO:	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
CAPITULO I	
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:.....	13
CAPITULO II	
2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	50
2.3. OBJETIVOS.....	52
2.3.1. OBJETIVO GENERAL	52
2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
CAPITULO III	
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	55
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	56
3.4. TÉCNICA.....	56

3.5.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57
3.6.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	57
3.7.	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	58
CAPITULO IV		
4.1.	RESULTADOS	59
CAPITULO V		
5.1	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	67
5.2.	CONCLUSIONES	70
5.3.	RECOMENDACIONES.....	72
CAPITULO VI		
6.	ANEXOS.....	78
CONSENTIMIENTO INFORMADO		78
INSTRUMENTO		80
MATRIZ DE CONSISTENCIA		84
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA...		89

ÍNDICE DE TABLAS:

	Pag.
Tabla N° 01. Distribución según grado de instrucción de los niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - IQUITOS 2020.....	59
Tabla N° 02. Distribución según diagnóstico de los niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - IQUITOS 2020.....	60
Tabla N° 03. Distribución de las madres según grado de instrucción.....	61
Tabla N° 04. Nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.....	62
Tabla N° 05. Estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.....	63
Tabla N°06. Relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.....	65
Tabla N°07. Pruebas de chi-cuadrado.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICO:

	Pag.
Grafico N° 01. Distribución según grado de instrucción de los niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - IQUITOS 2020.....	60
Grafico N° 02. Distribución según diagnóstico de los niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - IQUITOS 2020.....	61
Grafico N° 03. Distribución de las madres según grado de instrucción.....	62
Grafico N° 04. Nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.....	63
Grafico N° 05. Estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.....	64
Grafico N°06. Relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.....	65

RESUMEN

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES - IQUITOS 2020.

Por:
Ayala Layche, Claudia Lisette
Flores Reátegui, Edwin Jean Pierre

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo Determinar la relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial “claverito” e “Iquitos” 2020. Obteniendo los diagnósticos más comunes, del 100%(60) de estudiantes, el diagnóstico es, el 16,7%, Autismo; el 1,7%, Ceguera Binocular; el 3,3% Deficiencia Intelectual; el 1,7% Deficiencia Visual; el 5%Multidiscapacidad; el 5% Retardo Mental; el 1,7% Retardo Mental Leve; el 1,7% Retraso Del Desarrollo; en mayor porcentaje Síndrome De Down con 61,7%, finalmente, Trastorno Del Desarrollo con 1,7%; Según el nivel de conocimiento de higiene oral en las madres, en su mayoría es Regular en un 68,3%, seguido de un nivel Bueno en un 25%, mientras que el 6,7% del total con nivel Malo; Según el estado de higiene oral de los niños, en su mayoría es Regular en un 81,7%, seguido de un nivel Bueno en un 11,7%, mientras que el 6,7% del total con estado Malo; Según la relación de nivel de conocimiento y estado de higiene oral de los niños, el 23,3% tuvieron un nivel de conocimiento Bueno pero estado de higiene oral Regular; el 1,7% con nivel de conocimiento bueno y estado de higiene Bueno. Por otro lado, los que tuvieron un nivel de conocimiento Regular; el 51,7% tenían estado de higiene Regular; el 10,0% con estado de higiene Bueno, y un 6,7% con estado de higiene Malo; Así mismo, los que tuvieron un nivel de conocimiento Malo; el 6,7% tenían estado de higiene Regular; en donde se concluye que no existe relación estadística significativa entre las variables.

Palabras claves: nivel de conocimiento, habilidades diferentes, higiene oral.

ABSTRACT

LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT ORAL HYGIENE IN MOTHERS AND
THE STATUS OF ORAL HYGIENE IN CHILDREN WITH DIFFERENT
SKILLS IN SPECIAL BASIC EDUCATIONAL CENTERS - IQUITOS 2020.

By:

Ayala Layche, Claudia Lisette
Flores Reátegui, Edwin Jean Pierre

The present research study aimed to determine the relationship between the level of knowledge about oral hygiene in mothers and the oral hygiene status of children with different abilities in the special basic centers "claverito" and "Iquitos" 2020. Obtaining the most common diagnoses, of 100% (60) of students, the diagnosis is, 16.7%, Autism; 1.7% Binocular Blindness; 3.3% Intellectual Deficiency; 1.7% Visual Impairment; 5% Multi-disability; 5% Mental Retardation; 1.7% Mild Mental Retardation; 1.7% Development Delay; in a higher percentage Down Syndrome with 61.7%, finally, Developmental Disorder with 1.7%; According to the level of knowledge of oral hygiene in mothers, the majority is Regular in 68.3%, followed by a Good level in 25%, while 6.7% of the total is Bad; According to the oral hygiene status of the children, the majority is Fair in 81.7%, followed by a Good level in 11.7%, while 6.7% of the total is Bad; According to the relationship between the level of knowledge and the oral hygiene status of the children, 23.3% had a Good level of knowledge but Regular oral hygiene status; 1.7% with a good level of knowledge and a good state of hygiene. On the other hand, those who had a Regular level of knowledge; 51.7% had a state of Regular hygiene; 10.0% with Good hygiene status, and 6.7% with Poor hygiene status; Likewise, those who had a Bad level of knowledge; 6.7% had a state of Regular hygiene; where it is concluded that there is no significant statistical relationship between the variables.

Keywords: level of knowledge, different skills, oral hygiene.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

González, M. (2017) Ecuador realizó un trabajo que tuvo como objetivo determinar las principales patologías orales en pacientes con discapacidad, en las edades de 15 a 45 años de edad atendidos en el periodo febrero 2016 – Octubre 2016. El número de la muestra establecida para esta investigación fue de 42 pacientes. La relevancia de esta investigación se debe al poco interés enfocado desde el punto de vista odontológico al cuidado bucal de las personas con capacidades especiales ya que ciertas anomalías se van presentando con el paso del tiempo. La prevención de las enfermedades bucales, en este grupo de pacientes es la estrategia fundamental debido a la problemática que acompaña a los mismos ya que es un verdadero desafío que requiere preparación especial para brindar una atención aceptable. En este grupo de pacientes se utilizaron todas las técnicas de desensibilización y la modulación de la conducta en diferentes clases de comportamiento, es decir la enseñanza de una conducta apropiada puesto que ellos responden muy bien a este tipo de técnicas. Se realizó la observación a estos pacientes con capacidades especiales en la Fundación Protección y Descanso de Riobamba cuya muestra fue de 42 personas con capacidades especiales en el periodo Octubre 2015 - Octubre 2016 dándonos como resultado de los 42 pacientes analizados que 14 corresponden a síndrome de Down y 28 a parálisis cerebral cada uno de los grupos con diferente tipo de patologías bucales, las más relevantes fueron caries dental, enfermedad periodontal, bruxismo,

macroglosia, maloclusión, xerostomía, el grupo más afectado fue el género masculino el mayor problema de salud oral lo mantiene el grupo etario comprendido entre la edad de 28 a 35 años⁽¹⁾.

Ardila B, Galvan J. (2017) Venezuela realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar el síndrome de Down es una de las anormalidades cromosómicas más comunes. Actualmente con el avance de la medicina se busca una atención integral a este grupo de personas. Las condiciones médicas en los individuos con Síndrome de Down generan implicaciones bucales de importancia las cuales deben ser conocidas por el profesional de Odontología para una atención adecuada. Resulta significativo revisar de manera sistematizada esta influencia. Resultados: un total de 5 artículos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, publicados entre 1987 y 2012, la muestra de estos estudios estuvo conformada entre 54 y 6 sujetos, su calidad metodológica varió de moderada a baja. En los artículos analizados según el Strobe se evidencio un bajo cumplimiento de calidad para explicar criterios tales como tratamiento y guías de manejo para la hipotonía muscular, apnea obstructiva del sueño y enfermedad periodontal. Conclusiones: Se logró evidenciar que la condición médica que aparece en un mayor porcentaje es la hipotonía muscular con un 100%, la cual influencia a que se genere la protrusión de la lengua y se encuentran pocos estudios en la literatura. Así mismo se pudo concluir que existen más estudios de la influencia de la condición inmunológica sobre la enfermedad periodontal y la Apnea obstructiva del sueño se relaciona con macroglosía y respiración bucal ⁽²⁾.

GARCES, et al (Chile 2013) Estudiaron el estado de salud oral de niños y adolescentes con discapacidad intelectual (DI) de establecimientos educacionales municipales, Valdivia-Chile. Se evaluaron 195 estudiantes de 6 a 21 años con DI leve a moderada. Obteniendo COPD/ceod promedio fue de 2.19 para mujeres y de

1.59 para hombres; el IHO-S en el 75.9% de los participantes fue regular, encontrándose peor IHO-S en participantes con DI moderada. Solo un 2.6% presento código 0 para IG. La mayoría poseía cepillo de dientes propio (88.2%) y se cepillaban sin ayuda (96.4%)(³).

HENECHÉ et al (2015) Venezuela realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de caries en niños con síndrome de Down, parálisis cerebral, autismo o déficit auditivo de una escuela de Barcelona, Venezuela. Métodos Estudio transversal prospectivo realizado en septiembre de 2013 en 30 niños entre 7 y 14 años de edad. se exploró el índice de caries (cpod) en dentición permanente con el propósito de establecer la prevalencia y las comparaciones entre los valores de acuerdo al tipo de necesidad especial del niño. resultados: solo uno (3,3%) de los niños de la muestra no presentó caries al momento del examen clínico. los niños con déficit auditivo presentan un índice cpod promedio de 3,13 menor que el promedio exhibido en conjunto por los de síndrome de Down, parálisis cerebral y autismo enmarcado en una sola categoría .no se encontró diferencia del índice cpod por género en ninguno de los grupos. conclusión: el grupo de niños con déficit auditivo presentó un nivel de caries moderado, no así, los niños con síndrome de Down, con parálisis cerebral o con autismo que presentan un nivel epidemiológico de caries considerado alto de acuerdo a los niveles de prevalencia de la caries dental aplicados por la Organización Mundial de Salud para la dentición permanente(⁴).

Dillon, G. (2014) Ecuador realizó un trabajo que tuvo como objetivo determinar las principales características del Síndrome de Down y las alteraciones bucales para mejorar los hábitos de salud oral de los niños con Síndrome de Down de la Fundación Despertar de los Ángeles, al realizar encuestas, guía de manejo odontológico y charlas educativas tanto a los padres de familia, niños y a las

personas que cuidan de ellos. En el mes de Octubre del 2013 a Marzo del 2014, se hará la apertura de historias clínicas a los niños con síndrome de Down, toma de fotografías y observación de las alteraciones bucales que presenta cada niño, por lo que la investigación fue de tipo descriptiva, exploratoria, cuantitativa y cualitativa y explicativa. La muestra fue compuesta por 11 pacientes, se analizaron el sexo, la edad, presencia de alteraciones bucales, frecuencia y forma de cepillado, visita al odontólogo y prevalencia de caries dental. El estudio de las alteraciones bucales proporcionó información para tomar en cuenta si son motivo para que los niños sean propensos a enfermedades bucales que puedan afectarles en el futuro. Entre las manifestaciones más comunes encontramos que los 11 niños presentaron hipotonía, paladar ojival y macroglosia que es el 100%, con un 90,90% que son diez niños presentaron lengua fisurada, 9 niños que representan el 81,81% presentaron resequedad de labios, 8 niños que representan el 72,72% tienen caries dental y apiñamiento, 7 niños que representan el 63,63% presentan lengua indentada, maloclusión tipo III y gingivitis. El mayor número de madres que fueron 5 representando un 45,45 %, tenían una edad de 26-35, mientras que los padres en su mayoría tenían de igual manera un 45,45% la edad de 36-45. Además de que los padres de familia informan que no existen especialistas en el cuidado bucal de niños con Síndrome de Down, sino solo odontopediatras⁽⁵⁾.

