

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**“RELACION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL  
DE LOS PADRES DE FAMILIA Y PROFESORES CON LA  
HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS CON CAPACIDADES  
ESPECIALES PUNO, JULIO – SETIEMBRE 2016”**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. YÉSSICA LUNA CAUNA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**PUNO – PERÚ**

**2016**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA

“RELACION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS  
PADRES DE FAMILIA Y PROFESORES CON LA HIGIENE ORAL DE LOS  
NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES PUNO, JULIO – SETIEMBRE  
2016”

TESIS:  
Presentado por :

Bach. YESSICA LUNA CAUNA

Para optar el Título profesional de :

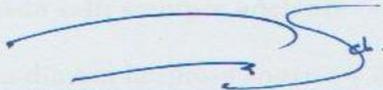
CIRUJANO DENTISTA

APROBADA POR EL JURADO DICTAMINADOR:

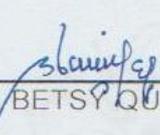
PRESIDENTE:

  
\_\_\_\_\_  
DR. JORGE LUIS MERCADO PORTAL

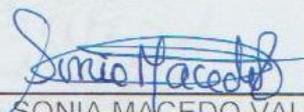
PRIMER MIEMBRO:

  
\_\_\_\_\_  
Ps. LARRY PACHARI CENTENO

SEGUNDO MIEMBRO:

  
\_\_\_\_\_  
CD. BETSY QUISPE QUISPE

DIRECTORA DE TESIS:

  
\_\_\_\_\_  
MG. SONIA MACEDO VALDIVIA

Área: Salud pública, educación en salud, gestión y servicio en odontología

Tema: Grupos de riesgo y salud bucal

## DEDICATORIA

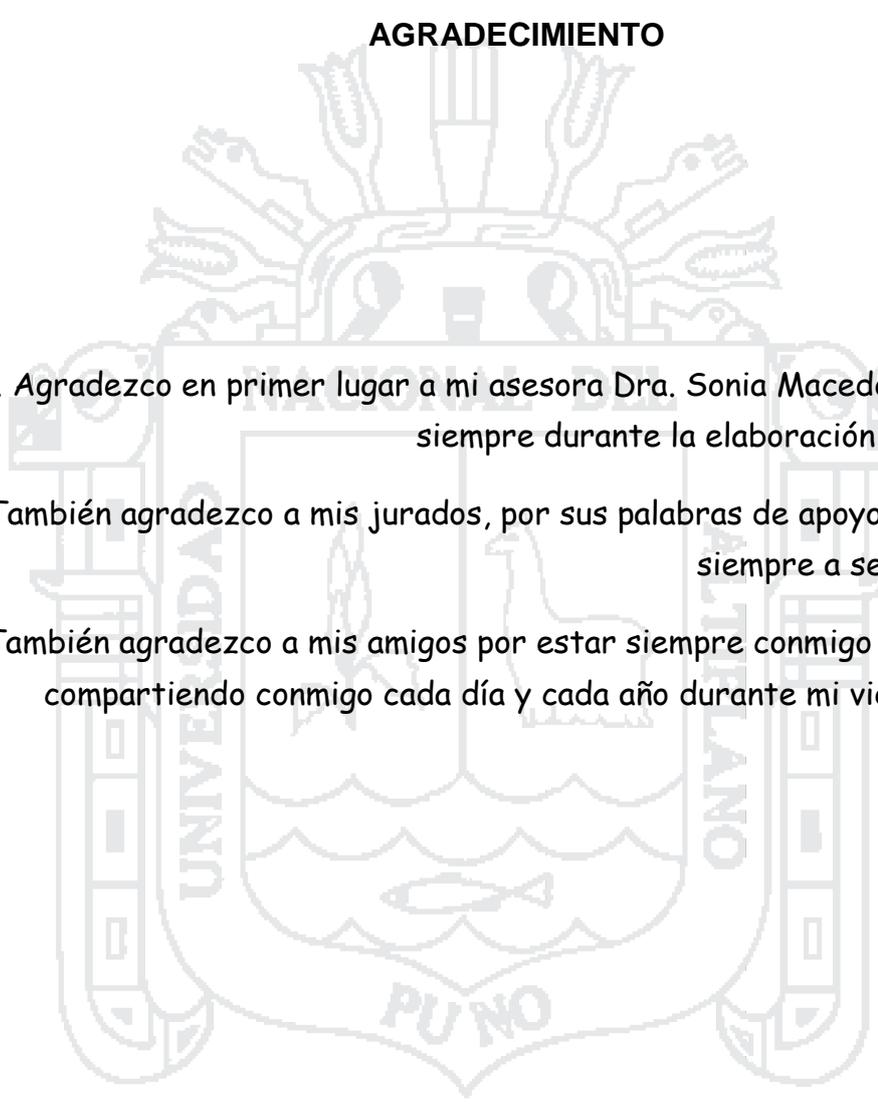
Dedico esta tesis a Dios en primer lugar por acompañarme siempre durante mis años de estudio y guiarme en cada paso que di, y por ser mi Padre celestial.

