



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

“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.”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

Presentado por:

Bachiller: CARRILLO SAAVEDRA, NALY ROSARIO

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA:

A mis padres Benjamín carrillo y María Saavedra, por su apoyo incondicional y sacrificio que siempre tuvieron, por sus enseñanzas, su comprensión, su gran amor y dedicación por su familia.

A mis hermanos Hugo y Wendy Carrillo Saavedra, por su apoyo moral, emocional y por los consejos brindados en cada momento.

AGRADECIMIENTO:

Mi más sincero agradecimiento a mi asesor el Mg. CD. Gálvez Ramírez Carlos Michell, por su esfuerzo, dedicación, por sus conocimientos compartidos y por su paciencia al revisar este trabajo.

A mis familiares y amigos que de una u otra forma siempre estuvieron conmigo, a todos ellos mil gracias.

ASESOR: Mg. CD. GÁLVEZ RAMÍREZ, CARLOS MICHELL

JURADO

Presidenta

Mg.CD. Esp. Carmen Inocencia Quintana del Solar

Secretaria

Mg. CD. Esp. María Paola Dalby Morla

Vocal

CD. Esp. Johny Valverde Campos

ÍNDICE

RESUMEN.....	10
CAPITULO I: EL PROBLEMA	12
1.1. Planteamiento del problema.....	13
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	15
1.4.1. Objetivo general.....	15
1.4.2. Objetivos específicos	16
MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes	18
2.2. Base teórica.....	25
2.3. Terminología básica	44
2.4. Hipótesis	45
2.5. Variables e indicadores.....	45
CAPITULO III DISEÑO Y MÉTODO.....	47
3.1. Tipo y nivel de investigación	48
3.2. Población y muestra.....	48
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
3.4. Procesamiento y análisis de datos.....	51
3.5. Aspectos éticos.....	52
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	53
4.1. Resultados	54
4.2. Discusión	68
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	73
5.1. Conclusiones.....	74
5.2 Recomendaciones.....	76
REFERENCIAS	77
ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: 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.....	54
Tabla 2: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según sexo.....	56
Tabla 3: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según edad.....	58
Tabla 4: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según grado de instrucción.....	60
Tabla 5: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según sexo.....	62
Tabla 6: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según edad.....	64
Tabla 7: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según grado de instrucción.....	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: 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.....	55
Gráfico 2: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según sexo.....	57
Gráfico 3: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según edad.....	59
Gráfico 4: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según grado de instrucción.....	61
Gráfico 5: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según sexo.....	63
Gráfico 6: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según edad.....	65
Gráfico 7: Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según grado de instrucción.....	67

RESUMEN

El propósito del estudio 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.

Palabras claves: Salud bucal, higiene bucal, conocimiento, Síndrome de Down. Trastorno autístico.

SUMMARY

The purpose of the study was to determine the level of knowledge about oral health in the parents of students with Down syndrome and Autism of the Special Basic Education Center (CEBE) Ricardo Bentin of the Rimac district. For that purpose, 41 parents of students with Down syndrome and 29 parents of students with Autism were evaluated. The evaluation was performed through a questionnaire of 12 oral health questions. In the analysis of the results the chi-square test and the Gamma coefficient were applied. The results showed that the level of knowledge about oral health was regular in 63.4% and in 62.1% of the parents of students with Down syndrome and Autism, respectively. The parents of students with Down syndrome according to sex, age and educational level had a regular level of knowledge: 66.7% and 50% of the female and male respectively, were higher in 75% of the parents who have between 46 years of age and older and 80% of parents with higher education and there were no significant differences ($p > 0.05$). The parents of students with Autism 68.2% of the female sex had a regular level of knowledge and 57.1% of males, with significant differences ($p \leq 0.05$); According to age was regular and was higher in 70% of parents who are 46 years of age and older and there were no significant differences ($p > 0.05$); 66.7% of the parents with a higher educational level were regular, with significant differences ($p \leq 0.05$). It is concluded that the parents of students with Down syndrome and Autism of the CEBE Ricardo Bentin, presented a level of regular knowledge.

Key words: Oral Health, Oral Hygiene, knowledge, Down Syndrome, Autistic Disorder.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El conocimiento que tienen los padres acerca de la salud bucal, es el nivel de conocimiento que poseen acerca de las enfermedades orales y se evidencia por su capacidad de prevenirlos y/o controlarlos (1). Por ende, el conocimiento que poseen, es el primer escalón en la prevención de enfermedades estomatológicas (2). Por lo tanto, conocer el conocimiento que tienen sobre la salud oral fue importante, más aún si se trató de padres de niños con habilidades diferentes o con necesidades especiales (como el síndrome de Down y el Autismo).

El conocimiento que tienen sobre las complicaciones orales, su tratamiento y prevención por parte de los padres de los niños con habilidades diferentes o con necesidades especiales (como el síndrome de Down y el Autismo) contribuyen a mejorar las condiciones generales de salud de esta población. Por lo que es esencial, instaurar programas que involucren la participación activa y comprometida por parte de los padres. Por cuanto, las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan la adecuada remoción de placa bacteriana, llevando consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia como la caries dental y la enfermedad periodontal (3). Como también están susceptibles a sufrir traumatismos dentarios que constituyen actualmente un problema de salud pública, porque traen enormes perjuicios en su vida cotidiana, causan profundos efectos en su salud bucodental y en su calidad de vida (4).

El propósito de la presente investigación fue determinar el nivel de conocimiento de los padres, por cuanto cumplen un rol importante en el

cuidado de la salud bucal de sus hijos. Por ende, fue importante conocer el nivel de conocimiento que presenta, debido a que los padres están en mayor contacto con su hijo desde temprana edad y es necesario su participación en la prevención de la salud bucal.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál será 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 en el año 2016?

1.3. Justificación

El conocimiento que poseen los padres sobre la salud bucal es un problema significativo. Por cuanto los niños, jóvenes o adultos con habilidades diferentes o con necesidades especiales (como el síndrome de Down y el Autismo) demandan una atención inmediata, por lo que requieren de un vasto conocimiento sobre salud bucal por parte de los padres, para así aumentar la posibilidad de éxito en la prevención y/o durante el tratamiento dental. Siendo los padres que están en mayor contacto con su hijo durante la infancia, niñez y la adolescencia es necesario su participación en el manejo adecuado de la higiene bucal. Sólo con una precisa y oportuna información que se les brinde se mejorara el conocimiento que presenta. Con la finalidad de prevenir, mejorar y mantener la salud oral adecuada de sus hijos con habilidades diferentes o con necesidades especiales.

La presente investigación tiene relevancia social porque permitió conocer el nivel de conocimiento que presentan los padres sobre la salud bucal. Por lo tanto, se considera importante brindar educación para la salud, con la finalidad de lograr que los padres aprendan una “Cultura de Salud” temprana, oportuna y permanente en aspectos de cuidados de la salud bucal de sus hijos con necesidades especiales.

En lo académico, ser un referente básico de futuras investigaciones. La meta fue producir un conocimiento útil sobre las medidas preventivas en la salud bucal. A la Universidad Privada Norbert Wiener, en especial al curso de odontología social y a la clínica del niño, de la Escuela Académico Profesional de Odontología, contribuir con un marco teórico en relación a la salud bucal y la atención del paciente especial, en miras de diseñar charlas educativas dirigidas a los padres, para que el mensaje sea entregado de forma sencilla y clara para su aplicación.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- 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 en el año 2016.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según sexo.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según edad.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según grado de instrucción.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según sexo.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según edad.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según grado de instrucción.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Holguin y Oyola (2016) realizaron en el Perú un estudio, que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en los padres de familia y/o cuidadores de niños con discapacidad de la Clínica San Juan de Dios del distrito de Pimentel del departamento de Lambayeque en el año 2014. Dicho estudio fue de corte transversal, descriptivo y de tipo no experimental. La muestra del estudio estuvo conformado por un total de 70 padres de familia y cuidadores. Utilizaron un cuestionario, de 12 preguntas sobre salud oral. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral con un 68,6% en los padres de familia y 2,9% en los cuidadores. Según el tipo de discapacidad de sus hijos reportaron un nivel de conocimiento regular, y se dio en el de parálisis cerebral infantil con un 22,9%, seguido por un nivel de conocimiento regular en padres de familia con niños con retardo mental al igual que el síndrome de Down con un 17,1%, por último un nivel conocimiento regular en padres de familia con niños autistas con un 14,3%. Según el sexo de los padres el conocimiento fue regular en un 61,4% del sexo femenino y en el 10% del sexo masculino. Concluyeron que presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud oral los padres de familia y los cuidadores (5).

Pérez R (2015) realizó en el Perú un estudio, que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales del distrito de Trujillo en el 2015. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal y observacional y la muestra estuvo conformada por

192 padres de niños con habilidades especiales que tenían de 1 a 18 años de edad y que estudiaron en alguna de las instituciones educativas especiales del distrito de Trujillo. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular en un 40.10%. Según el género, el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular en un 46.55% del género femenino y bueno en el 38.16% del género masculino. 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 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 ($p=0.0289$). Concluye que el nivel de conocimiento de salud oral en los padres de los 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 (6).

Goveo V (2015) realizó en Ecuador un estudio, que tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimientos en salud bucal de las madres de niños con discapacidad tanto física e intelectual (síndrome de Down, retardo mental, parálisis cerebral, autismo) de la fundación “Centro de Desarrollo Integral de los Niños con Discapacidad la Joya” provincia de Imbabura, cantón Otavalo. La muestra estuvo conformada por 60 madres, y la evaluación del

conocimiento fue a través de una encuesta semiestructurada de 21 preguntas de respuesta cerrada, basada en 5 ítems (caries dental, enfermedad periodontal, prevención de alteraciones dentomaxilares, higiene bucal, fuente de información). Los resultados obtenidos sobre salud bucal de las madres de niños con discapacidad fueron insuficiente en respuestas referentes a enfermedad periodontal, en prevención de anomalías dentomaxilares y por último higiene bucal. Concluye que el resultado final acerca del conocimiento sobre salud bucal de las madres fue insuficiente para mantener una salud bucal óptima y estable en sus hijos con discapacidad (7).

Soares, Volpato, Castro y cols (2013) realizaron en Brasil un estudio, que tuvo como objetivo aumentar el conocimiento sobre la salud bucal y la conducta de los padres/cuidadores frente al cuidado de los niños y/o adolescentes con discapacidad bajo su responsabilidad. La muestra estuvo conformado por 100 padres/cuidadores de los niños y adolescentes con discapacidad del Instituto de Educación Especial de APAE, de la ciudad de Ji-Paraná, Rondonia. Los resultados reportados indican que la edad de las personas con discapacidad oscilaban entre 08 meses a 24 años de edad, el 25 (25%) no tienen diagnóstico concluyente de su condición, 19 (19%) presenta retraso neuropsiquiátrico motor/deficiencia mental y el 14 (14%) de parálisis cerebral. La salud oral fue considerado bueno por los padres/cuidadores en el 38% de los casos, también regular en el 38%, buena en el 13%, malo en el 6% y pésimo en el 5%. 41 padres/cuidadores (41%) informaron de cepillar los dientes de las personas con discapacidad 3 veces al día; 80 padres/cuidadores (80%) no usan el hilo dental en la higiene bucal

de los niños con discapacidades. 56 las personas con discapacidad (56%) colaboran durante la higiene bucal. 70% de los encuestados tiene conocimiento sobre la placa dental, sin embargo, el 79% no sabe cuáles son las enfermedades que puede causar. El 58% afirman saber que es la caries dental y el 88% desconocen de la enfermedad periodontal. Concluyen que es fundamental el establecimiento de actividades educativas dirigidas a este público, la participación de la familia y de las personas que viven con la persona con discapacidad puede ser decisivo en el éxito del tratamiento y la prevención enfermedades orales (8).

Di Nasso y Carces (2012) realizaron en Argentina un estudio, que tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento odontológico de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. Las preguntas estuvieron orientadas a conocer el nivel de conocimiento sobre salud bucal e higiene del niño. Evaluaron para tal efecto a 24 niños de ambos sexos con diferentes discapacidades entre los 5 y 14 años de edad, quienes acudieron a la Clínica del paciente discapacitado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo. Aplicaron un instrumento de recolección de datos con preguntas orientadas a conocer el nivel de conocimiento sobre salud bucal, enfermedad, hábitos y elementos de higiene. Obtuvieron que el 75% de los padres tienen un nivel de conocimiento bueno, de los cuales el 63% afirmaron haber recibido información al respecto. Concluyeron que el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados, está relacionado con el estado de salud de los niños con discapacidad (9).