Jones et al (2016) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar a los pacientes con síndrome de Down presentan regularmente una mala higiene oral y alta incidencia de enfermedad periodontal. En los primeros años de desarrollo se observa que la presencia de dificultad de habilidad cognitiva, lingüística y de comportamiento, son contribuidas a los cambios de los niveles del estrés en las madres. En el presente trabajo se analizó la relación de las manifestaciones orales, como el índice de higiene oral simplificado, así como los índices CPOD y CEOD de los pacientes

en relación al estrés, ansiedad y depresión de la madre o padre. Metodología: Estudio observacional, analítico, descriptivo y transversal en pacientes con síndrome de Down menores de 17 años, se les realizó un examen bucodental a través de una ficha epidemiológica oral y la aplicación de cuestionarios de datos generales, ansiedad, estrés y depresión de los padres. Resultados: De los pacientes de 3 a 5 años, el 41.18% tienen buena higiene oral, con regular higiene oral el 57.14%. Existe relación entre la edad y la higiene oral de los pacientes ($p=0.015$). Se analizaron los niveles de estrés ($p=0.342$), ansiedad ($p=0.796$) y depresión ($p=0.620$) de los padres en relación a la higiene oral. No existe diferencia entre los niveles de ansiedad, estrés y depresión y la higiene oral de los pacientes con piezas temporales ($p>0.05$) ni en piezas permanentes ($p>0.05$). Conclusiones: La ansiedad, depresión y estrés de los padres no son factores relacionados con las manifestaciones orales de sus hijos con Síndrome Down⁽⁶⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Carrillo, S. (2017) Peru realizó un trabajo de investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac. Para tal efecto se evaluó a 41 padres de los alumnos con síndrome de Down y 29 padres de los alumnos con Autismo. La evaluación se realizó mediante un cuestionario de 12 preguntas sobre salud bucal. En el análisis de los resultados se aplicó la prueba chi-cuadrado y el coeficiente de Gamma. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento sobre salud bucal fue regular en el 63.4% y en el 62.1% de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo respectivamente. Los padres de los alumnos con síndrome de Down según sexo, edad y grado de instrucción

presentaron un nivel de conocimiento regular: El 66.7% y el 50% del sexo femenino y masculino respectivamente, fue mayor en el 75% de los padres que tienen entre 46 años de edad a más y en el 80% de los padres que tienen grado de instrucción superior y no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$). Los padres de los alumnos con Autismo el 68.2% del sexo femenino presentaron un nivel de conocimiento regular y bajo el 57.1% del sexo masculino, existiendo diferencias significativas ($p \leq 0.05$); según la edad fue regular y fue mayor en el 70% de los padres que tienen 46 años de edad a más y no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$); el 66.7% de los padres que tienen grado de instrucción superior fue regular, existiendo diferencias significativas ($p \leq 0.05$). Se concluye que los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del CEBE Ricardo Bentin, presentaron un nivel de conocimiento regular ⁽⁷⁾

Arana, C. (2016) Peru realizó un trabajo que tuvo como objetivo determinar 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. El estudio 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 Edad. 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⁽⁸⁾.

Pérez, S. (2015) Peru realizó un trabajo que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales del distrito de Trujillo, 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 el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular siendo necesario implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal incluyendo la higiene bucal en padres y en niños con habilidades especiales⁽⁹⁾.

Chávez J. (Perú 2018) El diseño metodológico que se utilizó fue descriptivo, el tipo de investigación fue transversal, prospectivo y

observacional con un enfoque cuantitativo. Para poder cumplir con el objetivo general del estudio, se utilizó una muestra que estuvo conformada por 40 padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro de Educación Especial, que fueron seleccionados en forma no aleatoria por conveniencia. Los resultados mostraron que en gran mayoría en un número de 20 padres el (50%) presenta el nivel de conocimiento Regular; además, se aprecia que en un número de 14 padres el (35%) presentan un nivel de conocimiento Bajo. También se observa que solo en una minoría de 6 padres, el (15%) presenta un nivel de conocimiento Alto⁽¹⁰⁾.

CÓRDOVA et al (Perú, 2013). Evaluaron la relación entre dinámica familiar interna e higiene bucal de personas con discapacidad intelectual leve, en 33 estudiantes del Instituto de Educación Especial PROFESA con discapacidad intelectual leve, entre 7 y 28 años de los cuales el 54,5% de las familias son funcionales y el 12,1% de ellas presentaron disfunción leve. La dinámica familiar interna de las personas con discapacidad intelectual leve es, en mayor proporción, funcional y disfuncional leve. La higiene bucal es regular. Aunque no se encontró relación significativa ⁽¹¹⁾.

MOGOLLÓN, et al (Perú, 2013). Estudiaron las condiciones de salud bucal de niños y adolescentes con Síndrome de Down moderado atendidos en el Instituto de Educación Especial “El Zulia”. Seleccionaron una muestra 35 alumnos entre 3 a 18 años; se determinó el índice de placa dental y gingival. Obteniendo como resultados que el CPOD fue 5,5 y el ceo de 3,6. El índice de placa dental fue 2,6 y el gingival 3,7. Concluyendo que existen deficientes condiciones de salud bucal de los niños y adolescentes, reafirmando la urgencia de diseñar y ejecutar programas de atención odontológica integral para pacientes discapacitados ⁽¹²⁾.

CAMPOS et al (Perú, 2011). Estudiaron los cuidados en higiene oral en niños con discapacidad mental severa. Evaluaron a 10 niños de entre 6-17 años y realizaron la instrucción de cuidadoras en cuanto

a técnicas de cepillado y aplicaciones tópicas de clorhexidina 0.12% y haciendo un control cada 7 días valiéndonos del IHO-S. Obteniendo como resultado que los niveles de tártaro no mostraron una disminución significativa; todos presentaban afectado el sector anterior con gingivitis y se observó una mejora cualitativa de esta ⁽¹³⁾.

SERRANO, et al (Perú, 2011). Evaluó el estado de salud bucodental asociado al nivel de conocimiento en niños con discapacidad intelectual, seleccionó un grupo de 51 niños y niñas que padecieron de discapacidad intelectual no asociada a otros síndromes, de ambos géneros entre 5 y 14 años, se aplicaron los índices dispuestos por la OMS y se realizó una estadística descriptiva a través del paquete estadístico SPSS 15.0 para el análisis de resultados obteniendo que el 86% presenta placa dental y un nivel de conocimiento regular ⁽¹⁴⁾.

ANTECEDENTES REGIONALES

TENAZOA, T (2017, Loreto) 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 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. ⁽¹⁵⁾

1.2. BASES TEORICAS

El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos; o un esquema, estructura o marco de referencia.

El conocimiento según varios autores es todo un proceso mental basado en la elaboración de ideas a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche, etc. La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se le muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior de proceso mental que es el conocimiento. ⁽¹⁶⁾

Todo conocimiento adquirido sea apropiado o errado, tiene relación estrecha con la teoría del aprendizaje; más aún si este se presenta en personas con discapacidades por lo que se prefiere estudiar la modificación de conducta a partir de los diversos aprendizajes que se presenten. ⁽¹⁶⁾

A. PACIENTE ESPECIAL O DISCAPACITADO.

El paciente niño especial, discapacitado o con habilidades especiales; es aquel cuya condición física, mental clínica o social le impide alcanzar su pleno desarrollo en comparación con otros niños de su misma edad. ⁽¹⁷⁾

En el acta de rehabilitación de 1973 se define como “Persona incapacitada” a aquella persona que:

- Presenta un impedimento físico que limita las actividades principales de la vida, como el comer, ver, hablar, aprender, trabajar, etc.
- Presentan algún registro de cierto impedimento.
- Es considerado como que tiene algún impedimento.
- La amplitud del impedimento o discapacidad del niño depende del grado en el cual, su habilidad de funcionabilidad normal ha sido afectada.

Dividido en tres categorías principales de discapacidad:

- Discapacidad física.
- Discapacidad mental.
- Trastornos sistémicos.⁽¹⁷⁾

B. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS Y DISCAPACIDAD DE LA O.M.S.

DEFICIENCIA.

Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, incluye tanto situaciones innatas como adquiridas.

La deficiencia se refiere a las funciones propias de cada parte del cuerpo.⁽¹⁷⁾

Deficiencias intelectuales: perturbaciones del ritmo y grado de desarrollo de las funciones cognitivas. Así la percepción, la atención la memoria y el pensamiento con su deterioro; como consecuencia de procesos patológicos.

- Otras deficiencias psicológicas.
- Deficiencias del lenguaje.
- Deficiencias del órgano de la audición.
- Deficiencias viscerales y de otras funciones especiales.
- Deficiencias músculo esqueléticas⁽¹⁷⁾

DISCAPACIDADES.

Pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. La característica fundamental es la objetivación. En otras palabras la discapacidad toma forma al tiempo que el individuo toma

conciencia de un cambio de su identidad.⁽¹⁷⁾ Decir que alguien tiene una discapacidad es mantener la neutralidad, ya que son posibles distintos matices de interpretación en relación a su potencial. Discapacidad de la conducta: hacen referencia a la conciencia y capacidad de los sujetos para conducirse en las actividades de la vida diaria como en la relación con otros, incluida la capacidad de aprender.

Discapacidad de la comunicación: hacen referencia a la capacidad del sujeto para generar y emitir mensajes, así como para recibir y comprender mensajes.

- Discapacidad del cuidado personal.
- Discapacidad de la locomoción.
- Discapacidad de la disposición corporal.
- Discapacidad de destreza.
- Discapacidad de situación.
- Otras restricciones de la actividad.⁽¹⁷⁾

DEFICIENCIA INTELECTUAL.

Para comprender la Deficiencia intelectual o comúnmente llamada deficiencia mental, habría que acercarse antes al concepto de Inteligencia. La Teoría Monárquica defiende que la inteligencia es una facultad única o unitaria no compuesta por otras facultades inferiores.

La Teoría Oligárquica propone la existencia de un Factor General o "G" denominado Inteligencia General y un segundo factor específico constituido por la capacidad concreta para cada tipo de actividad (Factores S).⁽¹⁸⁾

Esta teoría nos conduce a una concepción determinista de la Inteligencia considerándola de forma estática y reduciendo la capacidad mental a una cifra (Coeficientes Intelectuales). Se ha de tomar con mucho cuidado este concepto, ya que las personas

tenemos diferente capacidad de respuesta y de adaptación al medio.⁽¹⁸⁾

Otros autores la definen, quizás de forma más certera como la habilidad para aprender, capacidad para pensar abstractamente, habilidad para adaptarse a situaciones nuevas, o también como conjunto de procesos cognitivos como memoria, categorización, aprendizaje y solución de problemas, capacidad lingüística o de comunicación y conocimiento social.

Siguiendo los lineamientos mencionados con anterioridad podemos decir que la deficiencia intelectual se define como la capacidad intelectual inferior a la media o promedio, que aparece generalmente durante la infancia y que se manifiesta por una alteración del desarrollo, problemas de aprendizaje y dificultad en la adaptación social.

C. CAUSAS RELACIONADAS DIRECTAMENTE A UNA DEFICIENCIA INTELECTUAL

SÍNDROME DE DOWN.

El síndrome de Down o trisomía del par 21 fue descrito por primera vez por John Longdon Hayden Down, en 1866. Es un fenómeno de translocación, tiene incidencia de 1: 660 nacidos vivos y está asociado con la edad materna avanzada. Las anomalías en el Síndrome de Down son tan comunes entre sí que a menudo parecen primos o hermanos.

Manifestaciones clínicas:

Características generales.

- Cabeza braquicéfala.
- Piel seca, esquematosa y a veces hiperqueratósica.
- Hipoplasia de los senos frontales.
- Puente nasal pequeño con aplasia del hueso nasal.

- Ojos oblicuos y fisuras palpebrales angostas.
- Pliegues epicánticos.
- Cuello corto y grueso. ⁽¹⁹⁾

Características bucales

- Lengua escrotal.
- Macroglosia con protrusión y mordida abierta.
- Anomalías palatinas (rugos anteriores prominentes).
- Maxilar superior hipoplásico.
- Ángulos gonianos oblicuos (tendencia a clase III).
- Desarmonías oclusales (mordida cruzada)
- Microdoncia.
- Dientes primarios que no se exfolian.
- Dientes conoides.
- Anodoncias.
- Dientes supernumerarios.
- Trastornos periodontales. ⁽¹⁹⁾

De las muchas anomalías bucales asociadas con el síndrome de Down, la enfermedad periodontal es la más común. Esta condición puede empezar poco después de la erupción de los dientes primarios y se cree que está asociada con la elevada prevalencia de gingivitis necrotizante. ⁽²⁰⁾

La infección gingival causa una pérdida de tejido interproximal, la que a su vez crea zonas para la acumulación de alimentos; esto, junto con la pobre higiene bucal, produce zonas para exacerbaciones inflamatorias recurrentes. La recidiva crónica de estas inflamaciones gingivales agudas resulta en una recesión gingival progresiva, pérdida de hueso, movilidad dentaria aumentada y pérdida de dientes a una temprana edad ⁽²⁰⁾

EL AUTISMO.

El autismo es un trastorno muy complejo del lenguaje, socialización y dificultades perceptivas motoras. Su etiología es incierta; se le conoce también como Síndrome de Kanner.

El síndrome autístico, está caracterizado por múltiples impedimentos de desarrollo, cognitivos, sensoriales, perceptuales, motoras, de lenguaje y problemas de la conducta y la socialización. Todas estas características hacen que sea definido como la incapacidad de relacionarse en la forma corriente con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida, desarrollando un deseo ansiosamente obsesivo por el mantenimiento de la identidad. La prevalencia del autismo se calcula entre el 2 y 5 por 10.000 de la población.

Los síntomas, causados por trastornos cerebrales, incluyen:

1. Perturbaciones en la rapidez de aparición de las habilidades físicas, sociales y de lenguaje.

2. Respuesta anormal a sensaciones. Cualquier combinación de los sentidos y sus respuestas están alterados: Visión, oído, tacto, dolor, equilibrio, olfato, gusto y el modo en que el niño maneja su cuerpo.

3. El habla y el lenguaje no aparecen o retrasan su aparición a pesar de que existan capacidades intelectuales evidentes.

4. Relación anormal con personas, objetos o acontecimientos.

Gilbert et al. Realizaron un estudio sobre 28 niños autistas situados en su primera infancia y encontraron marcadas peculiaridades en:

- a. La mirada: es fija, evitan el contacto ocular directo con las demás personas. Cuando miran lo hacen "de reojo".

b. La audición: muchos niños autistas han sido tomados por sordos en el primer período de sus vidas. No se inmutan ante los cambios auditivos de su entorno. Ignoran los sonidos fuertes que podrían alarmar a la mayoría de niños. Ello puede ser debido a una falta de interés por lo que los rodea, aunque pueden mostrar fascinación por ciertos sonidos sutiles como el desenvolvimiento de un caramelo.

c. El juego: pueden mostrar falta de interés en los juegos que divierten a los otros niños de su misma edad. No manifiestan interés en los juegos que implican una interacción social con sus padres. Mientras que los bebés pueden manifestar "características autistas", solo un diagnóstico valorativo exhaustivo puede revelar si tiene Autismo o simplemente son manifestaciones de comportamiento atribuibles a otras dificultades.