Dedico también esta tesis a mis padres por darme la vida y que con tanto amor y dedicación me apoyaron para que pueda culminar mis estudios, a mis hermanas que me acompañaron y alentaron para que pueda salir siempre adelante.

Y también a mi sobrinita Itzel, por regalarme cada día esa hermosa sonrisa y alegrar siempre mis días al ver sus hermosos ojos.



## AGRADECIMIENTO

- 
- . Agradezco en primer lugar a mi asesora Dra. Sonia Macedo, por guiarme siempre durante la elaboración de esta tesis.
  - También agradezco a mis jurados, por sus palabras de apoyo e impulsarme siempre a seguir adelante.
  - También agradezco a mis amigos por estar siempre conmigo apoyándome y compartiendo conmigo cada día y cada año durante mi vida estudiantil.

## INDICE

RESUMEN .....	8
CAPITULO I	
INTRODUCCION .....	10
CAPITULO II	
REVISION DE LITERATURA.....	13
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2.2 JUSTIFICACION.....	14
2.3 ANTECEDENTES DEL PROYECTO.....	15
2.4 MARCO TEORICO .....	18
2.4.1 CONOCIMIENTO .....	18
2.4.2 CAPACIDADES ESPECIALES.....	19
2.4.3 PACIENTE CON CAPACIDADES ESPECIALES.....	21
2.4.4 EL AUTISMO.....	24
2.4.5. SINDROME DE DOWN.....	26
2.4.6 RETRASO MENTAL.....	27
2.4.7 PARALISIS CEREBRAL.....	30
2.4.8 SALUD BUCAL.....	33
2.4.9 PLACA MICROBIANA .....	35
2.4.10 INDICE DE HIGIENE ORAL .....	36
2.5 MARCO CONCEPTUAL.....	38
2.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO .....	39
2.7 OBJETIVOS.....	40
CAPITULO III	
MATERIALES Y METODOS.....	41
3.1.1 Tipo De Estudio .....	41

3.1.2 Población Y Muestra De Investigación .....	41
3.1.3 Criterios De Selección .....	42
3.2 VARIABLES .....	42
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
3.4 DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICO.....	47
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSION.....	48
4.1 RESULTADOS.....	48
4.2 DISCUSIÓN.....	62
CAPITULO V	
5.1 CONCLUSIONES .....	65
CAPITULO VI	
6.1 RECOMENDACIONES.....	66
CAPITULO VII	
7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	67
ANEXOS .....	73
<b>INDICE DE TABLAS</b>	
TABLA N° 1.....	48
TABLA N° 2.....	50
TABLA N° 3.....	52
TABLA N° 4.....	54
TABLA N° 5.....	56
TABLA N° 6.....	58
TABLA N° 7.....	60
TABLA N° 8.....	61