Di Nasso y Salazar (2010) realizaron en Argentina y Perú un estudio, que tuvo como objetivo compartir experiencias de educación para la salud oral en instituciones educativas especiales en Perú y Argentina y proporcionar recursos didácticos a través de herramientas educativas que permitan ayudar a los niños, maestros, padres y comunidad en el aprendizaje del cuidado de la salud oral en especial las instituciones educativas de ambos países. La población en estudio fueron seleccionados de una muestra aleatoria entre 2.010 escuelas especiales en la región de Lima-Perú y Mendoza-Argentina. Abordaron temas básicos de promoción de la salud bucal como: higiene bucal, salud bucal, enfermedades prevalentes, caries, enfermedad periodontal, maloclusión, medidas de prevención, nutrición, etc. Realizaron una encuesta entre los padres para evaluar los conocimientos en los tópicos mencionados y el grado de compromiso de los maestros para aplicar estrategias de higiene en el ámbito escolar. Sus resultados de aproximaciones iniciales, como “observaciones iniciales” a nivel padres mostraron: Desconocimiento sobre salud bucal en general, ausencia de consulta periódica al odontólogo, ignorancia sobre temas de salud bucal más complejos y que competen a las personas con discapacidad. Concluyen en la importancia de creación de espacios comunitarios para insertar la salud oral que es un desafío. La Promoción de la Salud Bucal para niños especiales en Perú y Argentina se encuentra en la misma dirección (10).

Vásquez M (2009) realizó en el Perú un estudio, que tuvo como objetivo evaluar la relación entre el conocimiento sobre higiene bucal de padres y el estado de higiene bucal de niños con habilidades diferentes. La investigación

es de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 90 niños de ambos géneros que fueron agrupados de acuerdo a la discapacidad intelectual, reportada por la ficha de matrícula, y sus respectivos padres. La evaluación del conocimiento sobre higiene bucal de los padres, lo realizó mediante un cuestionario semi estructurado. Los resultados mostraron que un 21.1% de los padres poseía un conocimiento bueno de higiene bucal, el 46.7% poseía un conocimiento regular de higiene bucal y el 32.2% poseían un conocimiento malo de higiene bucal. Al relacionar el conocimiento de higiene bucal de los padres, con la higiene bucal del niño con habilidades diferentes, observó que el 84.21% de los niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal; de esta manera también encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo no presentaron buena higiene bucal. Halló diferencia estadísticamente significativa al aplicar la prueba χ^2 ($p < 0.05$) para la existencia de asociación de variables; la correlación es significativa al nivel 0.01 bilateral. Concluye que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de los niños con habilidades diferentes (11).

Morales E (2008) realizó en el Perú un estudio, que tuvo como objetivo evaluar el grado de información sobre higiene bucal de los padres de los niños aparentemente normales y padres de los niños con Síndrome de Down, retardo mental y autismo en el Hospital de Niño en el año 2007. Los resultados mostraron niveles bajos de conocimiento de patología bucal. Concluye en la importancia de realizar investigaciones sobre grados de información sobre

higiene bucal en los padres de niños con habilidades diferentes, en diversos estratos socioeconómicos (12).

Cabellos D (2006) realizó en el Perú un estudio, que tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan. La muestra estuvo conformada por 90 padres con sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome de Down, retardo mental y autismo). En la evaluación del nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres, utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas; la evaluación de la higiene oral del niño discapacitado fue mediante el Índice de Higiene Oral. Los obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de Higiene Oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres con un $p < 0,05$. Concluye que el nivel de conocimiento regular en los padres está relacionado con un IHO malo en los niños discapacitados (Síndrome Down, Autismo y Retardo mental) (2).

Arias, Muñoz, Romero y cols (2005) realizaron en Cuba un estudio, que tuvo como objetivo de acercarse a la problemática de salud bucal en niños con retraso mental ligero y elaborar un programa encaminado a promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades bucales. Realizaron un estudio observacional y descriptivo causal en dos escuelas especiales del municipio Camagüey desde septiembre de 2003 hasta abril de 2004. La muestra estuvo

constituida por 72 padres, 36 educadores y 87 niños, en este último determinaron el diagnóstico educativo mediante técnicas afectivo participativas. Además valoraron la información higiénico- sanitaria bucal de los padres y educadores relacionados con ellos. Los resultados mostraron que la mayoría de los niños y los padres presentaron una información higiénico- sanitaria bucal no satisfactoria. Concluyen en la necesidad de enfatizar la educación para la salud en el tratamiento estomatológico de estos niños, así como de sus padres y educadores (13).

2.2. Base teórica

2.2.1. Conocimiento

El conocimiento es una actividad esencial de los seres humanos para obtener una nueva información, desarrollar su vida y obtener certeza de la realidad, tanto de su entorno como de sus propias experiencias (14). Así mismo, el conocimiento es conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o través de la introspección (a priori) (15). Es el resultado del proceso de conocer, lo que se saca del sujeto, que conoce, del objeto que es conocido. El hombre como ser racional hace suya la realidad y se apodera mentalmente de sus elementos, los conoce y es capaz de transmitir estos conocimientos a través del lenguaje (16, 17).

El conocimiento como un proceso en el que intervienen elaboraciones mentales, tiene dos características o atributos que se presentan de forma simultánea (al mismo tiempo): objetividad y subjetividad (15).

- **Objetividad:** Se refiere a consignar o plasmar la realidad tal como ocurre, sin valoraciones, creencias, mitos u opiniones del ser humano.
- **Subjetividad:** Es todo aquello en lo cual entran en acción nuestras creencias, valoraciones y opiniones, es cuando intervienen los gustos, preferencias y posibles odios respecto a algunos temas.

2.2.1.1 Nivel de conocimiento

Para Izaguirre P, el nivel de conocimiento es la cuantificación por medio de una escala, de los conceptos aprendidos. Mientras Krechb R, menciona que en la formación del conocimiento la persona forma ideas y desarrolla pensamientos sobre la realidad y, en esa medida, va formando un conocimiento de dicha realidad (18).

El nivel de conocimiento se refiere al lugar que ocupan los conocimientos de un individuo en la escala de valor previamente establecida, esta escala puede ser cualitativa o cuantitativa (7, 19):

- Cualitativo (ejemplo: muy bueno, bueno, regular, insuficiente)
- Cuantitativo (ejemplo: De 0 a 10).

Importancia del nivel de conocimiento en los padres

Actualmente para la decisión del tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos sanos o individuos con alguna discapacidad antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber los niveles de conocimientos que los pacientes o sus padres (si son menores de edad o pacientes con alguna discapacidad) tienen sobre la etiología, prevención, las

prácticas diarias de higiene y la actitud que tienen frente a la misma. Las acciones para proteger la salud bucal de los niños se basan en una constante participación de los padres o tutores, en programas del área de odontopediatría. Sin embargo, existe una gran dificultad para conseguir la colaboración de los padres (20).

Para que exista un buen nivel de conocimiento sobre la salud bucal, los padres deben ser educados y concientizados para sensibilizar tempranamente a sus hijos en la adquisición de comportamientos que permitan un buen desenvolvimiento de hábitos de salud bucal (20), y profundizar mucho más en aquellos padres con hijos con problemas de salud, como el síndrome de Down y Autismo y esto es el reto del odontólogo de brindar conocimiento a los padres, mediante charlas y otros medios disponibles.

2.2.2. Salud bucal

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud se define como: “el pleno goce de bienestar físico social y mental del individuo o comunidad y no solamente la ausencia de enfermedades”. La salud, constituye un derecho y al mismo tiempo una responsabilidad de todos y constituye un elemento indispensable en el desarrollo de la persona, la familia, la sociedad y el país (15, 21).

La salud bucal es el estado de completa normalidad y eficiencia funcional de los dientes y sus estructuras de sostén, así como también de las partes que rodean a la cavidad bucal; estructuras relacionadas con la

masticación y el complejo maxilofacial, que participa en funciones vitales como la alimentación y la comunicación (7).

La realidad indica que la salud bucal de la población se caracteriza por una alta prevalencia y severidad de enfermedades orales que afectan a la gran parte, alterando significativamente la autoestima y calidad de vida de las personas (16), dentro de este grupo poblacional podemos incluir a los que presentan discapacidades o con necesidades especiales.

La salud bucal en los niños y/o jóvenes con necesidades especiales y las responsabilidades de los padres

La educación para la salud bucal es fundamental en la construcción de la calidad de vida. Se considera que la educación para la salud bucal es deficitaria en calidad, cantidad y pertinencia cuando se trata de programar acciones comunitarias inclusivas en grupos de niños con discapacidad o con necesidades especiales que asisten a instituciones educativas especiales. Brindar educación para la salud bucal implica primero identificar las condiciones en las cuales se realiza educación para la salud, considerando los enfoques de los derechos humanos, género, interculturalidad, discapacidad y todo aquel aspecto que influya directa o indirectamente en el propósito que se persiga (22).

Por ello, la salud oral en los niños y/o jóvenes con necesidades especiales ha representado un reto para el profesional de la salud a través de la historia, pues las diferentes discapacidades físicas y cognitivas limitan la adecuada remoción de la placa bacteriana, llevando consigo el desarrollo de

enfermedades orales de alta prevalencia en esta población, como la caries dental y la enfermedad periodontal (23).

La caries dental se ha convertido en un verdadero problema de salud pública. Debido a ello, promover la prevención primaria, debería ser una parte integral de la odontología, por cuanto la salud oral está estrechamente vinculada con la salud general y el bienestar de cada persona (24). Los pacientes especiales constituyen un grupo de riesgo, ya que desde edades muy tempranas requieren de cuidados dentales especializados. Sin embargo, las medidas de prevención de salud oral dirigidas hacia este colectivo no han sido tan prioritarias como deberían serlo, por lo que médicos y odontólogos se deberían interesar en la importancia de garantizar que todos, incluidos aquellos que requieren de cuidados específicos de salud, tengan el máximo nivel de atención (25).

Los padres de familia como responsables de la salud bucal en los hogares, y no todos están preparados para poder realizarla correctamente, ya que muchos transmiten a sus hijos la cultura que ellos recibieron, con conceptos y hábitos equivocados, muchas veces perjudiciales para el niño (26), más aun si se trata de niños y/o jóvenes con necesidades especiales. Estos conceptos y hábitos equivocados que presentan solo se corregirán brindándoles charlas, capacitaciones y otros medios disponibles por la comunidad odontológica, y así aumentar su conocimiento sobre el cuidado de la salud bucal de su hijo.

2.2.3. Discapacidad

Tradicionalmente se ha definido a la discapacidad como cualquier restricción o ausencia de capacidad para realizar una actividad que se considera normal para un ser humano. Obviamente se trata de una definición ambigua e inespecífica, que inmediatamente fue sustituida en la legislación inglesa (Disability discrimination Act-UK) por la de una deficiencia física o mental que tiene un efecto sustancial, de larga duración y negativo sobre la actitud de la persona para ejercer actividades cotidianas (7).

También se le define como persona discapacitado, especial o excepcional, es aquella persona que física mentalmente o socialmente por su comportamiento se diferencia de las demás personas de su misma edad, es decir le impide alcanzar su pleno desarrollo en comparación con otros niños de su misma edad (2, 27). Samuel Kirk (1974) define como excepcional a aquel niño (o persona) que presenta características mentales, físicas o sociales que se apartan del promedio de los niños normales de su misma edad y que debido a esto es necesario brindarles una educación especial y diferente para que desarrollen y alcancen su máxima capacidad (27).

La frase “personas con habilidades diferentes” fue creada en 1998 por Judith M LeBlanch para cambiar las expectativas de los profesionales, familias y la sociedad en general ante ellos, también para cambiar las expectativas de ellos ante sí mismos (14).

2.2.3.1. Clasificación de las enfermedades según su discapacidad

Según la clasificación Internacional de enfermedades (CIE10) para fines didácticos junto con la Clasificación de la OMS 1070, se basa en (14):

❖ **Trastornos motores**

- No ambulatorios: parálisis cerebral (con cuadriplejía)
- Semiambulatorios: traslado con determinados apoyos
- Ambulatorios: trastornos sin afectar

❖ **Trastornos mentales**

- Intelectuales: retardo mental
- De personalidad: autismo y psicosis

❖ **Trastornos sensoriales**

- Auditivos: sordomudos
- Visuales: ciegos
- Táctiles: lepra

❖ **Asociativos:** combinación de los anteriores

- Síndrome de Down

a) Síndrome de Down

El Síndrome de Down es una combinación de signos y síntomas característicos que se producen por una alteración en la división cromosómica durante la concepción del bebé (2). Este síndrome es una de las alteraciones genéticas más comunes que presenta una etiología genética asociada a la trisomía del cromosoma autosómico número 21. La prevalencia es 1:500, este cromosoma adicional flota libremente en el núcleo de la célula o está situado en la parte superior de otro cromosoma (2, 5, 27).