CONSIDERACIONES MÉDICAS ODONTOLÓGICAS.

Existen pocos problemas médicos que un odontólogo debe considerar al tratar a un niño autista. Sin embargo debe tenerse cierto cuidado en el trastorno convulsivo, ya que ello puede conllevar a una hiperplasia gingival secundaria debido a la medicación con anticonvulsionante. Promover una buena higiene bucal para el niño impedido requiere lograr de los padres un alto grado de cooperación.

La preparación de los padres especialmente de las madres, puede exigir posiblemente un esfuerzo igual al de plasmar las respuestas del niño. Es de esperar que una comprensión empática de las dificultades que estas familias enfrentan permitan al odontólogo no sólo corregir algunas falsas interpretaciones, sino también comprometer a los padres en la elaboración de un programa de higiene bucal adecuado, que cumpla las necesidades del niño autista. ⁽²¹⁾

En su mayor parte, los padres de niños autistas son informantes confiables de las dificultades de su hijo y pueden ser maestros y terapeutas eficaces con ellos.

El profesional debe darse cuenta del grado de madurez del desarrollo individual y de las dificultades específicas del síndrome; hay que intentar que el niño este cómodo en el ámbito del consultorio, preparándolo para que desarrolle un Rapport con el odontólogo. ⁽²¹⁾

En algunos casos se tendrá que hospitalizar al niño autista para su completa rehabilitación bucal con anestesia general, sin embargo, la mejor solución es evitar la necesidad de la hospitalización mediante un cuidado preventivo precoz, uso máximo de fluoruros, regulación de la dieta y promoción de una buena higiene bucal, sobre una base de pacientes ambulatorios.

⁽²¹⁾

LA EPIDEMIOLOGÍA DENTAL.

Por simple definición, es el estudio de la distribución y dinámicas de las enfermedades dentales en una población humana. La distribución significa que cierto número de personas se selecciona para tener alguna afección y que la relación entre la enfermedad y la población afectada se puede describir con variables como la edad, el sexo, grupo racial o étnico.

El término dinámica se refiere a la distribución temporal y tiene que ver con tendencias, patrones cíclicos y el lapso entre la exposición a los factores incitantes y el inicio de la enfermedad.

⁽²²⁾

La definición de Russell de la epidemiología dental puede dar un mejor entendimiento: “No es tanto el estudio de la enfermedad como un proceso, sino el estudio de la situación de la gente que presenta la enfermedad” ⁽²²⁾

LA PLACA MICROBIANA.

La placa microbiana es una película blanda, pegajosa que se acumula sobre la superficie dental, especialmente en la parte cervical de los dientes. La teoría de la formación de placa nos explica que se inicia con el depósito inicial de una capa de proteína salival en la superficie dentaria, a esta película se adhieren los microorganismos presentes en la saliva; es por eso que se habla de la formación de la placa en dos etapas, una etapa inicial que puede comprender un depósito no bacteriano y una segunda que comprenda la fijación de las bacterias.

El depósito de placa a nivel del margen gingival se produce en todas las superficies de los dientes y se puede observar clínicamente con o sin soluciones reveladoras en menos de 24 horas. Luego de su establecimiento inicial la placa se acumula rápidamente en dirección de la corona y después de aproximadamente una semana sin limpieza activa y adecuada alcanza su máximo espesor y extensión. La formación de placa es tan grande que al cabo de siete a catorce días sin higiene oral se observan depósitos inmensos en la zona gingival e interdental.

Existen varias teorías que explican la formación de placa, una de ellas refiere que el ácido láctico de las bacterias bucodentales favorece la precipitación de la mucina de la saliva y estas a su vez son metabolizadas por las enzimas de las bacterias, sufriendo desnaturalización, deshidratación e inactivación, para formar luego una placa inicial firme. Otros investigadores han mostrado que las proteínas de la saliva se encuentran en estado metabolizable y como son coloreables se precipitan en forma lenta, esta precipitación guarda mucha relación con el pH salival, tanto es así que el pH favorece el acúmulo de placa bacteriana y a su vez favorece el desarrollo bacteriano. Los grupos predominantes de microorganismos que aparecen durante la

formación de placa son los micrococos y estreptococos, los filamentos micóticos son raros en esta etapa. La placa madura, por otra parte, contiene cantidades variables de detrito celular y orgánico y consiste fundamentalmente de microorganismos filamentosos Gram positivos incluidos en una matriz amorfa. ⁽²²⁾

En la superficie de la placa se observan cocos, bacilos y en ocasiones leptothrix. Una placa de diez días contiene gran cantidad de las bacterias ya mencionadas además de vibriones y espiroquetas. En una placa de catorce días los cocos Gram negativos y los bacilos cortos constituyen aproximadamente el 50% de la placa total. El número total de microorganismos viables se ha estimado en 108 por miligramo de peso húmedo.

⁽²²⁾

La placa bacteriana tiende a calcificarse, al hacerlo aumenta el número de filamentos Gram negativos.

Es conocido que la presencia de la placa bacteriana es la causa directa de la enfermedad periodontal y caries dental, en consecuencia el control de la placa es esencial en la prevención.

⁽²²⁾

CONTROL DE PLACA.

El control de placa es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre dientes y superficies gingivales adyacentes. La eliminación de la placa microbiana lleva a la resolución de la inflamación gingival durante sus etapas iniciales y la suspensión de las medidas de control de placa lleva a su recurrencia.

El control de placa es una de las claves de la práctica de la odontología; sin este nunca se lograría, ni conservaría la salud bucal. Cada paciente en cada consultorio dental debe participar en un programa de control de placa.

Para el sujeto con periodonto sano, el control de placa significa la conservación de la salud; para aquel con enfermedad periodontal, significa una curación óptima después de tratamiento y para los pacientes con enfermedad periodontal tratada representa la prevención de la recurrencia de la enfermedad. ⁽²²⁾

PROCEDIMIENTO PASO A PASO PARA LA INSTRUCCIÓN DEL CONTROL DE LA PLACA.

En la terapéutica periodontal el control de placa cumple dos objetivos importantes:

1. Disminuir la inflamación gingival.
2. Evitar la recurrencia de la enfermedad periodontal.

La eliminación mecánica de la placa diaria parece ser el único medio práctico para mejorar la higiene bucal. ⁽²²⁾

PASO I: MOTIVACIÓN.

- La motivación es uno de los elementos más críticos de lograr para tener éxito, por lo que requiere de los siguientes esfuerzos.
- Receptibilidad, entender los conceptos de patogénesis.
- Modificación de los hábitos, adoptar un régimen auto administrado.
- Modificaciones del comportamiento, ajustar la jerarquía de las propias creencias y hábitos de higiene bucal.
- El paciente debe entender que es la enfermedad periodontal, cuáles son sus efectos, que es susceptible a ella y que puede hacer para lograr y conservar la salud bucal.
- El dentista debe reconocer que la motivación extensa efectiva suele ser en extremo difícil, si no es que imposible de lograr; por lo tanto, el dentista debe estar preparado para modificar el plan de tratamiento original si el paciente no está capacitado para cooperar en forma satisfactoria.

PASO II: EDUCACIÓN.

El cepillado dental es el procedimiento preventivo y terapéutico más importante administrado por el paciente. Y aunque rara vez se reconoce su importancia en la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal deberá ser bien explicado. ⁽²²⁾

PASO III: INSTRUCCIÓN.

Los pacientes pueden disminuir la incidencia de la placa y gingivitis con mayor eficacia mediante la instrucción y supervisión repetidas que con los hábitos auto adquiridos de higiene bucal, sin embargo, la instrucción con respecto a la limpieza de dientes debe ser algo más que una demostración de rutina sobre el uso del cepillo dental y los auxiliares de la higiene bucal. ⁽²²⁾

D. ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL PACIENTE IMPEDIDO.

La enfermedad periodontal es quizás la condición patológica bucal más común que afecta a la población adulta general, pero en cuanto concierne a los individuos impedidos, es el problema dental de mayor prevalencia en todas las edades.

Esto es debido a la gran acumulación de placa, el problema se complica en individuos con síndrome de down, cuya susceptibilidad a la enfermedad periodontal parece ser irrestricta.

La droga anti-epiléptica fenitoína (dilantina) produce una hiperplasia gingival en muchos pacientes que reciben esa terapia por mucho tiempo. ⁽²³⁾

E. ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL EN EL PACIENTE IMPEDIDO.

LA PLACA DENTARIA.

Son concentraciones de microorganismos localizados sobre las superficies dentarias; y se forman en zonas inaccesibles al cepillado; como por ejemplo zonas del cuello e ínter proximales. Factores como la higiene bucal inadecuada, comer alimentos blandos sin acción detergente, y la pobre coordinación muscular, pueden resultar en una intensa acumulación de placa bacteriana sobre los dientes de personas impedidas física y mentalmente, aún en superficies dentarias consideradas normalmente como de auto limpieza. ⁽²⁴⁾

La placa bacteriana se forma habitualmente sobre la película adherida, que suele estar libre de bacterias; la placa se origina como un sobre crecimiento de bacterias principalmente gram positivas y en sus estadíos iniciales, contiene también restos bucales y células descamadas del epitelio gingival. Si la placa no es removida a los pocos días aparecen bacterias más filamentosas que al aumentar la madurez, la flora vira a bacterias predominantemente Gram negativas. Esta placa se asocia con la producción de inflamación gingival. ⁽²⁴⁾

CÁLCULOS DENTALES.

Son acumulaciones que mantienen la placa bacteriana en contacto constante con los tejidos gingivales, provee una fuente de irritación mecánica y bloquea la salida de la hendidura gingival impidiendo el flujo del líquido de la misma.

Los pacientes impedidos están predispuestos a una mayor formación de cálculos en las superficies oclusales de los dientes. ⁽²⁵⁾ Muchas investigaciones y diversos resultados han llevado a la conclusión que, en algunos casos la formación de cálculo no

está asociado a la acumulación de restos y placa, sino que puede vincularse con otras diferencias ambientales. Como son:
Dietas y hábitos alimenticios: En muchos pacientes impedidos, la dieta restringida y la actividad muscular anormal pueden disminuir el estímulo funcional de las estructuras de soporte de los dientes y aumentar los depósitos deletéreos de placa. ⁽²⁶⁾

Acumulación y retención dentaria: La acumulación de alimentos entre los dientes pueden dañar los tejidos gingivales interproximales, sobre todo si se deja permanecer el alimento por un periodo prolongado. En el impedido, en quien puede prevalecer la pérdida de dientes, restauraciones defectuosas lesiones de caries no tratadas, la acumulación de alimento crea serios problemas periodontales. ⁽²¹⁾

Higiene bucal inadecuada: El descuido de la higiene bucal se ve con mucha frecuencia entre la población de impedidos. Este no solo resulta en mayores restos alimentarios, placa y acumulación de cálculos, sino también en estímulo gingival insuficiente, lo que origina una menor queratinización de la superficie y menor circulación sanguínea por esos tejidos. Tratamiento odontológico inadecuado: Las lesiones cariosas no tratadas y la extracción de dientes sin ser reemplazados, resultará en la pérdida del contacto ínter dentario y promoverá la acumulación de alimentos. ⁽²¹⁾

Respiración bucal: La respiración bucal aparece más frecuentemente en la población de impedidos, lo cual puede suceder debido al menor control de coordinación muscular. Se ha especulado que la sequedad de los tejidos gingivales actúa como un irritante y los tejidos responden sufriendo una proliferación hiperplásica que facilite la acumulación de placa.

Oclusión: No se piensa que el trauma oclusal sea un factor primario en la enfermedad periodontal. Sin embargo, en

presencia de inflamación gingival o destrucción periodontal, la oclusión traumática parece agravar el estado de enfermedad.

La movilidad dentaria, sensibilidad a la presión, migración de dientes y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, son indicaciones de oclusión traumática. En los impedidos pueden encontrarse frecuentemente patrones oclusales anormales causados por factores como la pérdida de dientes permanentes y la inclinación de dientes vecinos, bruxismo, la manía de masticar objetos o la presencia de restauraciones dentales altas debido a la incapacidad del paciente de expresar incomodidad.

Factores sistémicos: En general no se ha demostrado que ninguna enfermedad sistémica produzca enfermedad periodontal, en ausencia de factores locales como la placa. Si bien la eliminación de la enfermedad periodontal no ha curado ninguna dolencia sistémica, ha beneficiado a esos pacientes al eliminar la infección local y prevenir la incomodidad.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DENTAL.

Existe amplia evidencia para mostrar que la placa dental es el agente causal en la caries y en la enfermedad dental. Por lo tanto, para eliminar los efectos de la placa dental, deben utilizarse métodos que tiendan a eliminarla de los dientes y alrededor de los tejidos periodontales.