**INDICE DE GRAFICOS**

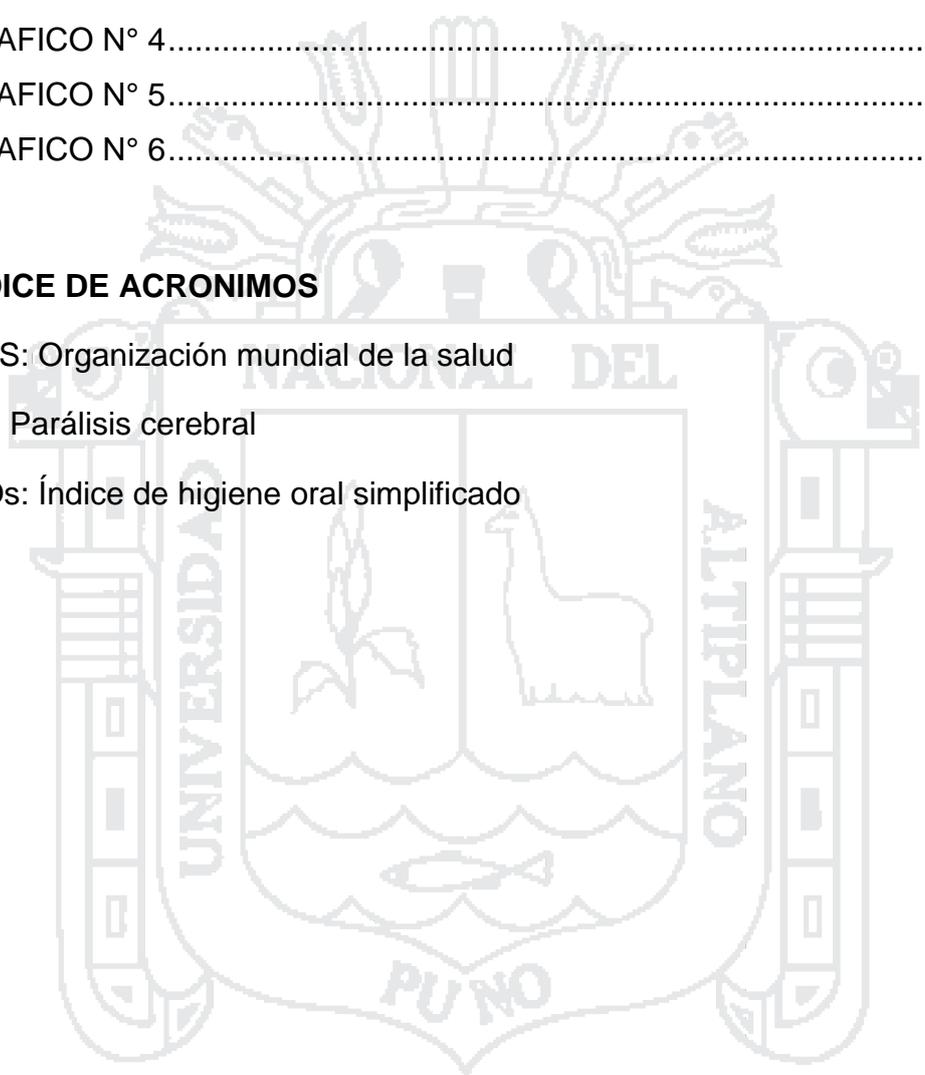
GRAFICO N° 1.....	49
GRAFICO N° 2.....	51
GRAFICO N° 3.....	53
GRAFICO N° 4.....	55
GRAFICO N° 5.....	57
GRAFICO N° 6.....	59

**INDICE DE ACRONIMOS**

OMS: Organización mundial de la salud

PC: Parálisis cerebral

IHOs: Índice de higiene oral simplificado



## RESUMEN

**Objetivo:** Fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales en la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno.

**Materiales y métodos:** La investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 33 padres de familia, 9 profesores de la institución y 33 niños con capacidades especiales respectivamente, para determinar el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario dirigido a padres de familia y profesores; para la obtención de datos de índice de higiene oral los niños fueron examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda. Y para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, la prueba estadística de Independencia de Chi-cuadrado de Pearson.

**Resultados,** el nivel de conocimiento tanto de padres de familia como profesores de la institución educativa especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno fue regular (56,4%); y tiene relación con el Índice de higiene oral que también fue regular (75%).

**Conclusiones,** se concluye que si existe una relación entre el nivel de conocimiento de los padres y profesores con el Índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales, de acuerdo a los resultados mientras más alto es el nivel de conocimiento mejor es el índice de higiene oral.