Fue descrito por primera vez por John Longdon Hayden Down, en 1866. Es un fenómeno de traslocación, tiene incidencia de 1: 660 nacidos vivos y está asociado con la edad materna avanzada (11). No fue hasta 1959

que Jerome Lejeune, Marthe Gautier y Raymond Turpín descubrieron la existencia de un pequeño cromosoma en las células de personas con síndrome de Down, confirmando que la trisomía del cromosoma 21 era la única causa de este síndrome (28). Está se caracteriza por poseer tres copias, en lugar de dos. Dicha copia adicional puede estar en todas sus células o no, lo cual se denomina mosaicismo (29).

Las personas con síndrome de Down sufren desventajas y desigualdades en la vida, tanto en el entorno social como en el material y físico. Si bien las afecciones de la cavidad bucal se presentan de acuerdo a factores predisponentes que dependen en gran medida de la condición biológica de la persona, existe una marcada influencia de los condicionantes psico-socio-culturales sobre el desarrollo de las afecciones orales (30).

El Síndrome de Down presenta los siguientes aspectos (27):

- **Aspectos generales:** Estatura relativamente baja, cuello corto, piel abundante en el sector cervical, hipotonía muscular generalizada, pliegue palmar transversal único, dedos gruesos, cortos y separados entre sí, miembros superiores e inferiores cortos, piel seca, cara achatada, nariz pequeña, poco desarrollo del puente nasal, orejas displásicas, cabellos finos y dispersos.
- **Aspectos bucales:** Micrognatismo del maxilar superior, Paladar profundo o alto, Macroglosia. Relativa, Lengua hipotónica con fisuras, Tendencia a la protrusión lingual con interposición entre arcadas dentarias y labios, Maloclusión dentaria, Ausencias dentarias congénitas, Cronología de la erupción alterada, con retraso marcado, Anomalías de forma dentaria, Bruxismo con pérdida temprana de

piezas dentarias por sobrecarga y trauma oclusal (usualmente incisivos permanentes inferiores), Sialorrea, Presencia de placa microbiana y cálculo.

Entre otras características clínicas del síndrome de Down están (31):

- Retardo del crecimiento.
- Retardo mental de diversos grados con un coeficiente intelectual que oscila entre 25- 50.
- Hiperlaxitud ligamentosa.
- Hipotonía.
- Estreñimiento.
- Predisposición alta: de leucemia, infecciones, disfunción tiroidea y envejecimiento prematuro y generalmente la aparición de signos de Alzheimer después de los 35 a 40 años.

b) Autismo

El Autismo Es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Se da aproximadamente en 15 de cada 10,000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas y se encuentra en todo tipo de razas, etnias y clases sociales (2, 5).

Es un trastorno del desarrollo en el que la interacción social, el lenguaje, el comportamiento y las funciones cognitivas y emocional de la persona están severamente afectadas causando problemas de comunicación, aprendizaje y socialización (27, 32).

La primera descripción de autismo fue realizada por Leo Kanner, psiquiatra austriaco que trabajaba en Estados Unidos en 1943, en su artículo *Autistic disturbances of affective contact* (Los trastornos autistas del contacto afectivo). Pocos meses después, a principios de 1944 Hans Asperger, identificó un grupo de cuatro niños con características similares, utilizando el término *autistic psychopathy* (psicopatía autista). Probablemente el autismo ha existido siempre, pero es a partir de la descripción de Kanner cuando se reconoce el autismo como entidad clínica (32).

Hoy en día la descripción de niños con autismo es confusa porque unas veces se utilizan términos diferentes para referirse al mismo concepto, y otras, el mismo término para designar conceptos distintos (34). Kanner en el año 1943, describió el trastorno autista (TA), ahora denominado trastorno en el espectro autista (TEA) o trastorno generalizado del desarrollo (TGD), ambos términos resultan intercambiables (33).

Dentro de la clasificación que hace el manual internacional para el diagnóstico y la clasificación la DSM-IV de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana 4ª edición, el trastorno autista está dentro de un conjunto de trastornos de inicio en la infancia. Además del autismo incluye otros cuatro desórdenes asociados que comparten signos y síntomas que son el síndrome de Asperger, síndrome de Rett, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno extendido del desarrollo no específico. A todos ellos los engloba en el término “trastornos generalizados del desarrollo (TGD)” (34). En síntesis el autismo es una condición que hace parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), (35).

Etiología

La etiología del autismo al día de hoy es incierta. Existe evidencia de que el autismo es un desorden neurológico de base orgánica. Cuyas posibles causas sean trastornos pre y perinatales y anomalías cromosómicas y se diagnostica en los primeros tres años de vida y su incidencia es de 5 cada 10.000 nacimientos vivos, es 4 veces más frecuente en el sexo masculino (5).

Presenta los siguientes signos y síntomas (27):

- **Desarrollo:** Inmadurez neurológica, edad ósea retardada, dificultad en la alimentación, dificultad en establecer conductas.
- **Comportamiento:** Autoagresión, autoestimulación, insensibilidad relativa al dolor y a la temperatura, no demuestra miedo ante peligros reales, se resiste al cambio de rutinas, respuesta impredecible a los sonidos, dificultad en imitar, desorientación espacial, preocupación por los objetos, coordinación pobre.
- **Lenguaje:** Retardo, pronunciación pobre, uso literal del lenguaje, ecolalia, ecolalia retardada, uso de gestos para indicar necesidades.
- **Socialización:** Incapacidad de relacionarse normalmente, solitario, resistencia al contacto físico, contacto visual pobre, destructivo, sin sentido del daño.
- **Aspectos bucales:** Los pacientes portadores de este disturbo presentan características bucales similares a las de un paciente normal. En general están siendo medicados con fármacos anticonvulsivantes y aunque su estado de salud bucal depende mayormente del control de los factores locales, la higiene deficitaria

agregada a los trastornos que provoca la medicación favorece la instalación de cuadros severos de gingivitis.

Tratamiento Odontológico

El manejo odontológico de pacientes con autismo es complejo debido a sus características comportamentales inherentes, presentan problemas en el desarrollo del lenguaje y no manifiestan emociones, sensaciones, ni dolor, lo que dificulta la comunicación y la colaboración durante el procedimiento clínico (35). La literatura reporta técnicas especiales que facilitan el manejo del comportamiento del paciente con autismo durante la cita odontológica y se clasifican en técnicas básicas y avanzadas. Dentro de las básicas se encuentran técnicas de comunicación como control de voz y comunicación no verbal, distracciones, recompensas y presencia de padres, musicoterapia; y como técnicas avanzadas se describen óxido nitroso, sedación intravenosa, estabilización protectora y anestesia general (35).

2.2.3.2. Consideraciones en el abordaje o tratamiento de una persona discapacitado o con necesidades especiales

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las dos terceras partes de la población con una discapacidad no recibe atención bucodental, razón por la cual todo profesional encargado de la salud dental de este tipo de pacientes, debería considerar y seguir los lineamientos que se recomiendan a continuación (24):

- Incentivar la atención odontológica temprana.

- Impulsar las intervenciones necesarias en el área bucal y complejo oro-facial, destinadas a personas con alteraciones en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos con necesidades permanentes o transitorias, a su familia y entorno.
- Planificación de la cita.
- Accesibilidad al consultorio dental.
- Consentimiento documentado.
- En la atención odontológica debe existir una coordinación entre los médicos y encargados del cuidado del paciente, incluyendo enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos que tendrían influencia en su medicación, para ofrecerle seguridad en su salud oral.
- Comunicación con el paciente y familiar.
- Control del temor y angustia.

2.2.4. Medidas básicas preventivas

La prevención en estomatología debe ser integral y podría ser definida como una estrategia dirigida a promover salud bucal y prevenir problemas estomatológicos mediante actividades de promoción, exámenes periódicos, detección de riesgos, pronóstico de la posibilidad de enfermar, identificación del estado de salud actual relacionado a la edad, el estado general y los recursos existentes, encaminados a la disminución del nivel de los riesgos (36).

Instruir a los padres y/o tutores es imprescindible y debe ser la primera medida para asegurar los hábitos higiénicos dietéticos apropiados y de manera diaria en la persona con necesidades especiales (NCES), ya que éstos tienen un riesgo más elevado de padecer patologías bucales y éstas

pueden poner en peligro la salud general, por lo que las estrategias de prevención se vuelven de fundamental importancia (24).

El cepillado dental, el uso del hilo dental son las principales armas para evitar las enfermedades bucales. Sin embargo, cuando un individuo ve reducida su capacidad para poder realizar tareas básicas como alimentarse, vestirse o comunicarse, la higiene oral se transforma en una tarea compleja. Sin una adecuada higiene bucal, la persona es vulnerable a la caries y a la gingivitis entre otras enfermedades orales (24).

a) El cepillado dental en el control de la placa, profilaxis de caries y periodontopatías

La persona discapacitado o con necesidades especiales, 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 (11).

El cepillado de los dientes es considerado entre los factores de prevención de la caries dental, las experiencias realizadas han comprobado su efecto de utilidad en el campo de prevención, para la remoción de la placa bacteriana (37). Los cepillos dentales pueden ser modificados para el uso, comodidad y que sean capaces de realizarlo por sí mismos; los cepillos dentales eléctricos cumplen mejor con el objetivo, el cual es eliminar la placa dentobacteriana sin dañar los tejidos periodontales (24).

Existe evidencia de que el cepillado dental con dentífrico, inmediatamente después de las comidas, es un medio eficaz para limitar la caries dental, no así si se realiza después de los diez minutos. Numerosos estudios apoyan la creencia de que cepillar los dientes inmediatamente después de las comidas reduce la destrucción dental de 50 a 100 % aproximadamente (37).

Existen diversas técnicas de cepillados, pero la mejor técnica es aquella que elimina más placa bacteriana y debe cumplir las siguientes características ser efectiva, fácil de aprender y de llevar a la práctica (14).

Entre las más importantes podemos mencionar (14):

- Técnica rotatoria de Charters: Se colocar el cepillo contra la cresta gingival, con una inclinación de 45° hacia oclusal y se realizan movimientos de vaivén. Indicada para pacientes periodontales.
- Técnica de Bass: Indicada para pacientes periodontales. El cepillo se cogerá a modo de lapicero, las cerdas del cepillo se colocan en el surco gingival formando un ángulo de 45° respecto al eje del diente y se realizan movimientos vibratorios.
- Técnica de Bass Modificada: Una vez realizada la vibración se terminará desplazando el cepillo hacia oclusal, para limpiar las caras vestibulares o linguales.

b) Clorhexidina

La clorhexidina como agente antimicrobiano es una medida de utilidad. Su amplio espectro de acción permite que se utilice en programas preventivos de caries y problemas periodontales. Los preparados con clorhexidina que se

indiquen (enjuagatorios, geles, barnices), así como la técnica de aplicación (cepillado, cubetas) será adecuada a la condición y necesidades de cada paciente. De igual manera no se recomienda usar colutorios en pacientes con dificultades deglutivas o que sean incapaces de expectorar. Además se ha documentado que la clorhexidina en spray o pasta dental es igualmente efectiva (37).

c) El flúor en la actividad preventiva

El flúor es un elemento que forma el grupo de los halógenos junto al cloro, bromo y yodo, su número atómico es 9, su masa atómica 19, en estado puro es un gas amarillo muy irritante. Presenta una gran electronegatividad en estado iónico, de ahí su capacidad de combinarse con otros elementos; debido a esto no se encuentra en la naturaleza en estado puro, pese a ser muy común en la tierra donde puede presentarse en forma de fluorita, fluorapatita o criolita. En el agua de mar se encuentra aproximadamente a una concentración de 1,3 mg / L (37).

El flúor es importante para el desarrollo de los dientes y su dosis terapéutica es de 0.05 mg/kg de peso corporal. Desde 1940 se ha venido utilizando el flúor como una medida de prevención en salud oral y se ha visto el beneficio que éste ha producido en muchas personas (38). Por consiguiente su uso es importante en personas susceptibles a las enfermedades orales como son las personas con discapacidad o con necesidades especiales.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción exacto del flúor no es del todo conocido; como consecuencia de ello, se han emitido varias hipótesis en trabajos que sustentan la actividad preventiva del flúor frente a la caries (37).