Junto con la eliminación de la placa, deben emplearse procedimientos para aumentar la resistencia del esmalte; en aquellas zonas donde la placa no se puede eliminar debido a la configuración anatómica, deben aplicarse selladores de fosas y fisuras.

Para todos los procedimientos necesarios se requiere la cooperación y motivación del paciente o en el caso de niños, de los padres.

ELIMINACIÓN DE PLACA.

El único medio eficaz para eliminar la placa de las partes coronarias y oclusales de los dientes y de la unión de los tejidos periodontales, es mediante métodos mecánicos, como el cepillado dental y el uso de seda dental. Infortunadamente, esto requiere la participación activa del paciente en forma regular.

La persona impedida es más resistente a la prevención porque no puede entender la razón que la determina o no es capaz de realizarla, o porque da poco o ningún valor a su salud bucal, de acuerdo con la naturaleza del impedimento, habrá que decidir a quién enseñar. En el caso del paciente gravemente impedido, o retardado, hay que elegir a un padre, cuidador o ayudante.

CONSEJO DIETÉTICO.

En una revisión bibliográfica, no se muestran, estudios sobre programas de regulación dietética en personas impedidas para el control de la enfermedad dental, sin embargo para poder prevenir la enfermedad dental, se debe reparar en la relación que mantiene con la dieta y ofrecer sugerencias para su implementación en el paciente.

DIETA Y ENFERMEDAD DENTAL.

Como se ha sugerido en párrafos anteriores, la placa dental juega un papel muy importante en la iniciación de la caries y de la enfermedad periodontal. El mecanismo exacto de la dieta sobre la formación de la placa no está aún del todo claro, pero se ha buscado implementar las medidas preventivas que regulen y modifiquen la ingestión dietética y la calidad del sustrato, necesarios para el crecimiento de la placa.

La nutrición y la dieta pueden afectar los dientes y los tejidos periodontales en dos formas:

- Sistémicamente durante su formación, desarrollo y mantenimiento.
- Localmente, por el contacto con las superficies de los tejidos y el producto resultante del metabolismo bacteriano.

El efecto de ciertos componentes y las propiedades del alimento parecen tener un efecto marcado en la iniciación y progreso de la enfermedad dental. Por ejemplo, se ha demostrado que una dieta cariogénica, cuando se administra por sonda, no produce caries en un animal susceptible, aunque un experimento similar en perros demostró que aun con alimentación por sonda hubo un aumento en el exudado gingival, lo cual parece sugerir que existía un sustrato de otras fuentes que no eran la cavidad bucal. Esto sugiere además que el metabolismo de la placa en la caries y la enfermedad periodontal pueden ser procesos diferentes.

En el paciente impedido, la consideración del sustituto dietético en una preocupación fundamental respecto a las propiedades físicas de los alimentos y su retención en la boca, debido a la alteración de la capacidad masticatoria de los flujos salivales y de la tensión muscular en la boca y alrededor de ella.

El consejo dietético debe darse para establecer un programa, de odontología preventiva, este consejo debe centrarse principalmente en el equilibrio y adecuación de la dieta, utilizando los cuatro grupos alimentarios básicos, minimizando la ingestión de sucrosa y las frecuencias de las comidas y considerando las propiedades físicas de los alimentos recomendados.

Si se notan deficiencias nutricias mayores junto con patología obvia o demoras en el crecimiento y desarrollo, está indicada la consulta con el médico del paciente para un asesoramiento dietético por un médico o un nutricionista profesional quien deberá considerar la historia familiar y la salud de la boca (índice de caries, índice de higiene oral e índice periodontal).

A pesar del consejo dietético se debe tomar una estrategia basada en cuatro acciones:

- Combatir los agentes microbianos.
- Aumentar la resistencia del diente.
- Modificar la dieta.
- Mejorar la entrega y aceptación de agentes preventivos de la caries.

ÍNDICES DE HIGIENE ORAL.

La epidemiología dental con todos los sistemas de índices es una ciencia joven.

El Índice C.P.O fue introducido por primera vez por Klein y Palmer (1938) posteriormente aparecieron los índices de Rusell (1956) y Ramfjord (1959) diseñado para poblaciones con un avanzado compromiso periodontal y finalmente Green y Vermillon (1960) donde se demuestra el avanzado compromiso periodontal lo que determina una extensión coronal de la placa bacteriana.

El índice de higiene de O'leary tiene el inconveniente del factor tiempo para la toma de los datos, esto siempre aplicable a grandes poblaciones. Otros índices de higiene oral que relacionan el nivel de conocimiento con el índice de higiene oral, son el Test de Hu-dbi el cual consta de 20 ítems (preguntas) estando hecho con un sistema dicotómico (si o no) de los 20 solo 12 ítems tienen puntaje dependiendo del tipo de respuesta que se exprese, las otras preguntas no tienen calificación debido a que no tienen relación con el estado periodontal.

El índice de higiene oral de Ori es el que relaciona con el test de Hu-dbi. ⁽²²⁾

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO. (GREEN Y VERMILLION) (IHOS).

Green y Vermillon elaboraron el índice de higiene bucal en 1960 y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies que representaban los segmentos anteriores y posteriores de la boca.

El IHO-S mide la superficie del diente cubierta por restos y cálculos.

El HIO-S consiste en dos variables; el índice de restos simplificados (DI-S) y el índice de cálculos simplificados (CI-S). Cada componente se evalúa en una escala de 0-3

Las seis superficies dentarias examinadas en el IHO-S son las caras bucales de los dientes número 3,8,14,24 y las linguales de los dientes número 19,30. Cada superficie dentaria se divide de manera horizontal en tercio gingival, medio e incisal. ⁽¹⁷⁾

El mayor valor del IHO-S es su uso en los estudios epidemiológicos y en la evaluación de programas de educación de salud dental (longitudinal).

También puede evaluar un caso individual de limpieza bucal y con extensión limitada, usarse en pruebas clínicas.

El índice es fácil de utilizar porque el criterio es objetivo, el examen puede llevarse a cabo en forma rápida y un alto grado de reproducibilidad es posible con un mínimo de sesiones de adiestramiento. ⁽²²⁾

FAMILIA Y DISCAPACIDAD

La presencia de un hijo con discapacidad genera en la familia, en la mayoría de los casos, una serie de desajustes. Tal vez la primera reacción de los padres sea no creer, ocultar y ocultarse ante los demás, pensar y desear que haya una equivocación en el diagnóstico.

Perciben su realidad como violenta y dolorosa y tratan de evadirla, pues su imagen de padres era disfrutar al hijo, verlo crecer y verse reflejados en él. Los padres transitan distintas etapas, desde no aceptar la situación de tener un hijo diferente, pasando de médico en médico, culpando a profesionales, buscando medicinas alternativas, hasta que aceptan la real magnitud y el significado de la discapacidad, comprendiendo que el problema del hijo persistirá. ⁽²⁷⁾

A partir de ese momento, aparecen los sentimientos de culpa, las recriminaciones y dudas. La dedicación de tanto tiempo al menor provoca deterioro en la relación familiar con sus otros hijos y consigo mismos, siendo frecuentes las relaciones distantes, separaciones, personas cansadas y angustiadas.

Esto afecta la calidad de vida de los integrantes del grupo familiar y del hijo con discapacidad. También se dan casos de padres que comprenden y aceptan pronto la real situación de su hijo, alcanzando grandes logros en el desarrollo de las potencialidades del niño, no perdiendo la visión de las otras áreas de desarrollo de sus vidas. ⁽²⁷⁾

HIGIENE ORAL EN PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES.

En personas con necesidades especiales se presentan numerosos problemas de salud bucal debido a la mala higiene, la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento, la proporción de caries dental en estos niños aumenta, y los problemas bucales en ellos son más severos por las anomalías dentales que presentan.

Los procedimientos habituales de higiene bucal no logran el propósito de controlar la placa dental, de prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal, dado el papel determinante que

tiene la misma en la causa de ambas afecciones, las que a su vez pueden causar la pérdida dental prematura, uno de los factores de riesgo en maloclusiones, en las que también juegan un papel fundamental los hábitos deformantes. **ARIAS, S. et al. (2005).** ⁽²⁸⁾

La importancia de la buena salud oral de los pacientes afectados con discapacidades físicas e intelectuales han motivado a varios autores a preparar un programa de higiene oral y de prevención de enfermedades dentales y periodontales, demandando la participación de los demás miembros de las respectivas familias, los educadores y los profesionales especializados. **OTERO, J. (2005).** ⁽²⁹⁾

HIGIENE ORAL EN NIÑOS DISCAPACITADOS.

El índice de Higiene Oral fue desarrollado por Green y Vermillion en el año 1960, se incluye solo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca.

Su objetivo es determinar cuantitativamente los depósitos blandos y duros sobre las superficies dentarias, el estado de higiene oral se mide únicamente en superficies de dientes completamente erupcionados o que hayan alcanzado el plano oclusal.

Consta de dos elementos: El Índice de Placa y el Índice de Cálculo. Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Las seis superficies dentales examinadas en el IHOS son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho y el incisivo central izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar izquierdo y el primer molar inferior derecho. ⁽³⁰⁾

Para obtener el índice deben estar presente en boca como mínimo dos de las piezas dentarias señaladas, de lo contrario el

índice se obtiene evaluando todas las piezas presentes en boca.

CABELLOS, D. (2006).

Los valores son los siguientes:

BUENO : 0.0 – 1.2
REGULAR : 1.3 – 3.0
MALO : 3.1 – 6.0 ⁽²⁹⁾

TÉCNICA DE CEPILLADO EN PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES.

La situación discapacitante determinará si será capaz de utilizar un cepillo dental por sus propios medios o no. Se han modificado algunos cepillos dentales para facilitar el manejo de los mismos por los discapacitados.

La técnica de cepillado para pacientes discapacitados debe ser eficaz pero sencilla, y la más recomendada frecuentemente es el método horizontal o de barrido, la cabeza del cepillo se posiciona en un ángulo de 90° respecto de la superficie dental y se realiza movimiento horizontal. Las superficies oclusal, lingual y palatino de los dientes se cepillan con la boca abierta y las superficies vestibulares se limpian con la boca cerrada.

MATOSSES, A. (2001). ⁽³¹⁾

La técnica de Fones es indicada para los niños de edad preescolar su aprendizaje requiere menor tiempo de enseñanza y es de simple comprensión, siendo recomendada para niños que no presentan mucha habilidad, que sean menos motivados o interesados, o incluso también, cuando se cuenta con poco tiempo disponible para la enseñanza.

En esta técnica los movimientos realizados en las superficies vestibulares, linguales o palatinas de los dientes son circulares y

en las superficies oclusales e incisales son anteroposteriores.
GUEDES, A. (2003). ⁽³²⁾

Existen varios factores que intervienen para escoger los cepillos dentales, o incluyendo el material de las cerdas, el largo, el diámetro y el número total de las cerdas, el tamaño de la cabeza (parte activa) del cepillo, el número y colocación o posición de los penachos de las cerdas; la angulación de la cabeza en relación al mango del cepillo y la forma del mango. **GUEDES, A. (2003).** ⁽³²⁾

Lo más recomendable para el niño son los cepillos que posean cerdas blandas de punta redondeada. Se aconseja un tamaño de cabezal de cepillo más pequeño y un mango más grueso que el adulto. **BOJ, J.R. (2005).** ⁽³³⁾

HILO DENTAL.

Generalmente no se recomienda la utilización del hilo dental para higienizar los dientes de los niños pequeños. Los diastemas y los espacios primates, característicos de la dentición decidua, permiten la limpieza de las superficies proximales sin necesidad de emplear el hilo dental. Sin embargo los niños mayores y los adolescentes si deben utilizarlo.

El hilo dental puede ser encerado o no, pero debe tener hebras paralelas que formen una especie de cinta cuando sea presionado sobre la superficie proximal del diente.

Tome un segmento de hilo dental de uno 30 a 40 cm; enrolle una vuelta del hilo en uno de los dedos medios y en el dedo medio.
HEREDIA, C. et al. (1999). ⁽³⁴⁾

FLÚOR.

El flúor es un elemento del grupo de los halógenos, electronegativos, que por lo general se encuentra unidos a otros elementos debido a su gran reactividad. El flúor reduce la incidencia de la caries dental y disminuye o invierte la progresión de las lesiones ya existentes. Favorece la capacidad del esmalte para la remineralización retrasando así la progresión de cualquier lesión cariosa. **PODESTÁ, M. (2005).**⁽³⁵⁾

El flúor puede utilizarse tanto en forma sistémica como tópica. Se ha comprobado que el flúor ejerce principalmente su efecto protector de la caries en el periodo post eruptivo, y sobre todo gracias a su acción tópica.

Además, el flúor vía sistémica parece tener un efecto preventivo más modesto, actuando principalmente en el periodo pre eruptivo por incorporación de flúor a través de la circulación sanguínea al esmalte en desarrollo. **BOJ, J.R. (2005).**⁽³³⁾

CARIES DENTAL.