### **PALABRAS CLAVE**

Capacidades especiales, conocimiento, higiene bucal.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relations hipbe tween the level of oral health knowledge of parents and teachers with the oral hygiene of children with special abilities at the Special Education al Institution of the City of Puno. **Materials and methods:** The research was descriptive and cross-sectional, the population consisted of 33 parents, 9 teachers of the institution and 33 children with special capacities respectively, to determine the level of know ledgewas used a question naireaimed at Parents and teachers; To obtain oral hygiene endex data the children were clinically examine daccording to the presence of soft dental plaque. And for the data processing we used the statistical program SPSS, thestatistical test of Independence of Chi-square of Pearson.

**Results,** the level of knowledge of bothparents and teachers of the special education al institution of the City of Puno, Prague, was mostly 56.4%; And isrelated to the Index of oral hygiene which was also regular mostly 75%.

**Conclusions,** itis concluded tha tiftthereis a relations hipbet ween the level of knowledge of parents and teachers with the oral hygiene index of children with special abilities, the highe rthe level of know ledge the better the oral hygiene index.

## KEYWORDS

Specialskills, knowledge, oral hygiene

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

Los problemas bucodentales (caries, malformaciones dentarias, etc.) presentan una elevada prevalencia en la población infantil pero, con la edad, van disminuyendo a consecuencia de un mayor hábito de limpieza dental y control por especialistas. En personas con capacidades especiales, este problema no disminuye sino que aumenta, derivado de una escasa higiene dental y falta de colaboración en procesos tan simples como una limpieza dental.<sup>1,2</sup>

Son pocas las investigaciones realizadas en este grupo poblacional el conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades odontoestomatológicas y más aún en niños con capacidades especiales. El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos; o un esquema, estructura o marco de referencia. El conocimiento según varios autores es todo un proceso mental basado en la elaboración de ideas a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche, etc. La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se le muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior de proceso mental que es el conocimiento. Todo conocimiento adquirido sea apropiado o errado, tiene relación estrecha con la teoría del aprendizaje.<sup>4</sup>

La higiene oral constituye el medio ideal para gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas.<sup>29</sup>

El paciente con capacidades especiales es aquel niño, joven o adulto que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, que puede encontrarse médicamente comprometido, o con algún tipo de discapacidad

física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento. Diferentes factores prenatales, perinatales y posnatales pueden generar discapacidad. Los factores prenatales como afecciones hereditarias dominantes y recesivas, aberraciones cromosómicas, infecciones (rubiola y toxoplasmosis), intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc., predominan en un 90 %. Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematurez extrema, comprenden un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumoraciones, comprenden el otro 5 %.<sup>6</sup>

Por lo cual es importante establecer el nivel de conocimiento de padres de familia y docentes y determinar hasta qué punto influye en la salud oral de los niños con capacidades especiales.

En la investigación realizada por Vasquez M. 2009, Lima, Perú. Cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el conocimiento sobre higiene bucal de padres y el estado de higiene bucal de niños con habilidades diferentes. En la cual concluye que existe una carencia de información sobre las técnicas adecuadas del cepillado dental en padres o apoderados de niños con habilidades diferentes. La mayoría de los padres o apoderaos evaluados desconocen sobre los problemas bucodentales más frecuentes. También que el conocimiento de las complicaciones orales, su tratamiento y prevención por parte de los padres de los niños con habilidades diferentes, contribuirán a mejorar las condiciones generales de salud de esta población especial.<sup>4</sup>

Por tanto el presente trabajo de investigación dará a conocer algunos aspectos sobre el nivel de conocimiento en higiene bucal de padres de niños capacidades especiales y docentes ( Síndrome Down, Autismo , Retardo mental ) y la relación que existe con el Índice de higiene oral en sus hijos , ya que los responsables directos de la Higiene bucal de los niños capacidades especiales son las personas más cercanas a ellos: padres, familiares y educadores que en muchos casos transmiten sus conocimientos que pueden perjudicarlos, de aquí nace la importancia de saber el nivel de conocimiento de

los padres y docentes de niños con capacidades especiales sobre higiene bucal y conocer con mayor detalle la realidad del nivel de conocimiento actual.