En principio se podrían establecer cuatro grandes grupos (37):

Acción sobre la hidroxiapatita

- Disminuye la solubilidad
- Aumenta la cristalinidad.
- Promueve la remineralización formando cristales de fluorapatita.

Acción sobre las bacterias de la placa bacteriana:

- Inhibidor enzimático
- Reduce la flora cariogénica (antibacteriano directo).

Acción sobre la superficie del esmalte:

- Inhibe la unión de proteínas y bacterias.
- Disminuye la energía superficial libre.

Acción sobre el tamaño y estructura del diente:

- Morfología de la corona.
- Retraso en la erupción

Vías de administración

- **Vía sistémica:**

En la que los fluoruros son ingeridos a través del torrente circulatorio, depositándose a nivel óseo y en los dientes. El máximo beneficio de este aporte se obtiene en el período preeruptivo. El modo de aplicación es mediante (37):

- Fluoración de las aguas.
- Aguas de mesas con flúor.
- La sal fluorada.

- **Vía tópica:**

Supone la aplicación directa sobre los dientes, por lo que su uso es postoperatorio, puede iniciarse desde los 6 meses de nacido y continuar durante toda la vida, pero su máxima utilidad se centraría en los períodos de más susceptibilidad a la caries (infancia y primera adolescencia) o en adultos hipercariogénicos. La vía tópica requiere de dosis más altas. Modo de aplicación (37):

- **Barnices:** El barniz fluorado permanece en contacto con el esmalte durante más tiempo que las soluciones o gel.
- **Gel:** Generalmente se utiliza el APF (acidulated phosphate fluoride) a 1,23% aunque también existe el gel fluorofosfato neutro 1,1 ó 2%.
- **Dentífricos:** La mayoría de las personas que utilizan la pasta dental con fluoruro reciben un tratamiento tópico de fluoruro al cepillarse los dientes
- **Colutorios o enjuagatorios:** Los enjuagues bucales con una solución fluorada constituyen un método sencillo y conveniente de aplicación tópica de fluoruro. Las soluciones disponibles con mayor frecuencia son las de fluoruro de sodio neutro. Para uso diario se recomienda una solución al 0,05% (0,023 de fluoruro) y una a 0,2% (0,09 de fluoruro) para uso semanal o quincenal.

- **Seda dental fluorada:** El hilo o seda dental permite quitar la placa de las superficies dentales proximales inaccesibles al cepillo, por lo tanto se debe acompañar del cepillado como parte de la práctica normal de la higiene bucal.

El flúor tópico es considerado actualmente por la OMS como un procedimiento seguro y eficaz para reducir la caries dental (38).

d) Uso de sellantes

Instrumento de prevención que cumple la función de reducir el riesgo de caries en áreas susceptibles de dientes primarios y permanentes (24).

Los sellantes de fosas y fisuras constituyen una medida muy eficaz en la prevención de caries oclusales. En efecto, los sellantes tienen por objeto rellenar los puntos y fisuras del esmalte impidiendo la colonización bacteriana y evitando la difusión de los substratos fermentables que pueden ser metabolizados por las bacterias. Debido a la alta prevalencia de lesiones cariosas y a que el flúor protege fundamentalmente las superficies lisas, los sellantes son doblemente importantes (16).

e) Uso de ionómeros

Los ionómeros que liberan fluoruro también son útiles como tratamientos preventivos o terapéuticos principalmente en restauraciones temporales (24).

2.3. Terminología básica

- **Trastorno del espectro autista (TEA):** Es el término que se utiliza para dar cuenta de las distintas manifestaciones de gravedad del autismo, que son un grupo de discapacidades del desarrollo. se define como una disarmonía generalizada en el desarrollo de las funciones cognitivas superiores e independiente del potencial intelectual inicial (33, 39).
- **Espectro autista:** Trastorno neurológico de diagnóstico conductual que afecta a la persona durante toda su vida y que se manifiesta antes de los tres años por, al menos, un retraso o funcionamiento anormal en el área de la interacción social, del lenguaje utilizado en la comunicación social o del juego simbólico o imaginativo. Las alteraciones son muy diversas y pueden incluir discapacidad intelectual o problemas de lenguaje, con niveles diferentes de gravedad, por lo que es considerado un espectro (40).
- **cromosoma(s):** Cuerpos pequeños, de tinción oscura y con un aspecto más o menos de varilla situados en el núcleo de una célula. En el momento de la división celular o mitosis, los cromosomas se dividen y distribuyen por igual en las células hijas (41).
- **Translocación:** Mutación genética que consiste en el cambio de posición de dos o más nucleótidos en la secuencia del ADN (42).
- **Hipotonía:** Anomalía del tono muscular esquelético que es un indicio de trastornos genéticos o disfunción del sistema nervioso. Los

pacientes con tendencias hipotónicas muestran extremidades flexibles e incapacidad de mantener una posición normal de la cabeza (41).

2.4. Hipótesis

No requiere.

2.5. Variables e indicadores

Variable:

- Nivel de conocimiento de los padres de los alumnos con síndrome de Down sobre salud bucal.
- Nivel de conocimiento de los padres de los alumnos con Autismo sobre salud bucal.

covariable:

- Sexo
- Edad
- Grado de instrucción

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Nivel de conocimiento de los padres de los alumnos con síndrome de Down sobre salud bucal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos de Higiene Bucal. • Hábitos de higiene bucal. • Patología Bucal relacionada con higiene bucal. • Técnica de higiene. 	Cuestionario de 12 preguntas desarrollada y validada por Cabellos D. (2006)	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alto: 9-12 aciertos ❖ Regular: 5-8 aciertos ❖ Bajo: 0-4 aciertos
Nivel de conocimiento de los padres de los alumnos con Autismo sobre salud bucal	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos de Higiene Bucal. • Hábitos de higiene bucal. • Patología Bucal relacionada con higiene bucal. • Técnica de higiene. 	Cuestionario de 12 preguntas desarrollada y validada por Cabellos D. (2006)	ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Alto: 9-12 aciertos ❖ Regular: 5-8 aciertos ❖ Bajo: 0-4 aciertos
COVARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Sexo	Cualitativa	-----	Rasgos fenotípicos sexuales	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Masculino ❖ femenino
Edad	Cuantitativo	-----	Años transcurridos desde el nacimiento	Continuo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ De 20 a 30 años. ❖ De 31 a 45 años. ❖ De 46 años a más.
Grado de instrucción	Cualitativa	-----	Años de estudios realizados	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Instrucción inicial ❖ Instrucción Primaria ❖ Instrucción Secundaria ❖ Instrucción Superior

CAPITULO III DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo de investigación:

La presente investigación es de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y de corte transversal

Nivel de investigación:

Descriptivo

3.2. Población y muestra

Población:

La población de la presente investigación estuvo conformada por padres de familia de 101 alumnos del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016.

Muestra:

Para la determinación de la muestra el cálculo se realizó mediante el método no probabilístico por conveniencia. En donde la muestra se seleccionó de manera directa, mediante el reclutamiento de voluntarios previa aceptación a participar. De manera que la muestra estuvo conformada por 41 padres de los alumnos con síndrome de Down y 29 padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016, y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo con deficiencia mental de grado leve, moderado y severo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin.
- Padres que voluntariamente deseen participar en la investigación.
- Padres con consentimiento informado firmado.
- Padres que entiendan o hablen el español.
- Padres con edad de 20 años a más.

Criterios de exclusión:

- Padres de diferente Centro Educativo Básico Especial (CEBE).
- Padres de los alumnos que no presenten síndrome de Down o Autismo.
- Padres que no deseen participar en la investigación.
- Padres sin consentimiento informado firmado.
- Padres que no entiendan o hablen el español.
- Padres menores a 20 años de edad.
- Cuestionario de encuesta inconcluso o mal llenado.
- Padre de familia con aparente trastornos mental o trastorno psicológico.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la presente investigación, se utilizó la técnica observacional y el instrumento tipo cuestionario de encuesta.

Para la realización del presente trabajo, se presentó una solicitud al director de la E.A.P de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener, requiriendo una carta de presentación ante la directora del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin (Ver anexo N° 1), para el uso de sus instalaciones durante la encuesta sobre salud bucal, dirigida a los padres de familia de dicho Centro Educativo Básico Especial (CEBE); el cual fue respondido oportunamente (Ver anexo N° 2).

Instrumento de recolección de datos sobre salud bucal

Para la evaluación del nivel de conocimiento sobre salud bucal a los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del CEBE Ricardo Bentin, se utilizó el cuestionario (Ver anexo N° 3) desarrollada y validada para su investigación por Cabellos D (2). Indica Cabellos D (2), que la validez del contenido del instrumento fue evaluada y validada por un juicio de 5 expertos y para determinar la confiabilidad de dicho instrumento utilizó el coeficiente de confiabilidad alfa de Crombach, que mostró un nivel de confiabilidad del instrumento obtenido de la muestra piloto de 0,8935 de coeficiente. Este resultado indica Cabellos D (2) que es bueno para la utilidad del instrumento y que el cálculo de validez de cada ítem que lo compone superaron el mínimo valor establecido del coeficiente de correlación (r): >0.20 . Por lo tanto, el instrumento fue válido en cada ítem que lo compone, es decir todos los ítem son importantes.

El cuestionario contiene 12 preguntas con alternativas de respuesta para cada una y dividida en cuatro partes (Ver anexo N° 3).

- La primera parte: elementos de higiene bucal.

- La segunda parte: hábitos de higiene bucal.
- La tercera parte: patología bucal relacionada con higiene bucal.
- La cuarta parte: Técnica de higiene bucal.

En cada parte 3 preguntas, con respuestas de tipo cerradas.

La calificación es la siguiente:

- 0-4 preguntas acertadas: nivel de conocimiento bajo.
- 5-8 preguntas acertadas: nivel de conocimiento regular.
- 9-12 preguntas acertadas: nivel de conocimiento alto.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de setiembre y octubre del 2016, en días laborables de lunes a viernes en el horario de 8:00am a 1pm, a cada padre de familia. Durante la encuesta en primer lugar se les explicó los objetivos de la investigación y sobre la naturaleza del estudio, solicitándoles posteriormente su autorización mediante la firma del consentimiento informado (Ver anexo N^o 4) a los padres que desearon participar del estudio. Si bien, el propósito del presente trabajo fue solo identificar el nivel de conocimiento de los padres, posterior a las encuestas se realizó una charla informativa sobre la importancia de la salud bucal y se finalizó con la entrega a los participantes de un tríptico (Ver anexo N^o 5).

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Los datos del estudio se procesaron con el programa estadístico SPSS versión 20.0. Para mostrar si existe diferencia estadísticamente significativa

se aplicó la prueba de chi-cuadrado para comprobar la relación entre las variables (esta prueba se aplicó en tablas de contingencia con proporción de casillas o celdas que presentan valores esperados a 5 y cuando la proporción de valores esperados inferiores a 5 no supera el 25% de las celdas), y el coeficiente de asociación de Gamma (esta prueba se aplicó cuando las condiciones no cumplen para la prueba de chi-cuadrado, cuando las tablas de contingencia con proporción de casillas o celdas presentan valores esperados inferiores a 5, y/o cuando la proporción supera el 25% de las celdas). Utilizando un nivel de significancia $p < 0,05$, las tablas y los gráficos se elaboraron con el programa Microsoft Excel.

3.5. Aspectos éticos

- Los principios éticos tomados en cuenta fue la declaración universal sobre bioética y derechos humanos, respeto a los derechos, salud, intimidad, confidencialidad y dignidad del ser humano (Ver anexo N^o 6) (43).
- Para la realización de la presente investigación se tuvo en consideración el manual de elaboración de tesis, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPNW.
- Para llevar a cabo la encuesta, previamente se informó sobre la naturaleza del estudio a los padres, y solicitándose posteriormente su autorización mediante la firma del consentimiento informado (ver anexo N^o 4).
- La información recolectada fue de carácter confidencial, codificado y con fin académico.
- El estudio no afectó la salud física, mental o moral de los participantes.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1. 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.

Variables	Nivel de conocimiento						Total		Prueba de asociación	
	Alto		Regular		Bajo		n	%	Estadístico	P valor
	n	%	n	%	n	%				
Padres de los alumnos con Síndrome de Down	4	9.8%	26	63.4%	11	26.8%	41	100%	$\chi^2 = 5,463 +$	0.065 *
Padres de los alumnos con Autismo	8	27.6%	18	62.1%	3	10.3%	29	100%		

+ Prueba de chi-cuadrado.

* $P = 0.065 > 0,05$ No existen diferencias estadísticamente significativas.