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa y multifactorial que consiste en la desmineralización y desintegración progresiva de los tejidos dentarios calcificados. Este proceso es dinámico, porque sigue un proceso de desarrollo y se produce bajo una capa de bacterias acumuladas sobre las superficies dentarias. Se considera que la caries está producida por los ácidos formados por las bacterias de la placa mediante el metabolismo de los azúcares de la dieta. La caries dental afecta a personas de cualquier edad y es una de las enfermedades humanas más frecuentes.⁽³⁶⁾

Existen diversos tipos de clasificación de las caries, como superficial, intermedia o profunda, también aguda o crónica, y la clasificación de Black en clase I, II, III, IV y V, de acuerdo a su

localización. Las localizaciones que se observan con mayor frecuencia, tanto en la dentición decidua o permanente, son las fosas y fisuras, las superficies proximales y las zonas gingivales de las superficies lisas libres. ⁽³⁶⁾

PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad. ⁽³⁷⁾

HIGIENE BUCAL.

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida. ⁽³²⁾

NORMAS DE CEPILLADO GENERALES.

La limpieza de los dientes debe comenzar con la erupción del primer diente y continuar durante toda la vida. Se debe realizar después de las comidas y sobre todo antes del descanso nocturno. ⁽³⁸⁾

TÉCNICA DE BASS MODIFICADA.

Es la considerada más eficiente en odontología. Se colocan las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45° grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente la superficie dental externa de 2 o 3 dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de 2 o 3 dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45° grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Incline el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento. ⁽³⁸⁾

EL USO DEL HILO DENTAL.

El uso del hilo dental es tan importante como el uso del cepillo. La seda garantiza la remoción de detritos que el cepillado no elimina. De acuerdo con algunos estudios, la asociación del cepillado y la seda remueve un 26% más de placa que el uso aislado del cepillo. ⁽³⁹⁾

La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y la destreza manual. Se reconoce que los niños preescolares y de los primeros grados de primaria son incapaces de manipular correctamente el hilo dental entre sus dientes. En consecuencia la responsabilidad por los procedimientos del uso del hilo dental radica en los padres.

⁽³⁹⁾

MODO DE EMPLEO

Se coge aproximadamente 60 cms. de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cms. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de 3 a 4 cms. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén, a través del punto de contacto, tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes, incluso en los más alejados. ⁽⁴⁰⁾

1.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

✓ Nivel de Conocimiento de Salud bucal (BENAVENTE, L - 2009)

Es el nivel de educación que posee las personas acerca de la situación de salud o enfermedad, que se puede medir a través de la identificación de factores de riesgo, se evidencia por su capacidad de prevenirlos o controlarnos a nivel individual o grupal.

✓ Higiene Oral (MORALES, O - 2008)

Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.

✓ Índice de Higiene Oral (MORALES, O - 2008)

Es una técnica de medición que sirve para estudiar la epidemiología de las enfermedades periodontales y el cálculo, por lo tanto, evalúa la eficacia del cepillado dental, la atención odontológica de una comunidad, y también nos permite observar los efectos los efectos inmediatos y mediatos de programas de educación sanitaria.

✓ Síndrome de Down (BOJ, J et col – 2007)

Es un trastorno genético, causada por un cromosoma extra del par 21, lo que posteriormente daría origen a la denominación “trisomía 21”.

✓ **Autismo (BOJ, J et col – 2007)**

Es una psicosis precoz grave que sobreviene en la primera infancia. La etiología y su prevalencia es de 2 a 4 de cada 10,000 niños menores de 12 a 15 años, siendo más frecuente en niños que en niñas. Aproximadamente el 80% presentan retraso mental, siendo este profundo en más de la mitad de los casos.

CAPITULO II

PLATEAMIENTO DE PROBLEMA

2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La educación básica especial busca favorecer el aprendizaje de todas y todos los estudiantes, respetando sus diferencias. Estos programas funcionan como un soporte en el desarrollo de la educación inclusiva del país.

La mala salud oral de los pacientes afectados con discapacidades físicas y psicológicas ha motivado a varios autores demandar la participación de los padres de familia, educadores y profesionales especializados.

Tan y Rodríguez en el año 2001 concluyeron que para realizar mejores tratamientos bucales en pacientes discapacitados se requiere el apoyo de la familia de tal manera que el padre o madre de familia se comprometa y se responsabilice de la higiene bucal de su niño con discapacidad, para obtener una mejor salud bucal. ⁽⁴¹⁾ Es decir la base de todo es el conocimiento, pero ¿Cuánto saben las madres?, ¿De dónde se debe partir? Y ¿A dónde se debe apuntar para iniciar un programa de prevención?

Sin embargo a pesar que es una población numerosa aún no existen programas preventivos oficiales a nivel nacional para este tipo de pacientes, siendo los niños los más perjudicados. La importancia de saber el nivel de conocimiento de los padres de niños discapacitados sobre higiene bucal es crucial puesto que el conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades odontoestomatológicas y más aún en niños

discapacitados que necesitan el asesoramiento de sus padres para tener una mejor higiene bucal ⁽⁴¹⁾

Derivado de lo anterior, el presente estudio plantea como interrogante de investigación encontrar la relación entre el índice de higiene oral de niños con habilidades diferentes y el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres en la higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E -Iquitos 2020.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.2.1 . PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de higiene oral en niños con habilidades diferentes en Centros Educativos Básicos Especial - IQUITOS 2020?

2.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial “Claverito” ciudad Iquitos 2020?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial “Iquitos” ciudad Iquitos 2020?
- ¿Cuál es el estado de higiene oral en la higiene oral de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial Iquitos” “Claverito” 2020?
- ¿Cuál es el índice de higiene oral en los niños con habilidades diferentes en los centros básica especial “Iquitos” “claverito” ciudad Iquitos 2020?
- ¿Existe relación significativa entre el conocimiento sobre higiene oral en madres y estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial “Iquitos” “claverito” ciudad Iquitos 2020?

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial “claverito” e “Iquitos” 2020.

2.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “Claverito” e “Iquitos” 2020.
- Determinar el estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “Claverito” e “Iquitos” 2020.
- Establecer la relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de la higiene oral de los niños con discapacidad intelectual.
- Elaborar un folleto informativo dirigido a las madres de niños con habilidades diferentes.

2.4. HIPOTESIS

Existe relación del nivel de conocimiento sobre Higiene Oral de las madres, influye significativamente en la higiene oral de niños con habilidades diferentes en los Centro Educativo Básico Especial -Iquitos 2020.

2.5. VARIABLES

2.5.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLE

La investigación presenta dos variables centrales que son:

- **Variable 1:** Estado de Higiene oral de los niños con habilidades diferentes

- **Variable 2: Nivel** de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes.

2.5.2. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres.

DEFINICION CONCEPTUAL

Es el conocimiento de la gestante en prevención en salud bucal.

INDICADORES y NIVELES

Bueno 14 – 17

Regular 9 – 13

Malo 0 – 8

INSTRUMENTO

Cuestionario sobre salud bucal (validada por juicios de expertos).

VARIABLE

Índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes.

DEFINICION CONCEPTUAL

Índice de higiene para evaluar los factores de riesgo, mediante la presencia o no de biofilm en la cavidad bucal.

INDICADORES Y NIVELES

Adecuado 0-0 – 1.2

Aceptable 1.3 – 3.0

Deficiente 3.1 – 6.0

INSTRUMENTO

IHO – S (Índice de Green y Vermillion)

2.5.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	NIVELES	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres.	Es el conocimiento de la gestante en prevención en salud bucal.	Bueno	14 – 17	Cuestionario sobre salud bucal (validada por juicios de expertos).
		Regular	9 – 13	
		Malo	0 – 8	
Índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes.	Índice de higiene para evaluar los factores de riesgo, mediante la presencia o no de biofilm en la cavidad bucal.	Adecuado	0-0 – 1.2	IHO – S (Índice de Green y Vermillion)
		Aceptable	1.3 – 3.0	
		Deficiente	3.1 – 6.0	

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

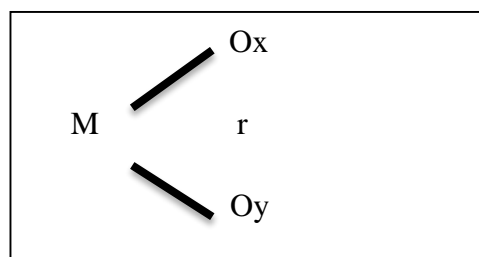
A. TIPO DE INVESTIGACION

El estudio es de tipo Cuantitativo.

B. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño que se presenta es No Experimental de tipo Correlacional, porque en la investigación existió un grado de control mínimos de las variables; no hubo manipulación de las variables, porque además se pretendió determinar la relación entre las variables de estudio, TRANSVERSAL porque estudia a los sujetos en un mismo momento.

El esquema es el siguiente:



Dónde:

M = Muestra

R = Relación entre Variable.

O = Observaciones obtenidas en cada una de las variables.

Ox = Variable dependiente.

Oy = Variable independiente.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

A. Población:

La población del presente estudio estuvo conformada por 60 niños con habilidades diferentes matriculados en los Centros Educativos Básicos Especial –Iquitos, enero - junio 2020.

B. Muestra:

La muestra del estudio de investigación se hizo en base al total de la población. No se utilizó ninguna fórmula de muestreo.

3.3. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y RECOLECCIÓN DE DATOS

A. TECNICA

Para efectos de estudio, se realizaron de la siguiente manera:

- Entrevista.
- Visita domiciliaria.
- Visita al a los centros básica especial “Iquitos” “Claverito” ciudad Iquitos enero - junio 2020
- Se procedió a la identificación de la población en estudio.
- Se realizó la evaluación a las madres de los niños con habilidades diferentes a través de un cuestionario.
- Se analizaron un examen intraoral con ficha de IHO - S.

Los datos serán registrados en el instrumento N° 01.

- Se tabularon los datos.
- Se procesaron los datos en el programa estadístico informático (SPSS 17.0).
- Se procedió a analizar la información y elaborar el informe.

B. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario validado por Juicio de expertos. Este cuestionario constara de 17 Preguntas cerradas o estructuradas dirigida a madres de niños con habilidades diferentes, donde se consideró:

Placa bacteriana (2 preguntas).

Caries (2 preguntas).

Enfermedad periodontal (2 preguntas).

Prevención (8 preguntas).

Información general (3 preguntas).

Dándose un punto por cada respuesta correcta, y mediante regla de tres simples se agruparon los resultaron en los siguientes intervalos:

- Malo (0 – 8 puntos).
- Regular (9 – 13 puntos).
- Bueno (14 – 17 puntos).

C. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

- Solicitud de permiso de trabajo dirigido a los Directores en los C.E.B.E -Iquitos enero - junio 2020.
- solicitud de participación voluntaria de las madres y su autorización para la evaluación de los niños con habilidades diferentes matriculados en los C.E.B.E -Iquitos 2020.
- La investigación se realizó en los ambientes del Centro Educativo Básica Especial “Iquitos” “Claverito” ciudad Iquitos 2020.

- Se realizó un cuestionario a las madres de niños con habilidades diferentes para medir su nivel de conocimiento sobre salud bucal.
- Se aplicó el examen intraoral a los niños con habilidades diferentes para la obtención del IHO – S.

3.4. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

La información recogida fue ingresada en una base de datos de Excel, siendo luego procesada con el software SPSS 15.0, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación se exponen a continuación en las siguientes tablas y gráficos

Tabla N° 01

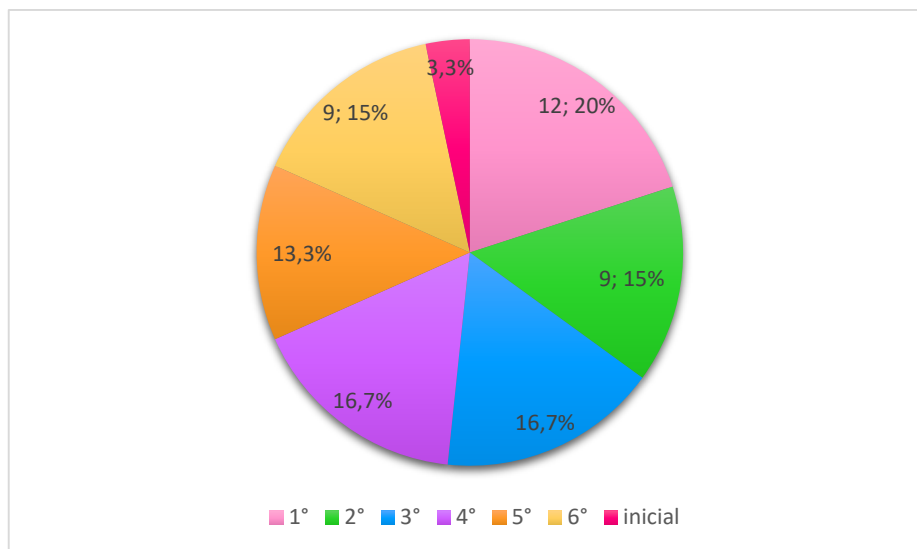
Distribución según grado de instrucción de los niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - IQUITOS 2020

	Frecuencias	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
1°	12	20,0	20,0	20,0
2°	9	15,0	15,0	35,0
3°	10	16,7	16,7	51,7
4°	10	16,7	16,7	68,3
5°	8	13,3	13,3	81,7
6°	9	15,0	15,0	96,7
Inicial total	2	3,3	3,3	100,0
	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico N° 01

Distribución según grado de instrucción de los niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - IQUITOS 2020



Fuente: Tabla N° 01

En la Tabla N° 01 y el Gráfico N° 01, se observa que del 100% (60) de estudiantes, el 20% (12), fueron de primero de primaria; el 15% (9), segundo de primaria; mientras que el 16,7% (10), al tercero igual que cuarto de primaria, en quinto de primaria 13,3%(9), por otro lado, el 3,3%(2) fueron del nivel inicial.