Los resultados de esta investigación actualizarán la base de datos estadísticos sobre el nivel de conocimiento de los padres de niños capacidades especiales ya que en el Perú existe escasa información, por lo tanto el presente trabajo podrá sentar las bases para futuros trabajos de investigación en salud bucal.



## CAPITULO II

### REVISION DE LITERATURA

#### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en conocimiento que los pacientes con capacidades especiales; son niños, jóvenes o adultos los cuales presentan signos y síntomas que los alejan de la normalidad, pueden encontrarse médicamente comprometidos, o con algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento. Y por lo cual ellos necesitan de una persona encargada de cuidar de su bienestar tanto general como así también de su salud oral; estos pacientes son dependientes de otras personas para su desenvolvimiento en muchos aspectos debido a la condición especial que ellos padecen.

La salud bucal, es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Y es una mala salud bucal de los niños con capacidades especiales que ha motivado a esta investigación así como a varios autores, demandar la participación de los padres de familia, educadores y profesionales especializados.

Y es que son los padres de familia los encargados directos de cuidar de su salud en general, de brindarles cuidados que ellos requieren para vivir y salir adelante; juntamente con ellos son los docentes quienes están encargados de brindarles educación, para que ellos tengan oportunidades de desenvolverse en la sociedad.

Es por ello que es muy necesario determinar cuál es el nivel de conocimiento en salud oral de los padres de familia así como también de los docentes; porque ellos son los que viven a diario con estos niños y son ellos los que los guían, les enseñan lo que es bueno y malo, y de ellos depende la salud bucal de estos niños y según sea su nivel de conocimiento se verá como lo aplican

en los niños con capacidades especiales de la Escuela Especial Niños Jesús de Praga de Puno.

## 2.2 JUSTIFICACION

La presente investigación es necesaria porque permitirá saber hasta qué punto los padres, docentes están involucrados en la vida y salud bucal de los niños con capacidades especiales, también permitirá conocer el estado de salud oral de estos niños.

La importancia de saber el nivel de conocimiento sobre salud de los padres de familia de niños con capacidades especiales es crucial puesto que son los encargados de velar por el bienestar de sus niños, por ser dependientes de ellos en muchos aspectos y el conocimiento es una herramienta para la prevención de enfermedades odontoestomatológicas.

Es decir, la base de todo es el conocimiento, pero ¿Cuánto saben los padres?, ¿De dónde se debe partir? Y ¿A dónde se debe apuntar para iniciar un programa de prevención? Los padres de familia y profesores son los encargados de velar por la salud general de los niños, y según sea su nivel de conocimiento se verá reflejado la salud oral de los niños.

Es por ello que la investigación busca determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de padres y profesores con la higiene bucal de niños con capacidades especiales y obtener un resultado real para tener una base y así proponer medidas que ayude a los padres a aprender más sobre salud bucal y métodos para prevenir enfermedades bucales y de esa manera integrar el conocimiento de los padres para el adecuado cuidado de sus niños, , ya que las investigaciones epidemiológicas muestran una alta prevalencia y rápida progresión de enfermedades periodontales, mal oclusiones y caries dental.<sup>1</sup>

De esta manera, la aplicación del conocimiento nos daría como consecuencia una mejora en la salud bucal y por lo tanto contribuiría a la salud general y la presente investigación sería la base para futuros proyectos e investigaciones en esta población que es dejada de lado por ser poco colaboradores, por ello

que una parte de la odontología está orientada a variar el comportamiento de los padres en cuanto a la limpieza de salud bucal y desechar la idea de que ellos deben llevar a sus hijos solo cuando existe una lesión cariosa. Todo ello se logrará con un trabajo en equipo que implica educación, concientización de los padres y docentes y apoyo por parte de los profesionales de la salud para contribuir en la salud bucal de esta población.