Se observa que un 63.4% y un 62.1% de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo respectivamente presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal. Un nivel de conocimiento alto el 27.6% de los padres de los alumnos con Autismo, y un nivel de conocimiento bajo el 26.8% de los padres de los alumnos con síndrome de Down. No se encontró evidencia significativa para afirmar diferencias al asociar la variable nivel de conocimiento y los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo ($p > 0,05$).

Grafico 1. 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.

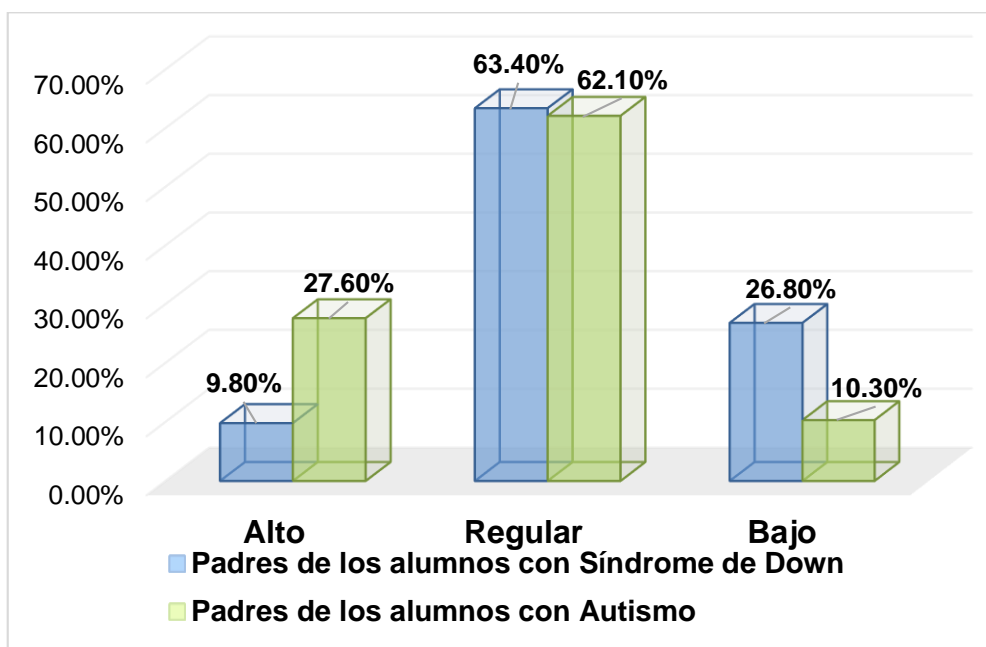


Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según sexo.

Variable	Nivel de conocimiento						Total		Prueba de asociación	
	Alto		Regular		Bajo		n	%	Estadístico	P valor
	n	%	n	%	n	%				
Sexo										
Femenino	2	6.1%	22	66.7%	9	27.3%	33	100%	X ² =2.662 +	0.264 *
Masculino	2	25%	4	50%	2	25%	8	100%		

+ Prueba de chi cuadrado.

* P= 0.264 > 0,05 No existen diferencias estadísticamente significativas.

Se observa que los padres de los alumnos con síndrome de Down presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 66.7% de los padres del sexo femenino y el 50% de los padres del sexo masculino. No se encontró al asociar evidencia significativa para afirmar diferencias en cuanto a la variable sexo y nivel de conocimiento sobre salud bucal ($p > 0,05$).

Grafico 2. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según sexo.

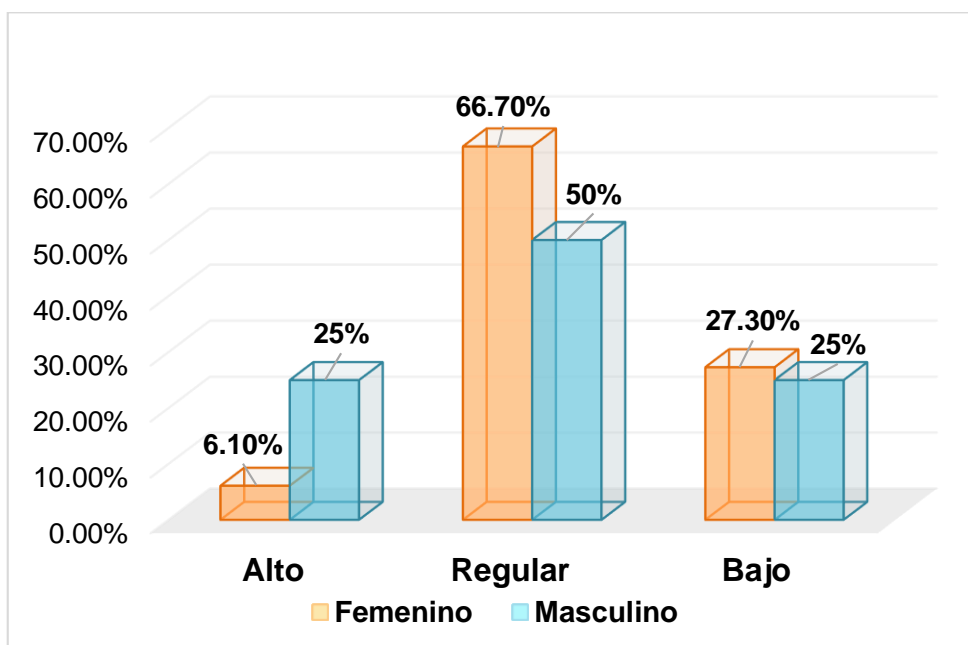


Tabla 3. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según edad.

Variable	Nivel de conocimiento								Prueba de asociación	
	Alto		Regular		Bajo		Total		Estadístico	P valor
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad										
20-30 años	0	0%	3	50%	3	50%	6	100%	Gamma =-0.27	0.301
31-45 años	3	15.8%	11	57.9%	5	26.3%	19	100%		
46 años a más	1	6.2%	12	75%	3	18.8%	16	100%		

+ Coeficiente de Gamma

* $P = 0.301 > 0,05$ No existen diferencias estadísticamente significativas.

Se observa que los padres de los alumnos con síndrome de Down presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 75% de los padres que tienen entre 46 años de edad a más, el 57.9% que tienen entre 31 a 45 años, y el 50% de los padres que tienen entre 20 a 30 años de edad. No se encontró al asociar evidencia significativa para afirmar diferencias en cuanto a la variable edad y nivel de conocimiento sobre salud bucal ($p > 0,05$).

Grafico 3. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según edad.

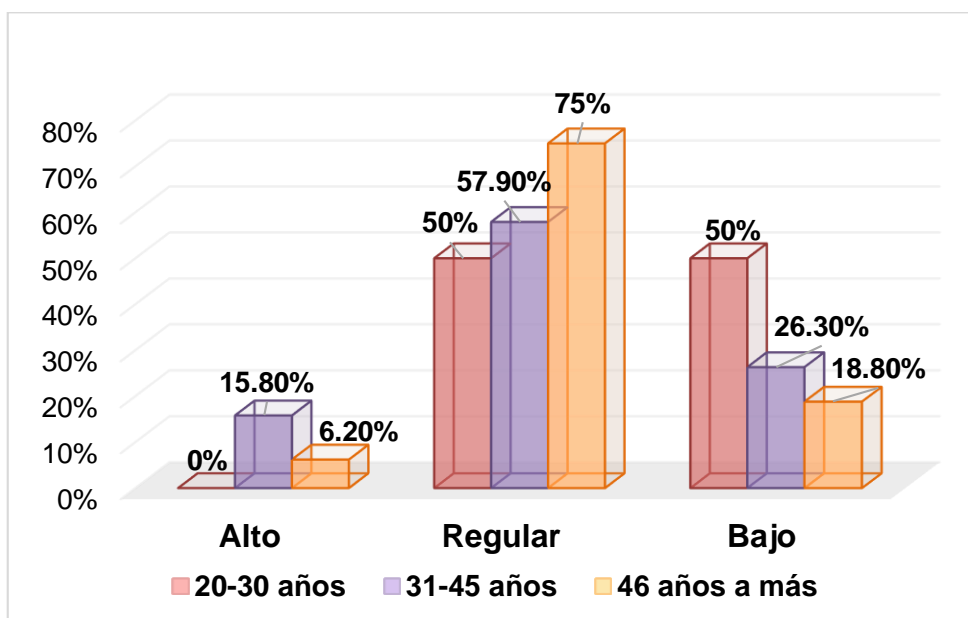


Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según grado de instrucción.

Variable	Nivel de conocimiento						Total		Prueba de asociación	
	Alto		Regular		Bajo		n	%	Estadístico	P valor
	n	%	n	%	n	%				
Grado de instrucción										
Primaria	1	12.5%	5	62.5%	2	25%	8	100%	Gamma = -0.165	0.494
Secundaria	2	8.7%	13	56.5%	8	34.8%	23	100%		
Superior	1	10%	8	80%	1	10%	10	100%		

+ Coeficiente de Gamma

* $P = 0.494 > 0,05$. No existen diferencias estadísticamente significativas

Se observa que los padres de los alumnos con síndrome de Down presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 80% de los padres que tienen grado de instrucción superior, el 62.5% que tienen grado de instrucción primaria, y el 56.5% de los padres que tienen grado de instrucción secundaria. No se encontró al asociar evidencia significativa para afirmar diferencias en cuanto a la variable grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre salud bucal ($p > 0,05$).

Grafico 4. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según grado de instrucción.

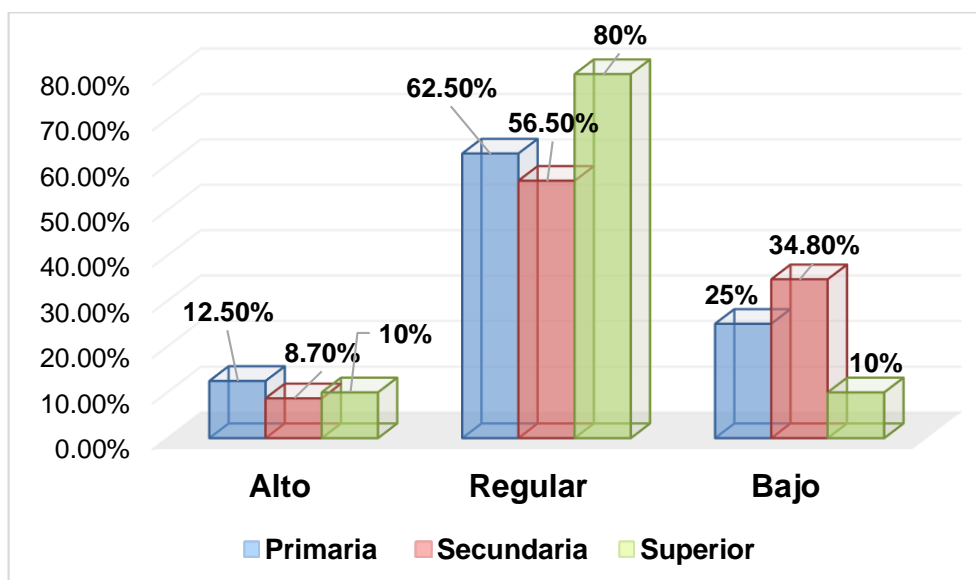


Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según sexo.

Variable	Nivel de conocimiento								Prueba de asociación	
	Alto		Regular		Bajo		Total		Estadístico	P valor
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo										
Femenino	3	13.6%	15	68.2%	4	18.2%	22	100%	Gamma =7.42 +	0.035 *
Masculino	0	0%	3	42.9%	4	57.1%	7	100%		

+ Coeficiente de Gamma

* $P = 0.035 \leq 0,05$. Existen diferencias estadísticamente significativas

Se observa los padres de los alumnos con Autismo presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 68.2% de los padres del sexo femenino. Un nivel de conocimiento bajo el 57.1% de los padres del sexo masculino. Se encontró al asociar evidencia significativa para afirmar diferencias en cuanto a la variable sexo y nivel de conocimiento sobre salud bucal ($p \leq 0,05$).

Grafico 5. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según sexo.