Tabla N° 02

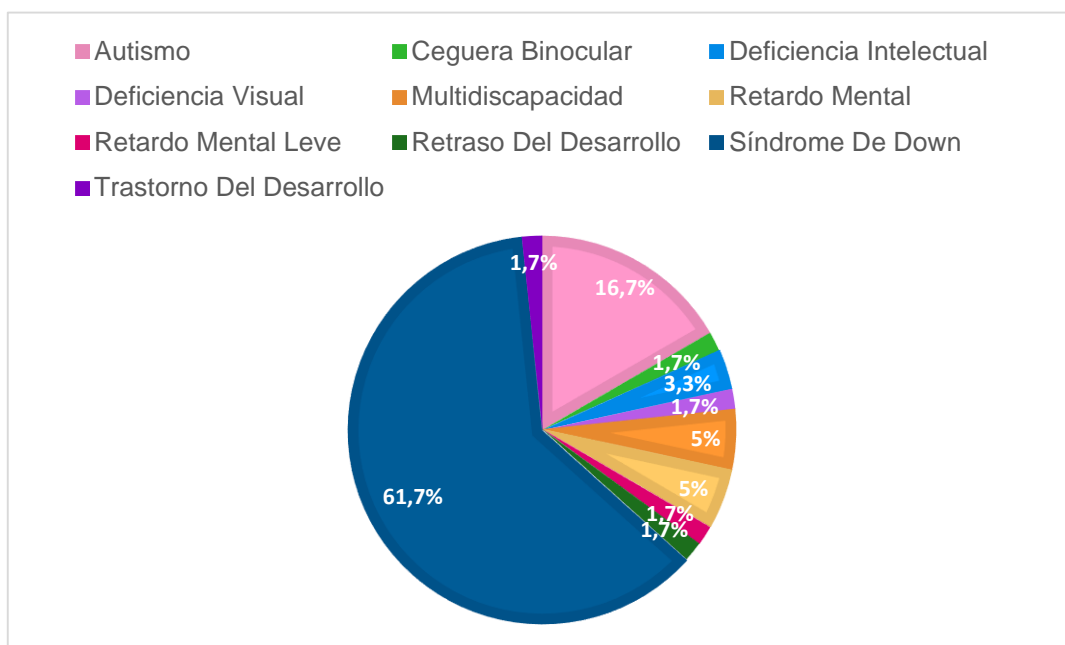
Distribución según diagnóstico de los niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - IQUITOS 2020

	DIAGNOSTICO DE LOS NIÑOS			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
autismo	10	16,7	16,7	16,7
Ceguera binocular	1	1,7	1,7	18,3
Deficiencia intelectual	2	3,3	3,3	21,7
Deficiencia visual	1	1,7	1,7	23,3
Multidiscapacidad	3	5,0	5,0	28,3
Retardo mental	3	5,0	5,0	33,3
Retardo mental leve	1	1,7	1,7	35,0
Retraso del desarrollo	1	1,7	1,7	36,7
Síndrome de down	37	61,7	61,7	98,3
Trastorno del desarrollo	1	1,7	1,7	100,0
total	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico N° 02

Distribución según diagnóstico de los niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - IQUITOS 2020



Fuente: Tabla N° 02

En la Tabla N° 02 y el Gráfico N° 02, se observa que del 100% (60) de estudiantes, el diagnóstico es, el 16,7% (10), Autismo; el 1,7% (1), Ceguera Binocular; el 3,3% (2) Deficiencia Intelectual; el 1,7% (1) Deficiencia Visual; el 5% (3) Multidiscapacidad; el 5% (3) Retardo Mental; el 1,7% (1) Retardo Mental Leve; el 1,7% (1) Retraso Del Desarrollo; en mayor porcentaje Síndrome De Down con 61,7% (37), finalmente, Trastorno Del Desarrollo con 1,7% (1).

Tabla N° 03

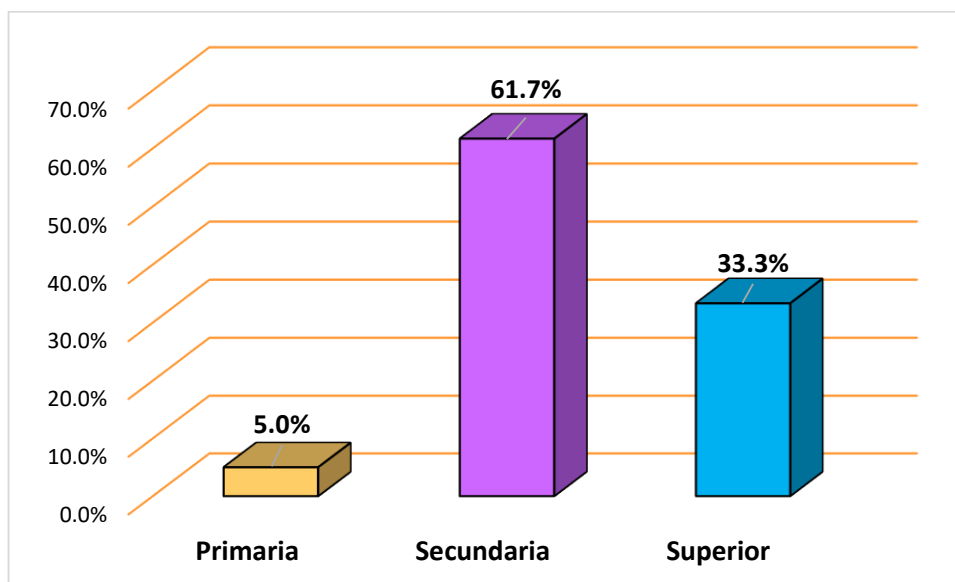
Distribución de las madres según grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Primaria	3	5,0	5,0	5,0
Secundaria	37	61,7	61,7	66,7
superior	20	33,3	33,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico N° 03

Distribución de las madres según grado de instrucción



Fuente: Tabla N° 03

En la Tabla N° 03 y el Gráfico N° 03, se observa que del 100% (60) de madres, el 5% (3), cuentan con primaria; el 61,7% (37), con secundaria; mientras que el 33,3% (20), con estudios superiores.

Tabla N° 04

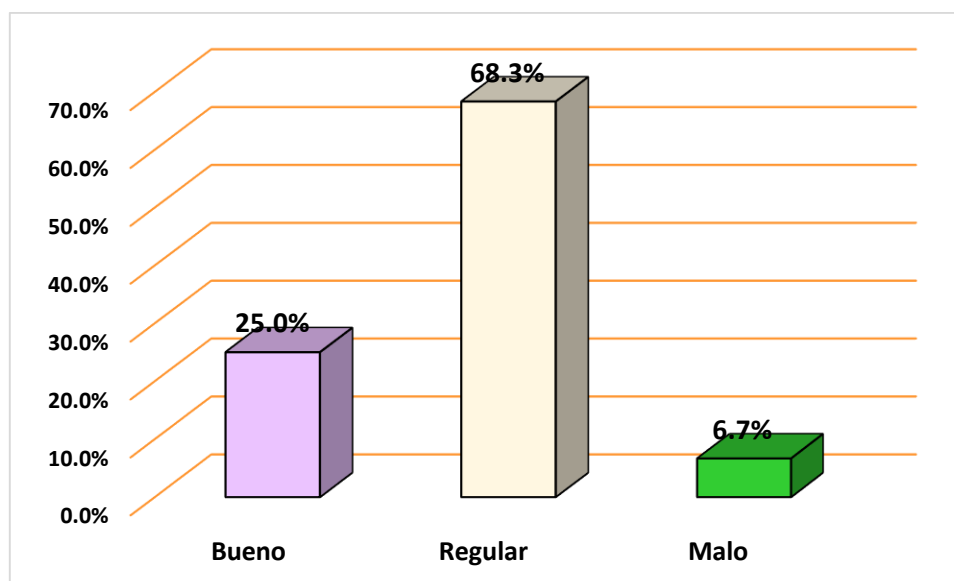
Nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Bueno	15	25,0	25,0	25,0
Regular	41	68,3	68,3	93,3
Malo	4	6,7	6,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Gráfico N° 04

Nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.



Fuente: Tabla N° 04

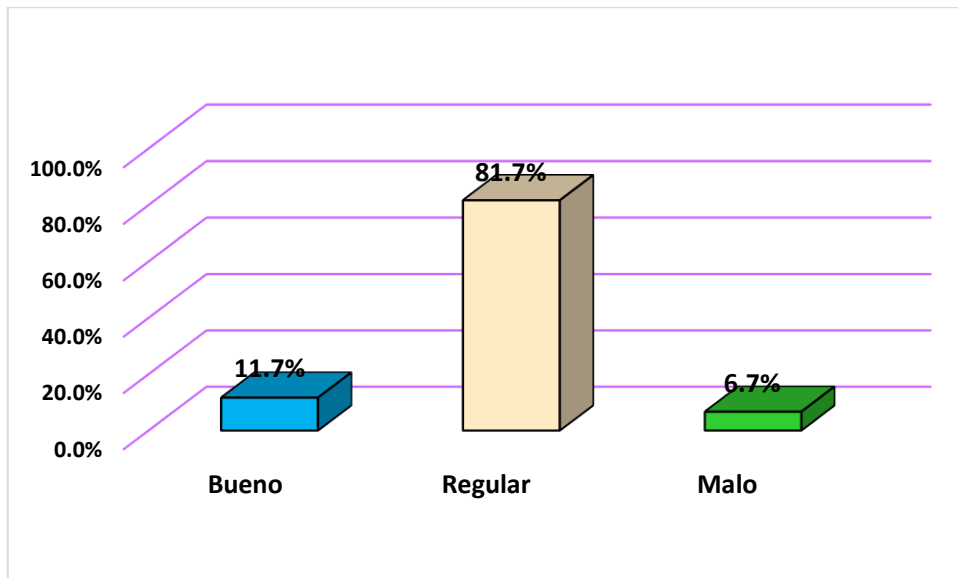
En la Tabla N° 04 y gráfico N°04, se aprecia que el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en su mayoría es Regular en un 68,3% (41), seguido de un nivel Bueno en un 25% (15), mientras que el 6,7% (4) del total con nivel Malo.

Tabla N° 05
Estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Bueno	7	11,7	11,7	11,7
Regular	49	81,7	81,7	93,4
Malo	4	6,7	6,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N° 05
Estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.



Fuente: Tabla N° 06

En la Tabla N° 06 y gráfico N°06, se aprecia que el estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en su mayoría es Regular en un 81,7% (49), seguido de un nivel Bueno en un 11,7% (7), mientras que el 6,7% (4) del total con estado Malo.

Tabla N°06

Relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.

			Estado de higiene oral en niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E - Iquitos 2020			Total	
			Bueno	Regular	Malo		
Nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres	Bueno	Recuento % del total	1 1,7%	14 23,3%	0 0,0%	15 25,0%	
	Regular	Recuento % del total	6 10,0%	31 51,7%	4 6,7%	41 68,3%	
	Malo	Recuento % del total	0 0,0%	4 6,7%	0 0,0%	4 6,7%	
total			Recuento % del total	7 11,7%	49 81,7%	4 6,7%	60 100,0%

$X^2c=3,550^a$

gl = 4

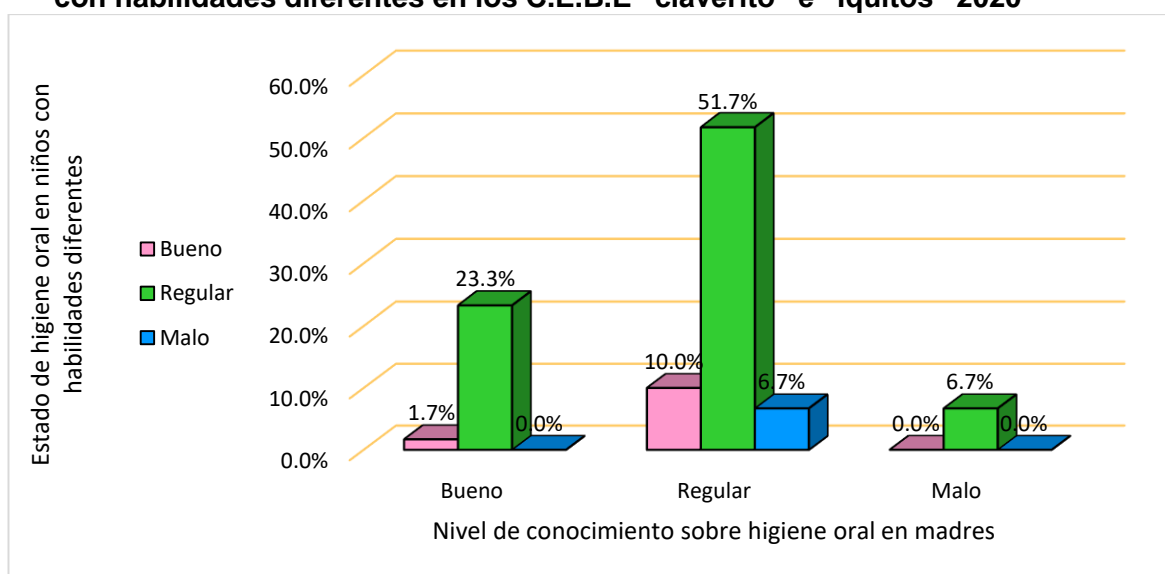
p valor = 0,470

$\alpha = 0,05$

X²c: Estadístico Chi cuadrado, gl: Grados de libertad, p: Error de la prueba, α : Nivel de significancia

Gráfico N° 06

Relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020



La Tabla N° 06 y Gráfico N° 06 muestra la relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020, donde el 23,3% (14) tuvieron un nivel de conocimiento Bueno pero estado de higiene oral Regular; el 1,7% (1) con nivel de conocimiento bueno y estado de higiene Bueno.