## 2.3 ANTECEDENTES DEL PROYECTO

### 2.3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

**Di Nasso P.** 2012. Mendoza, Argentina. El propósito de esta investigación fue evaluar la influencia del nivel de conocimientos sobre salud bucal de padres o apoderados, sobre el estado de salud bucal del niño con discapacidad y de esta manera obtener información para tener una base y así proponer un plan preventivo, eficaz y viable en el futuro sobre higiene bucal, fue una investigación de tipo descriptiva de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 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 con sus padres o apoderados a quienes se aplicó un cuestionario de múltiple opción; los niños fueron examinados clínicamente, utilizando el índice epidemiológico de caries CPOD- ceod. A partir de las variables utilizadas se vinculó el nivel de conocimientos con el estado de salud bucal encontrado en los niños. Llegando a los siguientes resultados sobre Frecuencia de Higiene, el 75% dice tener conocimientos sobre dicho tema, en el Uso del chupete y la mamadera, y la enfermedad de caries, el 63% afirmó haber recibido información al respecto y en relación al tipo de cepillo adecuado, pasta dental adecuada y técnica de cepillado los resultados arrojados fueron 58%, 54% y 50% respectivamente.<sup>2</sup>

**Costa Pinheiro H. D. Aragón M.** et al. 2005. Brasil. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos de los maestros de la Guardería Sorena y que actitudes tomarían frente a problemas dentales que podrían

afectar a sus estudiantes. Métodos- se utilizó un cuestionario con 25 preguntas aplicado a 14 maestros de sexo femenino de Crese Sorena que participaron de la implementación del Proyecto de Atención Integral en la salud oral durante el mes de marzo de 2003. Se trata de una búsqueda cualitativa tipo descriptivo. Para la tabulación y análisis de los datos se utilizó el programa EpiInfo 604, con un nivel de significancia del 5% ( $p < 0,05$ ). Resultados- El nivel de conocimientos de los profesores sobre la caries dental fue baja ya que si bien el 86% dijo que conocen la etiología de la caries dental, cuando se le preguntó para definir la etiología de la caries las respuestas no son correctas. Maestros, el 71% no hacían actividades de salud oral con sus estudiantes y el 88,23% orientan al cepillado de los niños, pero sin saber cómo hacerlo. Conclusiones - maestros necesitaban la mayor información y directrices para la prevención y el control de la caries dental, con el fin de participar en el proyecto como promotores de salud capaces de motivar a los hábitos adecuados de higiene oral en la guardería infantil.<sup>3</sup>

### 2.3.2 ANTECEDENTES NACIONALES

**Cabellos A.** 2006. Lima, Perú. La presente investigación tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). Utilizó como instrumento un cuestionario, se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un  $p < 0,05$  y una correlación inversa regular,  $p = -0,58$  con un  $p < 0,05$  es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.<sup>1</sup>

**Vasquez M.** 2009, Lima, Perú. El propósito de esta investigación fue evaluar la relación entre el conocimiento sobre higiene bucal de padres y el estado de

higiene bucal de niños con habilidades diferentes. La investigación fue de tipo descriptivo, observacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 90 niños de ambos géneros que fueron agrupados de acuerdo a la discapacidad intelectual, reportada por la ficha de matrícula, y sus respectivos padres.

La evaluación del conocimiento sobre higiene bucal de los padres, se realizó mediante un cuestionario semiestructurado, los mismos que reportaron resultados de nivel bueno, regular y malo; los niños examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda. Los resultados; sobre el conocimiento de higiene bucal de padres, con la higiene bucal del niño con habilidades diferentes, se observó que el 84.21% de los niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal; de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo no presentaron buena higiene bucal.

Por lo tanto se llega a la conclusión deduce que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes.<sup>4</sup>

### 2.3.3 ANTECEDENTES LOCALES

**Murillo T.** 2005, Puno, Perú. La presente investigación que lleva por objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en padres de familia de niños discapacitados del Centro de Educación Especial. La población estuvo conformada por setenta y nueve personas entre padres de familia y tutores matriculados en el año académico 2004.

El trabajo fue de tipo descriptivo de corte transversal en el que los datos se obtuvieron mediante la utilización de fichas de cuestionario que fueron formuladas a los padres de familia así como una orientación y educación impartida al finalizar la entrevista, se tomaron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la admisión de cada padre de familia, apoderado y/o tutor a la entrevista antes mencionada.