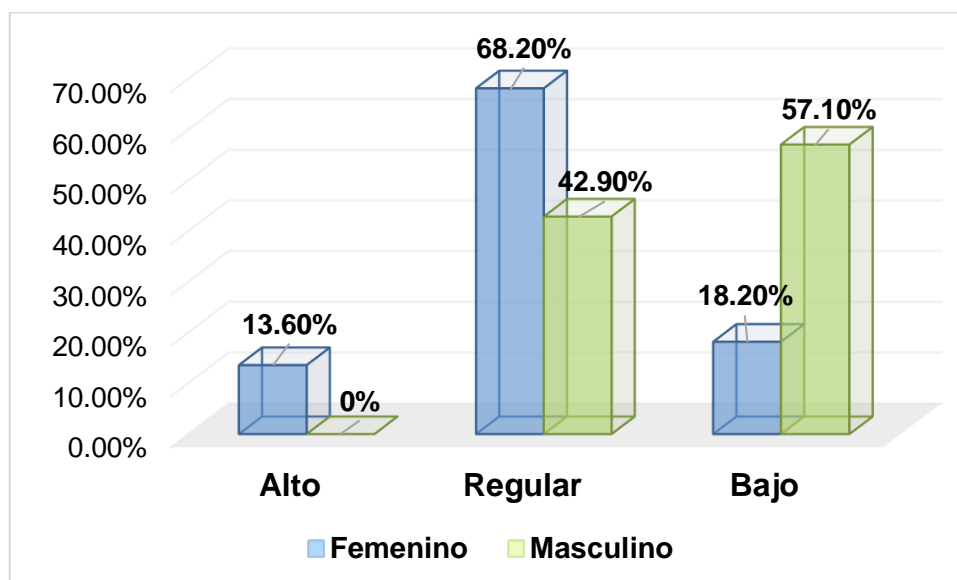


Tabla 6. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según edad.

Variable	Nivel de conocimiento						Total		Prueba de asociación	
	Alto		Regular		Bajo		n	%	Estadístico	P valor
	n	%	n	%	n	%				
Edad										
20-30 años	0	0%	3	60%	2	40%	5	100%	Gamma= -0.241	0.378
31-45 años	2	14.3%	8	57.1%	4	28.6%	14	100%		
46 años a más	1	10%	7	70%	2	20%	10	100%		

+ Coeficiente de Gamma

* $P = 0.378 > 0,05$. No existen diferencias estadísticamente significativas

Se observa que los padres de los alumnos con Autismo presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 70% de los padres que tienen entre 46 años de edad a más, el 57.1% que tienen entre 31 a 45 años, y el 60% de los padres que tienen entre 20 a 30 años de edad. No se encontró al asociar evidencia significativa para afirmar diferencias en cuanto a la variable edad y nivel de conocimiento sobre salud bucal ($p > 0,05$).

Grafico 6. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según edad.

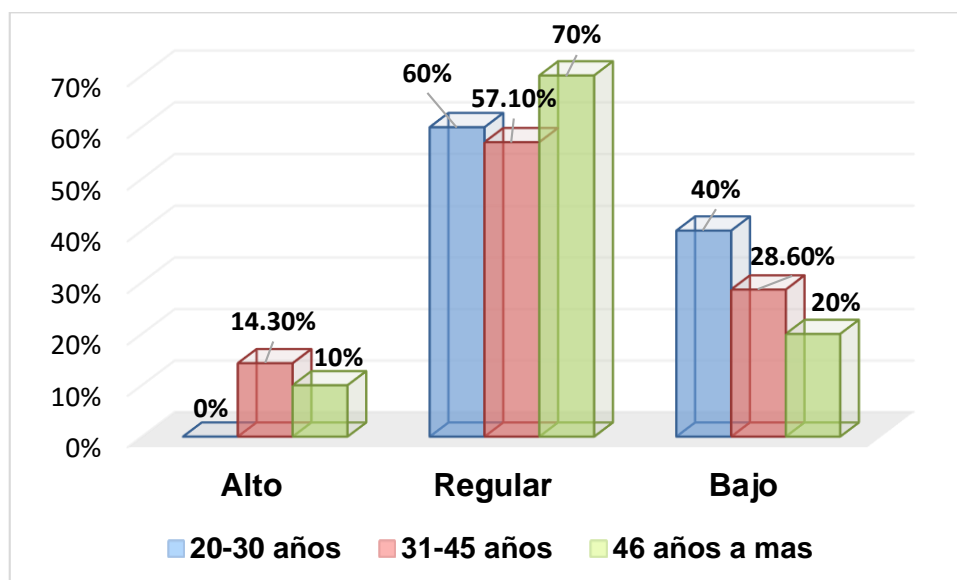


Tabla 7. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según grado de instrucción.

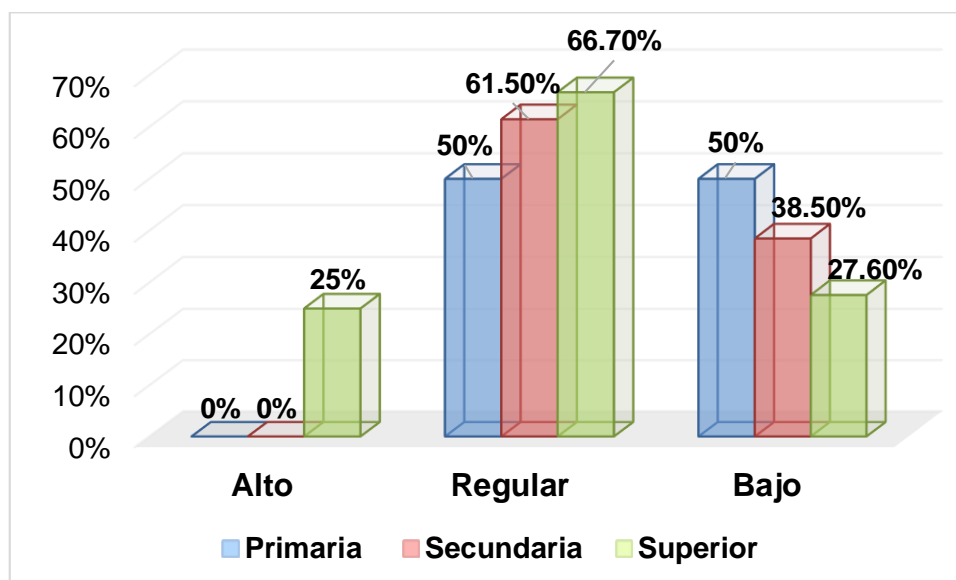
Variable	Nivel de conocimiento						Total		Prueba de asociación	
	Alto		Regular		Bajo		n	%	Estadístico	P valor
	n	%	n	%	n	%				
Grado de instrucción										
Primaria	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%	Gamma =-0.720	0.003
Secundaria	0	0%	8	61.5%	5	38.5%	13	100%		
Superior	3	25%	8	66.7%	1	27.6%	12	100%		

+ Coeficiente de Gamma

* $P = 0.003 \leq 0,05$ existen diferencias estadísticamente significativas

Se observa que los padres de los alumnos con Autismo presentan un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 66.7% de los padres que tienen grado de instrucción superior, y el 61.5% que tienen grado de instrucción secundaria. Los padres que tienen grado de instrucción primaria presentan un nivel de conocimiento regular el 50%, y el otro 50% un nivel de conocimiento bajo. Se encontró al asociar evidencia significativa para afirmar diferencias en cuanto a la variable grado de instrucción y nivel de conocimiento sobre salud bucal ($p \leq 0.05$).

Grafico 7. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac según grado de instrucción.



4.2. Discusión

El conocimiento que poseen los padres sobre la salud bucal es un problema significativo, porque los niños, jóvenes o adultos con habilidades diferentes o con necesidades especiales demandan una atención inmediata, por lo que se requiere de un vasto conocimiento sobre salud bucal por parte de los padres, para así mejorar la posibilidad de éxito durante la prevención y/o el tratamiento dental. Debido ello, la importancia de determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal.

En la presente investigación se evaluó 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. Así mismo Holguin L y Oyola M (2016) (5), Pérez R (2015) (6), Soares, Volpato, Castro y cols (2013) (8), Di Nasso y Carces (2012) (9), DI Nasso y Salazar (2010) (10), Vásquez M (2009) (11), Morales E (2008) (12), Cabellos D (2006) (2) y Arias, Muñoz, Romero y cols (2005) (13) evaluaron el nivel de conocimiento sobre salud oral o higiene oral de los padres de familia y/o cuidadores de niños con discapacidad, habilidades especiales o habilidades diferentes. Mientras Goveo V (2015) (7) realizó su estudio del nivel de conocimientos en salud bucal en madres de niños con discapacidad (síndrome de Down, retardo mental, parálisis cerebral, autismo).

Al evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin, se encontró un nivel de conocimiento regular en el 63.4% y en el 62.1% de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo respectivamente. Estos resultados

guardan similitud con las investigaciones desarrollados por Holguin y Oyola (2016) (5) en el Perú, quienes reportaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral en el 68,6% de los padres de familia de niños con discapacidad (síndrome de Down, autistas, parálisis cerebral infantil y retardo mental). Así mismo existe concordancia con los resultados obtenidos por Pérez R (2015) (6) en el Perú, quien encontró en mayor porcentaje un nivel de conocimiento regular sobre salud oral en el 40.10% del total de los padres de niños con habilidades especiales. De igual manera existe similitud con el trabajo desarrollado en el Perú por Vásquez M (2009) (11), quien halló en mayor porcentaje el nivel de conocimiento regular de higiene bucal en el 46.7% de los padres de los niños con habilidades diferentes. En concordancia Cabellos D (2006) (2) en el Perú, el resultado de su investigación reflejó un nivel de conocimiento regular sobre higiene bucal en el 68,9% de los padres de los niños discapacitados (Síndrome de Down, retardo mental y autismo) en el centro Ann Sullivan. Por otro lado se difieren con el trabajo reportado por Morales E (2008) (12) en el Perú, el resultado de su investigación reflejó un nivel de conocimiento bajo, sobre grados de información sobre higiene bucal en los padres de niños con habilidades diferentes. Así mismo, no existe concordancia con el estudio de Di Nasso y Carces (2012) (9) en Argentina, quienes encontraron que el 75% de los padres tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal, hábitos y elementos de higiene. De igual manera existe diferencia con la investigación realizada por Di Nasso y Salazar (2010) (10) en Argentina y Perú, sus resultados de aproximaciones iniciales, como “observaciones iniciales” mostraron que los padres desconocen sobre la salud bucal en general e ignorancia sobre temas de

salud bucal más complejos y que competen a las personas con discapacidad. Así mismo no existe semejanza a lo hallado por y Arias, Muñoz, Romero y cols (2005) (13) en Cuba, sus resultados reportados denotaron que la mayoría de los padres de los niños con retraso mental ligero presentaron una información higiénico sanitaria bucal no satisfactoria o malo. Igualmente no se guarda similitud a los obtenidos por Soares, Volpato, Castro y cols (2013) (8) en Brasil, sobre la salud bucal y la conducta de los padres/cuidadores frente al cuidado de los niños y adolescentes con discapacidad bajo su responsabilidad, quienes encontraron que el 79% de los padres no sabe cuáles son las enfermedades que puede causar la placa dental, sin embargo el 70% de los encuestados tiene conocimiento sobre que es la placa dental, pero un 88% desconocen de la enfermedad periodontal.

El presente trabajo al evaluar el nivel de conocimiento de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo según el sexo se encontró, que los padres de los alumnos con síndrome de Down presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 66.7% del sexo femenino y el 50% del sexo masculino, y los padres de los alumnos con Autismo presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 68.2% del sexo femenino. Así mismo identificaron un nivel de conocimiento regular los estudios realizados por Holguin y Oyola (2016) (5) en el Perú, según el sexo de los padres de los niños con discapacidad halló un nivel de conocimiento regular en un 61,4% del sexo femenino, y en el 10% del sexo masculino. También se coincide con Pérez R (2015) (6) en el Perú, según el sexo encontró un nivel de conocimiento regular sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales en un 46.55% del sexo femenino. Pero difieren con lo encontrado

en esta investigación en los padres de los alumnos con Autismo del sexo masculino, que presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre salud bucal en el 57.1%. Este último encontrado en la presente investigación y al considerar solo el sexo masculino de los padres de los alumnos con síndrome de Down que presentaron un nivel de conocimiento regular el 50%, no guarda similitud con lo reportado por Pérez R (2015) (6) en el Perú, al considerar el sexo masculino encontró mayormente un nivel de conocimiento bueno (alto) sobre salud oral en los padres de niños con habilidades especiales. Finalmente según el sexo nuestro resultado difiere con Goveo V (2015) (8) en Ecuador, los resultados obtenidos sobre salud bucal de las madres de niños con discapacidad fue insuficiente (malo) y en el presente trabajo fue regular el nivel de conocimiento presentado por las madres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio sobre salud bucal según la edad de los padres, se obtuvo un nivel de conocimiento regular en los padres de los alumnos con síndrome de Down en el 75% que tienen de 46 años de edad a mas, en el 57.9% que tienen entre 31 a 45 años, y en el 50% que tienen entre 20 a 30 años de edad; y en los padres de los alumnos con Autismo fue en el 70% de los padres que tienen de 46 años de edad a mas, en el 57.1% que tienen entre 31 a 45 años y el 60% de los padres que tienen entre 20 a 30 años de edad. Estos resultados se asemejan a lo obtenidos por Pérez R (2015) (6) en el Perú, al determinar el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales según la edad fue regular, siendo 41.46%, 41.27% y 36.17% para los grupos de 20-30, de 30-45 y de 45 a más años de edad respectivamente.