Por otro lado, los que tuvieron un nivel de conocimiento Regular; el 51,7% (31) tenían estado de higiene Regular; el 10,0% (6) con estado de higiene Bueno, y un 6,7% (4) con estado de higiene Malo.

Así mismo, los que tuvieron un nivel de conocimiento Malo; el 6,7% (4) tenían estado de higiene Regular.

Estos resultados fueron sometidos a la prueba estadística de chi cuadrado obteniéndose un valor de $P\text{-valor} = 0,470 > \alpha = 0,05$, demostrando que no existe relación estadística significativa entre las variables por lo que no se acepta la hipótesis:

“El nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en madres, influye significativamente en la higiene oral de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial “Iquitos” “Claverito” Iquitos 2020”

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,550 ^a	4	,470
Razón de verosimilitud	5,228	4	,265
N de casos válidos	60		

a. 7 casillas (77,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

CAPITULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación, el diagnóstico de los 60 estudiantes con mayor porcentaje fue el de síndrome de Down con 61,7% (37), el 16,7% (10), Autismo, mientras que en el estudio de González, M. de los 42 pacientes analizados 14 corresponden a síndrome de Down y 28 a parálisis cerebral; las cuales nos indica que son los diagnósticos de mayor presencia en pacientes con habilidades especiales, afirmando el estudio de Ardila B de que el síndrome de Down es una de las anomalías cromosómicas más comunes por lo que las condiciones médicas en los individuos con Síndrome de Down generan implicaciones bucales de importancia las cuales deben ser conocidas por el profesional de Odontología para una atención adecuada.

Posterior a la evaluación del conocimiento sobre salud oral de las madres que se realizó mediante un cuestionario, clasificándolos en 3 grupos de nivel de conocimiento sobre salud oral bueno, regular y deficiente.

En nuestros resultados la relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en 60 madres y estado de higiene oral de 60 niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020, donde los resultados evidenciaron que el 23,3% (14) tuvieron un nivel de conocimiento Bueno pero estado de higiene oral Regular; el 1,7% (1) con nivel de conocimiento bueno y estado de higiene Bueno.

Por otro lado, los que tuvieron un nivel de conocimiento Regular; el 51,7% (31) tenían estado de higiene Regular; el 10,0% (6) con

estado de higiene Bueno, y un 6,7% (4) con estado de higiene Malo; sin embargo el estudio de Arana C.(2016) tuvieron como resultados de los 84 evaluados un deficiente conocimiento de los padres sobre salud oral (47,6%) y una higiene oral mala en los escolares (45,2%)

En el estudio de Carrillo S. 2017 estuvo representada por 80% de padres con grado de Instrucción superior la cual no hubo diferencia significativa en el grado de conocimiento. Así mismo en nuestro estudio el grado superior y secundaria 61.7% y 33.3% respectivamente también fue regular en ese mismo sentido Pérez 2015 fue regular.

En nuestro estudio nos enfocamos en el nivel de conocimiento de la madre y el índice de higiene oral en los niños con habilidades diferentes, pero al momento de examinar a los niños concordamos con Dillon G. 2014 que las manifestaciones más comunes en los niños con síndrome de Down son: lengua fisurada, macroglosia, dientes apiñados, resequedad de los labios, gingivitis, caries dental y maloclusión tipo III.

En el estudio de Chavez J. Perú 2018 El diseño metodológico que utilizó fue descriptivo, el tipo de investigación fue transversal, prospectivo y observacional con un enfoque cuantitativo tomando una muestra de 40 padres de los alumnos del centro de educación especial, obteniendo como resultado que en gran mayoría en un número de 20 padres el (50%) presenta el nivel de conocimiento Regular; además, se aprecia que en un número de 14 padres el (35%) presentan un nivel de conocimiento Bajo. También se observa que solo en una minoría de 6 padres, el (15%) presenta un nivel de conocimiento Alto.

Mientras que nosotros utilizamos el diseño No Experimental de tipo Correlacional, el tipo de investigación Cuantitativo, tomando como muestra a 60 madres de los alumnos de los C.E.B.E "Iquitos" y "Claverito" obteniendo como resultado que el nivel de

conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en su mayoría es Regular en un 68,3% (41), seguido de un nivel Bueno en un 25% (15), mientras que el 6,7% (4) del total con nivel Malo.

Para los autores de la investigación el hecho de que no exista relación estadística entre el nivel de conocimiento de las madres y el estado de higiene oral de los niños con habilidades diferentes se debe a muchos factores, entre las cuales podemos mencionar el factor económico de la familia en donde los niños no tienen el fácil acceso a sus controles odontológicos que solamente se puede realizar en consultorios privados. Otro factor que encontramos es factor social donde los niños con habilidades diferentes socialmente se encuentran relegados y porque no existe criterios de atención preferencial hacia ellos.

Al mismo tiempo podemos referirnos a los niños con habilidades diferentes pacientes muy difíciles de tratar la cual requiere un personal altamente calificado en los C.E.B.E.

5.2. CONCLUSIONES

1. En el grupo etario, del 100% (60) de estudiantes, el 20%, fueron de primero de primaria; el 15% segundo de primaria; mientras que el 16,7%, al igual que cuarto de primaria, en quinto de primaria 13,3%, por otro lado, el 3,3% fueron del nivel inicial.
2. En los diagnósticos más comunes, del 100% (60) de estudiantes.
3. El diagnóstico es, el 16,7%, Autismo; el 1,7%, Ceguera Binocular; el 3,3% Deficiencia Intelectual; el 1,7% Deficiencia Visual; el 5% Multidiscapacidad; el 5% Retardo Mental; el 1,7% Retardo Mental Leve; el 1,7% Retraso Del Desarrollo; en mayor porcentaje Síndrome De Down con 61,7%, finalmente, Trastorno Del Desarrollo con 1,7%.
4. Según el grado de instrucción de las madres, del 100% (60) de madres, el 5%, cuentan con primaria; el 61,7%, con secundaria; mientras que el 33,3%, con estudios superiores.
5. Según el nivel de conocimiento de higiene oral en las madres, en su mayoría es Regular en un 68,3%, seguido de un nivel Bueno en un 25%, mientras que el 6,7% del total con nivel Malo.
6. Según el estado de higiene oral de los niños, en su mayoría es Regular en un 81,7%, seguido de un nivel Bueno en un 11,7%, mientras que el 6,7% del total con estado Malo.
7. Según la relación de nivel de conocimiento y estado de higiene oral de los niños, el 23,3% tuvieron un nivel de conocimiento Bueno pero estado de higiene oral Regular; el 1,7% con nivel de conocimiento bueno y estado de higiene Bueno. Por otro lado, los que tuvieron un nivel de conocimiento Regular; el 51,7% tenían estado de higiene Regular; el 10,0% con estado de higiene Bueno, y un 6,7% con estado de higiene Malo.

8. Así mismo, los que tuvieron un nivel de conocimiento Malo; el 6,7% tenían estado de higiene Regular.
9. Se concluye que no existe relación estadística significativa entre las variables por lo que no se acepta la hipótesis.

5.3. RECOMENDACIONES

- A los profesionales de la salud, internos, bachilleres relacionados al área de la Odontología, se les recomienda el desarrollo continuo de actividades preventivas promocionales sobre salud bucal en las Instituciones Educativas de nuestra región, dirigidas a docentes, padres de familia, estudiantes.
- A los centros educativos, se recomienda realizar periódicamente la capacitación de un odontólogo hacia los docentes sobre el cuidado básico de higiene oral para que así ellos puedan incluir esa enseñanza tanto a los padres como a los niños.
- Se recomienda promocionar una guía de protocolos sobre salud oral en niños con habilidades diferentes para que los padres o apoderados sepan los cuidados de higiene ellos necesitan.
- A los establecimientos de salud, aprovechar al personal profesional de odontología que realizan actividades de guardias comunitarias, para que brinden las sesiones educativas en salud bucal tanto intramural y extramural.
- Se recomienda la realización de otros estudios en diferentes instituciones educativas de otras zonas geográficas para ser comparadas con nuestra investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Muñoz, L. Patologías bucales asociadas a síndrome de Down y parálisis cerebral. Universidad Nacional de Chimborazo .Facultad de Ciencias de la Salud .Carrera de Odontología. Tesis para obtener grado de cirujano dentista.2017.
2. Ardila B, Galvan J. Influencia de condiciones médicas sobre salud bucal en el síndrome de Down: revisión sistemática .Universidad Santo Tomas Bucaramanga .División de Ciencias de la Salud .Facultad de Odontología. Tesis para obtener grado de cirujano dentista.2017.
3. Garcés et al. Estado de Salud Oral de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual en una población chilena, 2012. J Oral Res. 2013; 2(2): 59-63
4. Heneche M, Montero C, Cáceres A, Luces O. Prevalencia de caries dental en niños con necesidades especiales. Ciencia Odontológica.2015; 12(2).
5. Dillon Guevara, M. Síndrome de Down como factor etiológico de alteraciones bucales en los niños de la fundación despertar de los ángeles, en la ciudad de riobamba, en la provincia de Chimborazo, en el periodo octubre del 2013 a marzo del 2014.Universidad Nacional de Chimborazo .Facultad de Ciencias de la Salud .Carrera de Odontología Tesis para obtener grado de cirujano dentista. 2014.
6. Jones F, Fierro N, García M, Elizondo J, Magaña, V, González, G. Estrés, ansiedad y depresión de los padres y manifestaciones orales de sus hijos con síndrome de Down. RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición. 2016; 15(1):1-7.
7. Carrillo Saavedra, N. nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y autismo del centro educativo básico especial (cebe) Ricardo Bentin del Distrito de Rímac en el año 2016. Universidad Privada Norbert Wiener

- .Facultad de ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Odontología. Tesis para obtener grado de cirujano dentista.2017.
8. Arana 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 .Universidad Nacional Mayor de San Marcos .Facultad de Odontología. Tesis para obtener grado de cirujano dentista. 2016.
 9. Pérez Sánchez, R. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo 2015.Universidad Privada Antenor Orrego.
 10. Chávez JARA D. “nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down”. Lima (2018), Tesis para optar el Título profesional de Cirujano Dentista.
 11. Córdoba et al. Higiene oral de niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad cognitiva leve. Revista Univ. y Salud.2010;12.
 12. Mogollón et al. Condiciones de salud-enfermedad bucal en niños y adolescentes con Síndrome de Down. Salud Bucal en niños con Síndrome de Down .2013.
 13. Campos et al. Cuidados en higiene oral en niños con discapacidad mental severa. Odontol. Pediàtrica.2011;19(3).
 14. Serrano et al. Estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual. Acta Odontológica Venezolana. 2012; 50(3): 38-43.
 15. Tenazoa, T (2017) Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades Especiales en el Centro Educativo Básico Especializado Iquitos 2017.
 16. Vasconcelos, M. (2004) *Mental Retardation. Journal de pediatria* 00217557; 04; 80 – 02 suppl. S71.
 17. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad incluida la prevención, el Tratamiento y la rehabilitación. 58º Asamblea Mundial de la Salud, 2005.

18. Cash, D.(1998) Neurología para Fisioterapeutas. Colombia: Médica Panamericana, 4º edic. pág. 236 – 242.
19. Altagracia, M.(1999) *Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta odontol. Venezuela, vol. 37, nº. 3., pág. 193 – 198*
20. Altagracia, M.(1999) *Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta odontol. Venezuela, vol. 37, nº. 3., pág. 193 – 198.*
21. Fernández, J.(2001) Grado de conocimiento sobre higiene bucal y prevalencia de caries dental en niños con discapacidad auditiva en los distritos de Surco y Barranco. Tesis para optar título de cirujano dentista. Lima U.N.F.V.
22. Carranza, F.(1994) Periodontología Clínica de Glickman España: Interamericana. Mc graw – Hill. Traduc. 7º edic.
23. Muñoz, L & Arias, S. (2005) *Diagnostico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. Archivo medico de Camaguey; 9 (4).*
24. Legon, L & Cardozo, L. (1988) *Algunas consideraciones sobre niño impedido físico y mental en la práctica clínica estomatológica. Rev.Cubana de estomatología. Habana, 28 (4) pp 255-287.*
25. Dávila, M & Daza, D.(2005) *Salud oral de las personas con retraso mental en cuatro municipios del estado de Lara 2003.*
26. Requena, E. (1999) Perfil de salud – enfermedad en niños especiales con Síndrome de Down y Retardo mental de centros educativos especiales de Huaraz y Chancay. Tesis para obtener grado de cirujano dentista en la UNMSM.
27. Verdugo, M.(2004) Calidad de vida y calidad de vida familiar. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual. Enfoques y realidad: Un desafío. Medellín, Colombia. Recuperado el 13 de abril de 2009. <http://www.pasoapaso.com.ve/CDVFVerdugo.pdf>
28. Arias, S. et al. “Consideraciones actuales del tratamiento

- estomatológico en niños con discapacidad mental leve”, México 2005. Disponible en la web:
www.amc.cu/amc/2005/v9n2/921.pdf.
29. Otero J. et al. “Odontología en pacientes con síndrome de Down”, Perú 2005. Disponible en la web:
www.espaciologopedico.com/articulo2.php?ld/articulo770.
30. Cabellos, D. “Relación del nivel del conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú” 2006. UNMSM. Disponible en la web:
www.cybertesis.edu.pe/sisbib/cabellos/front/cabellos.
31. Matosses, A. “Técnicas de cepillado dental”, México 2001. Disponible en la web: www.asisaconsejosmedicos.com/articulos2.php.
32. Guedes, C. “Rehabilitación bucal en Odontopediatria Atención Integral”, Editora Amolca, Colombia 2003, pag. 78.
33. Boj, J et al. “Odontopediatria”. Segunda Edición. Editora Masson S.A, España 2005, pag. 125.
34. Heredia, C. “Odontología Preventiva en el niño y en el adolescente manual de procedimientos clínicos”. UPCH, Perú 1999, pág. 30.
35. Podestá, M. “Odontopediatria y prevención en salud bucal”, Editora Inca Garcilaso de la Vega, Perú 2005, pag. 65-66.
36. MC. DONALD, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995.
37. GOMEZ, S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.
38. MAGNUSSON, Bengt. Odontología Preventiva. Savat editores.
39. NAHÁS P. Y Col. Odontopediatria Na Primeira Infância. 679(139-50) 1998.

40. MC. DONALD, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta edición. Editorial Panamericana. 1995.
41. TAN et al. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatología integral. Rev. Cubana Estomatol; 38(3): 181-91.2001

CAPÍTULO VI

6. ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES - IQUITOS 2020.

INVESTIGADOR (a): BACH. AYALA LAYCHE, Claudia Lisette
BACH. FLORES REATEGUI, Edwin Jean Pierre

a. Introducción

Tenga usted muy buen día, somos los bachilleres en Estomatología de la Universidad Científica del Perú, y estamos invitando a las madres de niños con habilidades diferentes de las C.E.B.E “Iquitos” y “claverito” a participar en forma voluntaria en el presente estudio de nivel conocimiento sobre Higiene Oral, cualquier duda que usted tenga sobre el presente estudio puede consultarnos.

b. Propósito del Estudio

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial “claverito” e “Iquitos” 2020. Con el fin de que los resultados de esta investigación puedan aportar a futuras investigaciones.

c. Participantes

Los participantes al estudio son todas las madres de niños con habilidades diferentes de las C.E.B.E “Iquitos” y “claverito”, ya que sus menores hijos estudian ahí, su participación es voluntaria y confidencial; es decir anónima; es así que durante el desarrollo de la investigación usted puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

d. Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente:

1. El investigador le entregará una encuesta, donde contiene preguntas acerca del tema desarrollado, el cual se le pide a usted que deberá responder con veracidad.
2. El tiempo de participación en el estudio está calculado entre 20 a 30 minutos.

e. Confidencialidad

Las encuestas y/o entrevistas serán anónimas, debidamente codificadas; evitando registrar nombres ni documentos de identificación; siendo la información obtenida de uso exclusivo de la investigación; las encuestas serán eliminadas o destruidas al finalizar el estudio.

f. Derecho del paciente

Si usted ha decidido participar en el presente estudio, podrá retirarse en cualquier momento, o también no participar en una parte del estudio sin causar perjuicio alguno.

g. Donde conseguir información

Si usted desea realizar cualquier consulta, queja o comentario por favor no dude en comunicarse con Claudia Lisette Ayala Layche al celular 939253974 o con Edwin Jean Pierre Flores Reategui al celular 940220976, donde gustosamente será atendido.

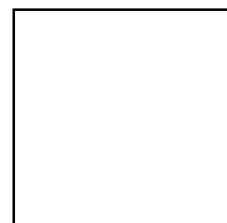
DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio. Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

.....

Firma del paciente
DNI:
Fecha:

ANEXO N° 02



INSTRUMENTO

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS BASICOS ESPECIALES -IQUITOS 2020.

1. Presentación.

El presente instrumento tiene como objetivo “Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres en la higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E -Iquitos 2020.

2. Instrucciones.

La presente encuesta será realizada por una (01) investigadora de la Facultad de Odontología de la Universidad Científica del Perú.

El presente cuestionario será entregado a las madres de los niños con habilidades diferentes para que seleccionen y marquen la respuesta correcta a la pregunta indicada. Para lograr un trabajo eficaz, solicitamos su colaboración de acuerdo a sus conocimientos sobre salud bucal. Para que la respuesta sea válida se marcará una (01) alternativa con una cruz o aspa en la letra indicada.

3. Contenido.

I. DATOS GENERALES.

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro del paréntesis lo que corresponda a su realidad.

Datos de la madre:

Edad: Grado de instrucción:
.....

Datos generales del niño:

Edad: Grado de instrucción:
.....

Diagnóstico del niño:

1. ¿Qué es la placa bacteriana?

- a) Restos de alimentos sobre los dientes.
- b) Manchas blanquecina en los dientes.
- c) Acumulación de restos de alimentos entre los labios.
- d) Desconozco.

2. Principalmente, ¿Cómo se origina la placa bacteriana?

- a) Por no cepillarse los dientes 3 veces al día.
- b) Por comer frutas y verduras.
- c) Por el tipo de alimento que se ingiere asociado al tiempo que este permanece en boca
- d) Desconozco.

3. ¿Qué es la caries?

- a) Enfermedad que afecta a la lengua.
- b) Enfermedad que afecta a los dientes.
- c) Enfermedad que afecta a la encía.
- d) desconozco.

4. ¿Qué produce la caries?

- a) Destrucción del diente.
- b) Fortalecimiento del diente.
- c) Caída del diente.
- d) Desconozco.

5. ¿Qué es la enfermedad periodontal?

- a) Enfermedad que afecta a los labios.
- b) Enfermedad que afecta a los dientes.
- c) Enfermedad que afecta a la encía.
- d) desconozco.

6. ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad de las encías?

- a) Sensación de ardor en la boca.
- b) Cuando las encías presentan un color rosado y no duelen.
- c) Presencia de mal aliento.
- d) Cuando las encías presentan inflamación y sangren al cepillado.

7. ¿Qué significa para Ud. la salud bucal?

- a) Cuando la boca y los dientes están sanos.
- b) Es tener caries en todos los dientes.
- c) Es tener los dientes completos.
- d) Desconozco

8. ¿Qué significa para Ud. higiene oral?

- a) Es cepillarse los dientes 3 veces al día.
- b) Cuando el mal aliento es un problema.
- c) Es el resultado al eliminar los restos de alimentos de la boca.
- d) Desconozco

9. ¿Cuándo cree Ud. que su niño deba cepillarse los dientes?

- a) Antes de las comidas.
- b) Después de las comidas.
- c) Solo al levantarse.
- d) Solo al acostarse.

10. ¿Cuáles considera Ud. son los elementos de la higiene oral?

- a) Cepillo dental, pasta dental y jabón.
- b) Cepillo dental, jabón e hilo dental.
- c) Pasta dental, cepillo dental e hilo dental
- d) Desconozco.

11. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiarse el cepillo dental?

- a) Cada 6 meses.
- b) Cada 3 meses.
- c) Cada año.

d) Desconozco.

12. ¿Cuánto tiempo debe durar el correcto cepillado?

a) De 4 – 5 minutos.

b) De 2 – 3 minutos.

c) Solo 30 segundos.

d) Desconozco.

13. ¿A qué edad comenzó a limpiar la boca de su niño?

a) A los 3 años.

b) A los 2 años.

c) Después de la primera ingesta de leche materna.

d) Desconozco.

14. ¿Cuál es la función del flúor en los dientes del niño?

a) El flúor mancha al diente.

b) El flúor fortalece y protege al diente.

c) El flúor debilita al diente.

d) Desconozco.

15. El diente es:

a) Un órgano.

b) Un elemento en la boca.

c) Sirve para masticar los alimentos.

d) Desconozco.

16. La información que posee sobre salud bucal la obtuvo por medio de:

a) Centro de salud, campañas médico – dentales.

b) Familiares o amigos.

c) Un técnico dental.

d) No recibí información alguna.

17. ¿Cada cuánto tiempo es necesario acudir al odontólogo?

a) Cada año.

b) Cada 4 - 6 meses.

c) cuando tenga dolor.

d) No es necesario

ANEXO N° 03

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN LOS CENTRO EDUCATIVO BASICO ESPECIAL - IQUITOS 2020.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES E INDICES	METODOLOGÍA
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de higiene oral en niños con habilidades diferentes en los Centro Educativo Básico Especial - IQUITOS 2020?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los centros básica especial "claverito" e "Iquitos" 2020.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>-Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes en los</p>	Existe relación del nivel de conocimiento sobre Higiene Oral de las madres, influye significativamente en la higiene oral de niños con habilidades diferentes en los Centro Educativo Básico Especial -Iquitos 2020.	<p>Variable 1:</p> <p>Estado de Higiene oral de los niños con habilidades diferentes</p>	<p>Bueno 14 – 17</p> <p>Regular 9 – 13</p> <p>Malo 0 –8</p>	<p>Tipo de investigación:</p> <p>El estudio es de tipo Cuantitativo.</p> <p>Diseño de la investigación:</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph LR M --- r Ox --- r Oy --- r </pre> </div> <p>Población:</p>

	<p>C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.</p> <p>-Determinar el estado de higiene oral de niños con habilidades diferentes en los C.E.B.E “claverito” e “Iquitos” 2020.</p> <p>-Establecer la relación del nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de la higiene oral de los niños con discapacidad intelectual.</p>		<p>Variable 2:</p> <p>Conocimiento sobre higiene oral en madres de niños con habilidades diferentes.</p>	<p>Adecuado 0.0 – 1.2</p> <p>Aceptable 1.3 – 3.0</p> <p>Deficiente 3.1 – 6.0</p>	<p>La población del presente estudio estuvo conformado por 60 niños con habilidades diferentes matriculados en los centros básica especial ciudad Iquitos enero - junio 2019.</p> <p>Muestra:</p> <p>Se obtuvo utilizando la fórmula de poblaciones finitas.</p> <p>Instrumentos:</p> <p>-Cuestionario sobre salud bucal (validada por juicios de expertos).</p> <p>-IHO – S (Índice de Green y Vermillion)</p>
--	--	--	---	--	---

- Se determinará la higiene oral de los niños con habilidades diferentes a través del IHO – S.
- Se determinó el conocimiento sobre salud bucal de las madres mediante un cuestionario sobre salud bucal (Validada por Juicio de Expertos).

ANEXO N° 04

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	NIVELES	INSTRUMENTO
Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres.	Es el conocimiento de la gestante en prevención en salud bucal.	Bueno	14 – 17	Cuestionario sobre salud bucal (validada por juicios de expertos).
		Regular	9 – 13	
		Malo	0 – 8	
Índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes.	Índice de higiene para evaluar los factores de riesgo, mediante la presencia o no de biofilm en la cavidad bucal.	Adecuado	0-0 – 1.2	IHO – S (Índice de Green y Vermillion)
		Aceptable	1.3 – 3.0	
		Deficiente	3.1 – 6.0	

ANEXO N° 05

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

C.E.B.E “Teniente Manuel Claverito”

Iquitos, Marzo del 2020

“año de la universalización de la salud”

Señor:
Mgr. Edwin Roja Ramirez
Director encargado de la C.E.B.E “Teniente Manuel Claverito”

Asunto: permiso para la ejecución de tesis

Cordial saludo

La presente es con el fin de solicitar el permiso correspondiente para realizar la ejecución de nuestra tesis, "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN LOS C.E.B.E - IQUITOS 2020", a los bachilleres de la carrera profesional de estomatología, Claudia Lisette Ayala Layche identificada con el nro. De DNI 71503154, Edwin Jean Pierre Flores Reategui identificado con el nro. De DNI 70496125 que se llevara a cabo durante el mes de Marzo.

Por lo expuesto

Ruego a usted, tenga a bien acceder a mi solicitud.

Atentamente:




Edwin Jean Pierre Flores Reategui
DNI: 70496125

C.E.B.E "Iquitos"

Iquitos, Marzo del 2020

"año de la universalización de la salud"

Señora:
Catty Reategui
Directora encargado de la C.E.B.E "Iquitos"

Asunto: permiso para la ejecución de tesis

Cordial saludo

La presente es con el fin de solicitar el permiso correspondiente para realizar la ejecución de nuestra tesis, "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN MADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL EN NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN LOS C.E.B.E - IQUITOS 2020", a los bachilleres de la carrera profesional de estomatología, Claudia Lisette Ayala Layche identificada con el nro. De DNI 71503154, Edwin Jean Pierre Flores Reategui identificado con el nro. De DNI 70496125 que se llevara a cabo durante el mes de Marzo.

Por lo expuesto

Ruego a usted, tenga a bien acceder a mi solicitud.

Atentamente:




Edwin Jean Pierre Flores Reategui
DNI: 70496125