La presente investigación al evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo según el grado de instrucción, se encontró un nivel de conocimiento regular en el 80% de los padres que tienen grado de instrucción superior, en el 62.5% que tienen grado de instrucción primaria, y en el 56.5% de los padres de los alumnos con síndrome de Down que tienen grado de instrucción secundaria; en los padres de los alumnos con Autismo fue regular en el 66.7% de los padres que tienen grado de instrucción superior, en el 61.5% que tienen grado de instrucción secundaria y en el 50% que tienen grado de instrucción primaria. Estos resultados se asemejan a lo mostrado por Pérez R (2015) (6) en el Perú, quien según el grado de instrucción encontró que el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales fue regular en el 33.78% para los de nivel primaria, 47.89% para los de secundaria, y 38.30% para los de nivel superior.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se determinó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 63.4% y en el 62.1% de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo respectivamente. No hubo diferencia significativa en la variable nivel de conocimiento. ($p > 0,05$).
- Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 66.7% del sexo femenino y en el 50% del sexo masculino de los padres de los alumnos con síndrome de Down. No hubo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y sexo. ($p > 0,05$).
- Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 75% y en el 57.9% de los padres de los alumnos con síndrome de Down que tienen entre 46 años de edad a más y en los que tienen entre 31 a 45 años respectivamente. No hubo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y edad. ($p > 0,05$).
- Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 80%, en el 62.5% y en el 56.5% de los padres de los alumnos con síndrome de Down que tienen grado de instrucción superior, primaria, y secundaria respectivamente. No hubo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y grado de instrucción. ($p > 0,05$).
- Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 68.2% del sexo femenino y bajo en el 57.1% del sexo masculino de los padres de los alumnos con Autismo. Existiendo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y sexo. ($p \leq 0,05$).

- Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 70% y en el 60% de los padres de los alumnos con Autismo que tienen entre 46 años de edad a más y en los que tienen entre 20 a 30 años respectivamente. No hubo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y edad. ($p > 0,05$).
- Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 66.7%, en el 61.5% y en el 50% de los padres de los alumnos con Autismo que tienen grado de instrucción superior, secundaria, y primaria respectivamente. Existiendo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y grado de instrucción. ($p \leq 0,05$).

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a futuras investigaciones complementar este estudio, comparando el nivel de conocimiento de los padres, con indicadores como higiene oral de los hijos.
- Se recomienda a futuras investigaciones realizar mejoras en el instrumento utilizado sobre el nivel de conocimiento y su nueva validación. Así mismo complementar con ítems para medir la actitud en relación a la salud bucal.
- Se sugiere a las clínicas y/o consultorios odontológicos, en miras de contribuir en la prevención de la salud oral de la población, implementar las salas de espera con cartillas o trípticos informativos dirigidos a los padres, sobre las ventajas de la higiene bucal con el fin de mantener la salud oral y mejorar la calidad de vida de los niños con necesidades especiales.
- Se recomienda a la directora del CEBE Ricardo Bentin, solicitar a las instituciones involucradas en salud bucal, en realizar charlas de promoción y prevención dirigida a los padres y docentes, debido a que los alumnos con necesidades especiales en su mayoría presentan dificultad de motricidad manual para realizar la adecuada higiene bucal.
- Se sugiere a los padres de familia acudir a la consulta odontológica con su hijo con necesidades especiales, con la finalidad de familiarizar con la figura del odontólogo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de su hijo, mediante el tratamiento integral de los problemas bucales.

REFERENCIAS

1. Benavente L. Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental. *Odontol Sanmarquina*. 2007; 10 (2): 3-7.
2. Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú [Tesis para para optar el grado de cirujano dentista]. Lima: UNMSM; 2006.
3. Navas R, Mogollón J. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down. *Ciencia Odontológica*. 2007; 4 (2): 130-140.
4. Quintana C. Manejo inmediato de la avulsión y fractura dentaria en niños: información, actitud y experiencia previa de los padres y profesores [Tesis para para optar el grado de Magister en Estomatología]. Lima: UNMSM; 2007.
5. Holguin L, Oyola M. nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una Clínica de Lambayeque. 2014 [Tesis para para optar el grado de cirujano dentista]. Lambayeque: UCSTM; 2016.
6. Pérez R. Nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales Trujillo. 2015 [Tesis para para optar el grado de cirujano dentista]. Trujillo: UPAO; 2015.
7. Goveo V. Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres del centro infantil de desarrollo integral de los niños con discapacidad la Joya

provincia de Imbabura Cantón Otavalo, periodo 2015 [Trabajo de Investigación Previo a la Obtención del Título de Odontóloga]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2015.

8. Soares J, Volpato LER, Castro PHS, Lambert NA, Borges AH, Carvalhosa AA. Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência. J Health Sci Inst. 2013; 31 (3): 239-43.
9. Di Nasso P, Carces G. Estudio Descriptivo sobre el nivel de conocimientos odontológicos de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. Rev Portales médicos. 2013; 8 (6). 1.7.
10. Di Nasso P, Salazar E. La salud oral de grupos poblacionales vulnerables: Experiencias de educación para la salud bucal en niños con discapacidad en Perú y Argentina. Rev Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo [serial on the Internet]. (2010, June), [cited March 2, 2017]; 4(2): 7-11. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.
11. Vásquez M. Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima: UNFV; 2009.
12. Morales E. Grado de información sobre higiene bucal de padres de niños aparentemente normales y padres de niños con Síndrome de Down, retardo mental y autismo en el Hospital de Niño del 2007 [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima: UNFV; 2008.
13. Arias S, Muñoz L, Romero C, Espeso N. Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental Ligero, padres y educadores. Rev Camagüey. 2005; 9(6): 1-12.

- 14.** Marchena Z. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la victoria – 2015 [Tesis para para optar el título profesional de cirujano dentista]. Pimentel: USS; 2015.
- 15.** Delgado R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: UNMSM; 2012.
- 16.** Paz M. Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del HONADOMANI “San Bartolomé” MINSA 2014 [Tesis para para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima: UNMSM; 2015.
- 17.** Chambi F. Nivel de información de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad-Callo [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: UNMSM; 2007.
- 18.** Panduro M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán – distrito belén, Iquitos 2014” [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Iquitos: UNAP; 2015.
- 19.** Quispe J. Conocimientos sobre salud buco dental de los padres que tienen hijos con síndrome de Down. del C.E.B.E. San José de San Martín cusco 2013 [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Cusco: UNSAAC; 2013.

20. Cupé A, García C. Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Rev Estomatol Herediana. 2015; 25 (2):112-121.
21. Organización Mundial de la Salud. Glosario Promoción de la Salud. OMS 1998: 10.
22. Di Nasso P. La salud bucal de los niños con discapacidad. Rev PIPP. 2010:1-3.
23. Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. Rev CES Odont. 2011; 24 (1): 72-76.
24. Martínez H, Rivera G. Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Rev salud pública de México. 2011; 53 (3): 203-204.
25. Martínez H, Rivera G, Treviño G. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Rev ADM. 2011; 68 (5): 222-228.
26. Benavente A, Chein S, Campodónico C, Palacios E, Ventocilla M, Castro A, *et al.* Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontol Sanmarquina. 2012; 15 (1): 14-18.
27. López M, Demicheri R. El paciente especial discapacitado. Montevideo: UDELAR; 2008.
28. Taboada N, Licea M, Acosta O, Pérez O, Díaz R, Rodríguez J, *y cols.* Caracterización clínico genética del síndrome Down en el Estado Plurinacional de Bolivia. Rev Cubana Genet Comunit. 2011; 5 (2-3): 82-88.

29. Tirado L, Díaz S, Martínez K. Salud bucal en escolares con síndrome de Down en Cartagena (Colombia). *Rev Clín Med Fam.* 2015; 8 (2): 110-118.
30. Moncunill I, Hilas E, Calamari S, Molina G, Cornejo L. Estrategia mediadora para la promoción de salud bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down. *Rev Síndrome de Down.* 2007; 24: 62-67.
31. Pérez A. Síndrome de Down. *Rev Act Clin Med.* 2014; 45: 2357-2361.
32. Gómez B, Badillo V, Martínez E M, Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. *Cient Dent.* 2009; 6(3): 207-215.
33. Quijada C. Espectro autista. *Rev Chil Pediatr.* 2008; 79 (1): 86-91.
34. Martínez M, de Castro L, Irurtia J, Martínez C, Queipo D. Paciente autista en el ámbito odontológico: Autoagresiones versus maltrato infantil. *Gac int cienc forense.* 2013; 9: 61-73.
35. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Odontología para pacientes autistas. *Rev CES Odont.* 2013; 26 (2): 120-126.
36. Cisneros G, Hernández Y. La educación para la salud bucal en edades tempranas de la vida. *MEDISAN.* 2011; 15(10):1445-1458.
37. Torres C. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades odontopediátricas. *MEDISAN.* 2009; 13 (1): 1-13.
38. Chileno M. Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en escolares con discapacidad [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista]. Lima: UNMSM; 2016.

39. Martos J, Pérez I. Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol*. 2011; 52 (1): 147-153.
40. Pino M, Romero DM. Trastornos del espectro autista y exposiciones ocupacionales de los progenitores. *Rev Esp Salud Pública*. 2013; 87:73-85.
41. Mosby diccionario de odontología. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
42. Diccionario de la lengua española. Ed. del tricentenario. Madrid: RAE; 2016.
43. Ministerio de Salud. Compendio de Normativa Ética para uso por los Comités de Ética en Investigación. Lima-Perú: Instituto Nacional de Salud; 2011.

ANEXOS

ANEXO N° 1

Solicitud de carta de presentación

Lima, 08 de setiembre del 2016

Sr. Mg. Carlos Gálvez Ramírez.

Presente.-

Director de la EAP de odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener.

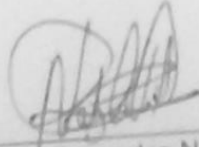
De mi mayor consideración:

Yo, Carrillo Saavedra Naly Rosario, identificada con DNI N° 42549410, estudiante de la EAP de Odontología de la Universidad Privada Norbert Wiener, con código de matrícula: a2008200144, me dirijo a usted respetuosamente y digo:

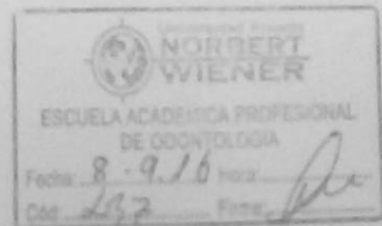
Que, deseando ejecutar mi proyecto de investigación titulado "Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rimac en el año 2016". Le solicito me brinde la carta de presentación ante la Sra. Donatila de la Cruz Mendoza, directora del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rimac, y al finalizar la investigación poder contribuir con los resultados obtenidos en esta investigación.

Sin otro particular me despido sin antes agradecerle de antemano la atención a la presente.

Atentamente.



Carrillo Saavedra Naly Rosario
DNI: 42549410



ANEXO N° 2

Carta de presentación



ANEXO N° 3



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

CEBE. RICARDO BENTIN. RÍMAC.

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL

DATOS GENERALES

Encuesta N°:

Fecha:.....

Diagnóstico del hijo:.....

Padre: Madre: Edad:.....

Grado de instrucción: Inicial Primaria Secundaria Superior

Introducción

El presente **cuestionario** forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de los alumnos del CEBE. RICARDO BENTIN, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

I. Instrucciones:

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

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

- a) dulces, cepillo dental, pasta dental.
- b) flúor, pasta dental, hilo dental.
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental.

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

- a) cada 6 meses.
- b) cada 12 meses.
- c) cada 3 meses.
- d) no sé.

3) El diente es:

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

- 4) ¿Principalmente cuando Ud. cree que debe cepillarse los dientes?**
- a) antes de las comidas.
 - b) después de las comidas.
 - c) solo al acostarse.
 - d) solo al levantarse.
- 5) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?**
- a) al erupcionar el primer diente.
 - b) cuando tenga edad suficiente.
 - c) cuando le duela algún diente.
 - d) cuando le salgan todos sus dientes.
- 6) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?**
- a) no sé.
 - b) 30 segundos.
 - c) 1 minuto.
 - d) 2 minutos.
 - e) 3 minutos.
- 7) La placa bacteriana es:**
- a) restos de dulces y comidas.
 - b) manchas blanquecinas en los dientes.
 - c) restos de alimentos y microorganismos.
 - d) no sé.
- 8) La enfermedad periodontal es:**
- a) el dolor de diente.
 - b) la enfermedad de las encías.
 - c) inflamación del labio.
 - d) no sé.
- 9) ¿Qué es la caries?**
- a) es una picadura en los dientes.
 - b) es una enfermedad infectocontagiosa.
 - c) es un dolor en la boca.
 - d) no sé.
- 10) ¿Qué características debe tener un cepillo dental?**
- a) Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto.
 - b) Que las cerdas sean duras y de un solo color.
 - c) Que las cerdas sean rectas y el mango también.
 - d) Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo.
- 11) ¿Cuántas veces se cepilla al día?**
- a) una vez.
 - b) dos veces.
 - c) tres veces.
 - d) ninguna.
- 12) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.**
- a) sí.
 - b) no.
 - c) tal vez.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

13

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre y/o madre de familia:

La presente investigación es conducida por la bachiller en odontología, Carrillo Saavedra Naly Rosario, de la Universidad Privada Norbert Wiener.

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de los alumnos del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rimac en el año 2016*. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente cinco minutos de su tiempo.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será codificado y de carácter confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, y su identidad de participante será únicamente conocida por la investigadora.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que lo perjudique en ninguna forma.

El estudio consiste en llenar los datos generales y el cuestionario sobre salud bucal, que consiste en 12 preguntas que le tomara contestarlo aproximadamente 5 minutos.

El estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio ni compensación por participar. Los resultados del estudio estarán disponibles en la Universidad Privada Norbert Wiener si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta posterior a la encuesta sobre esta investigación, se puede comunicar con Carrillo Saavedra Naly Rosario, al celular Nro. 953039378. Correo electrónico n.alvarez2010@hotmail.com.

AUTORIZACIÓN:

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado sobre el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de la bachiller en odontología, Carrillo Saavedra Naly Rosario.

En señal de conformidad firmo este documento.

Datos del Participante: Ana Cecilia Bravo Osorio

DNI 80034881

Fecha de encuesta: 4/10/16

Firma: [Firma manuscrita]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

32

Estimado padre y/o madre de familia:

La presente investigación es conducida por la bachiller en odontología, Carrillo Saavedra Naly Rosario, de la Universidad Privada Norbert Wiener.

El objetivo de este estudio es determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de los alumnos del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rimac en el año 2016". Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente cinco minutos de su tiempo.

Su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será codificado y de carácter confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación, y su identidad de participante será únicamente conocido por la investigadora.

Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que lo perjudique en ninguna forma.

El estudio consiste en llenar los datos generales y el cuestionario sobre salud bucal, que consiste en 12 preguntas que le tomara contestario aproximadamente 5 minutos.

El estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio ni compensación por participar. Los resultados del estudio estarán disponibles en la Universidad Privada Norbert Wiener si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta posterior a la encuesta sobre esta investigación, se puede comunicar con Carrillo Saavedra Naly Rosario, al celular Nro. 953033378, Correo electrónico n.alay2010@hotmail.com.

AUTORIZACIÓN:

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado sobre el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de la bachiller en odontología, Carrillo Saavedra Naly Rosario.

En señal de conformidad firmo este documento

Datos del Participante... *Tony Bayán*

DNI. *41148144*

Firma



Fecha de encuesta:.....

ANEXO Nº 5

TRÍPTICO DIRIGIDO A LOS PADRES DEL CEBE RICARDO BENTIN SOBRE SALUD BUCAL

UNIVERSIDAD NORBERT WIENER



E.A.P

ODONTOLOGIA



PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

(Dirigido a los padres del CEBE
Ricardo Bentin.)

Bachiller: Naly Rosario
Carrillo Saavedra

Rimac-2016

PREVENCIÓN TEMPRANA

¿Señores padres de familia sabían que la prevención empieza desde temprana edad y antes que le salga el primer diente a su hijo?

Es importante que tenga estas consideraciones, más aun si su hijo presenta algún problema de salud que le impida realizar su propia higiene oral.

➤ La Higiene Bucal



1. Desde los 6 meses se realiza la limpieza con gasas húmedas.

2. A partir de los 8 meses hasta 1 año de edad, la limpieza se realizará con cepillo y agua.



3. Luego de los dos años podrá utilizar pasta sin flúor ya que con flúor solo lo realizara siempre y cuando el niño pueda escupir.

4. En niños mayores de 3 – 12 años pasta dental con flúor de 500 ppm.
5. De 13 años a más puede utilizar pastas dentales con 1000 a 1500 ppm de flúor.

ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

Se tiñe los dientes con violeta de genciana para poder determinar cuanta placa bacteriana tiene en boca. (La parte coloreada indica los dientes que están sucios)



FASE DE MANTENIMIENTO

Es el uso del cepillo y la pasta dental



➤ Los tipos cepilos seran de acuerdo a la edad del niño y en el proceso de su crecimiento, por ello es importante acudir a la consulta con el dentista para que le indique la cantidad de pasta dental que debe de utilizar según la edad durante el cepillado.



Activo
Ve a C

CEPILLADO Y EL USO DEL HILO DENTAL



1. Se cepilla los dientes posteriores (molares y premolares)
2. Luego se cepilla los dientes anteriores (incisivos y caninos) por delante.
3. Por último se cepilla por detrás los dientes ya mencionados.

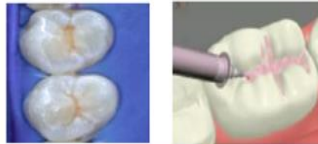
FLUOR COMO AGENTE BACTERICIDA Y REMINERALIZADORA

Es un mineral nutritivo, que sirve para mejorar la calidad del esmalte dental, haciendo que los dientes sean más resistentes a las caries.



USO DE SELLANTES SEGÚN LA ESTRUCTURA Y MORFOLOGÍA DENTAL

Son películas resinosas delgadas que se coloca sobre la superficie de masticación de los dientes posteriores (premolares y molares) y son eficaces para prevenir la caries dental.



LAS MEDIDAS PREVENTIVAS SIRVEN PARA EVITAR LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES

- Placa bacteriana



- Caries dental
Es una enfermedad multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos del diente.



- Gingivitis
Es una enfermedad curable que afecta a las encías que sufre de inflamación, sangran, cambian de color (encías rojas) y se vuelven más grandes. Luego a una periodontitis.



- Periodontitis
Es una enfermedad infecciosa crónica que afecta a los tejidos que rodean, soportan o sostienen y protegen los dientes.



Activa
Ve a Cir

ANEXO N° 6

COMPENDIO DE NORMATIVA ÉTICA PARA USO POR LOS COMITÉS DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS

Principios

En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes.

Artículo 3 Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4 Beneficios y efectos nocivos

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Artículo 5 Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 Consentimiento

1. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.
2. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Artículo 7 Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

- a. La autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación.
- b. Se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada, una vez obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas

Artículo 7 Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

- a. La autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación.

Artículo 8 Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.

Artículo 9 Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

Artículo 10 Igualdad, justicia y equidad

Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

Artículo 11 No discriminación y no estigmatización

Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.

Artículo 12 Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo

Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

ANEXO N° 7

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS PADRES

		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	n	%	n	%
Edad	20-30 años	9	12.86%	2	2.86%	11	15.72%
	31-45 años	25	35.71%	8	11.43%	33	47.14%
	46 años a más	21	30.00%	5	7.14%	26	37.14%
Grado de instrucción	Primaria	12	17.14%	0	00.00%	12	17.14%
	Secundaria	29	41.43%	7	10.00%	36	51.43%
	Superior	14	20.00%	8	11.43%	22	31.43%
Diagnóstico del hijo	Síndrome de Down	33	47.14%	8	11.43%	41	58.57%
	Autismo	22	31.43%	7	10.00%	29	41.43%
Total		55	78.57%	15	21.43%	70	100 %

ANEXO N° 8

SECUENCIA FOTOGRÁFICA



Centro Educativo Básico Especial Ricardo Bentin del distrito de Rímac
FOTO N° 1



Encuesta a la madre de familia de los alumnos con síndrome de Down y
Autismo
FOTO N° 2



Encuesta a la madre de familia de los alumnos con síndrome de Down y
Autismo
FOTO N° 3



Encuesta a los padres de familia de los alumnos con síndrome de Down y
Autismo
FOTO N° 4



Encuesta al padre de familia de los alumnos con síndrome de Down y
Autismo
FOTO N° 5



Encuesta a las madres de familia de los alumnos con síndrome de Down y
Autismo
FOTO N° 6

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN 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.

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Metodología	Resultados	Conclusiones
<p>¿Cuál será 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 en el año 2016?</p>	<p align="center">Objetivo General:</p>	<p align="center">No requiere</p>	<p align="center">Tipo de investigación Descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal</p>	<p>Los resultados mostraron que:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se determinó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 63.4% y en el 62.1% de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo respectivamente. No hubo diferencia significativa en la variable nivel de conocimiento. ($p > 0,05$). • Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 66.7% del sexo femenino y en el 50% del sexo masculino de los padres de los alumnos con síndrome de Down. No hubo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y sexo. ($p > 0,05$). • Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 75% y en el 57.9% de los padres de los alumnos con síndrome de Down que tienen entre 46 años de edad a más y en los que tienen entre 31 a 45 años respectivamente. No hubo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y edad. ($p > 0,05$). • Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 80%, en el 62.5% y en el 56.5% de los padres de los alumnos con
	<p>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 en el año 2016.</p>		<p align="center">Nivel de investigación Descriptivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
	<p align="center">Objetivos específicos:</p>		<p align="center">Variable:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 en el 50% del sexo femenino y masculino 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según sexo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conocimiento de los padres de los alumnos con síndrome de Down sobre salud bucal. • Nivel de conocimiento de los padres de los alumnos con Autismo sobre salud bucal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres de los alumnos con síndrome de Down 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 ($p > 0.05$). 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según edad. • Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro Educativo 		<p align="center">Covariable:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los padres de los alumnos con Autismo, el 68.2% del sexo 	
			<p align="center">Población y Muestra</p>		
			<p align="center">Población:</p>		
			<p>Estuvo conformada por de padres de familia de 101 los alumnos del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016.</p>		
			<p align="center">Muestra:</p>		
			<p>Estuvo conformada por 41 padres de los alumnos con síndrome de Down y 29 padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016.</p>		
			<p align="center">Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo con deficiencia mental de grado leve, moderado y severo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin. 		

	<p>Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según grado de instrucción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según sexo. • Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según edad. • Identificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016 según grado de instrucción. 		<ul style="list-style-type: none"> • Padres que voluntariamente deseen participar en la investigación. • Padres con consentimiento informado firmado. • Padres que entiendan o hablen el español. • Padres con edad de 20 años a más. <p style="text-align: center;"><u>Criterio de exclusión:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Padres de diferente Centro Educativo Básico Especial (CEBE). • Padres de los alumnos que no presenten síndrome de Down o Autismo. • Padres que no deseen participar en la investigación. • Padres sin consentimiento informado firmado. • Padres que no entiendan o hablen el español. • Padres menores a 20 años de edad. • Cuestionario de encuesta inconcluso o mal llenado. • Padre de familia con aparente transtornos mental o trastorno psicológico. 	<p>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 entre 46 años de edad a más y no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$); en el 66.7% de los padres que tienen grado de instrucción superior fue regular, existiendo diferencias significativas ($p \leq 0.05$).</p>	<p>síndrome de Down que tienen grado de instrucción superior, primaria, y secundaria respectivamente. No hubo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y grado de instrucción. ($p > 0,05$).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 68.2% del sexo femenino y bajo en el 57.1% del sexo masculino de los padres de los alumnos con Autismo. Existiendo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y sexo. ($p \leq 0,05$). • Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 70% y en el 60% de los padres de los alumnos con Autismo que tienen entre 46 años de edad a más y en los que tienen entre 20 a 30 años respectivamente. No hubo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y edad. ($p > 0,05$). • Se identificó un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal en el 66.7%, en el 61.5% y en el 50% de los padres de los alumnos con Autismo que tienen grado de instrucción superior, secundaria, y primaria respectivamente. Existiendo diferencia significativa entre la variable nivel de conocimiento y grado de instrucción. ($p \leq 0,05$).
--	---	--	--	--	--