Los resultados obtenidos fueron el 59% de los padres y/o tutores tienen un nivel de conocimiento medio, seguido por 22% con un nivel de conocimiento alto, y solo un 19% con un nivel bajo.<sup>5</sup>

## 2.4 MARCO TEORICO

### 2.4.1 CONOCIMIENTO

El conocimiento humano encierra un misterio en cuanto que el sujeto cognoscente queda involucrado en el acto mismo de conocer. La unión de sujeto y objeto produce una representación interna del objeto que modifica al sujeto. En este sentido se trata de un con-nascere, (nacer juntos). Se puede definir entonces como una operación por la cual el sujeto capta al objeto y produce una representación interna de éste último. Cuando hay conocimiento. Algo nace, una especie representativa del objeto se aloja en el sujeto y modifica su modo de ser.<sup>6,7</sup>

De esta manera, podemos distinguir cuatro elementos en todo conocimiento: la operación psicológica, el sujeto cognoscente, el objeto conocido y la representación que queda en el sujeto. De estos cuatro elementos interesa especialmente al psicólogo la operación que se realiza. Desde nuestro punto de vista, lo más importante es la relación entre sujeto y objeto, que luego queda realizada en la representación.<sup>7</sup>

El objeto del conocimiento no sólo es una cosa material. También se pueden conocer objetos espirituales que no ocupan un lugar en el espacio. Justamente el contenido o esencia de los conceptos es un objeto que trasciende al espacio y al tiempo. Objeto no es lo mismo que cosa; es lo que se opone al sujeto, lo que queda enfrente del sujeto.<sup>7</sup>

De esta manera se puede decir que el conocimiento según varios autores es todo un proceso mental basado en la elaboración de ideas a partir de una fuente de información, lo que conduce al aprendizaje, que es un grado superior del proceso mental.

#### 2.4.1.1 OPERACIONES DEL CONOCIMIENTO

Tradicionalmente se han considerado tres operaciones cognoscitivas en el nivel intelectual: la simple aprehensión, el juicio y el raciocinio. Cada una de ellas produce, respectivamente, los pensamientos llamados: concepto, proposición y

argumentación. El raciocinio se compone de juicios, y el juicio está compuesto por ideas.<sup>7</sup>

La primera operación se llama simple aprehensión, la cual produce un concepto o idea. El contenido de la idea es una esencia. La esencia es una estructura unitaria que da sentido a un objeto sensible. La imagen es sensible y singular. El concepto se refiere al mismo objeto que la imagen, pero en forma universal, pues se aplica por igual a todos los seres de la misma especie. En esta operación mental no hay afirmación ni negación.<sup>7</sup>

La segunda operación mental clásica es el juicio. Su función no consiste solamente en reunir dos concepto. Lo propio del juicio es la afirmación (o negación) de una existencia, en donde se encuentran sintetizados los dos conceptos expresados en el sujeto y en el predicado de la proposición. De esta manera, la segunda operación mental se refiere a existencias, mientras que la primera (la simple aprehensión) se refiere sólo a esencias. Así es como las dos operaciones captan los dos coprincipios básicos de todo ente, que son la esencia y la existencia.<sup>7</sup>

La tercera operación mental consiste en pasar a un conocimiento nuevo en función de otros juicios previamente captados. De las premisas se obtiene una conclusión. La ilación consiste en que efectivamente exista esa relación entre las premisas y la conclusión. También tradicionalmente se han distinguido dos tipos de raciocinio. La deducción consiste en partir de premisas universales y llegar a una conclusión particular (o menos universal). En cambio, la inducción consiste en partir de casos singulares para concluir tesis universales. Estas tesis son la base de la ciencia.<sup>7</sup>

#### **2.4.2 CAPACIDADES ESPECIALES**

Se considera persona con capacidades diferentes a todo ser humano que presente temporal o permanentemente una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, para realizar sus actividades cotidianas.<sup>8</sup>

Se considera persona con capacidades especiales a toda persona que padezca una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada, motora,

sensorial o mental que, en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su adecuada integración social o laboral.<sup>9</sup>

#### 2.4.2.1 CLASIFICACION

Las enfermedades que provocan discapacidad se pueden clasificar en cuatro grupos, enfermedades crónicas degenerativas, las que provocan déficit motor o sensorial y retraso mental.

Grupo I. Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas: pacientes diabéticos, cardiópatas, nefrópatas, con discrasias sanguíneas, y epilépticos.

Grupo II. Pacientes con enfermedades que provocan déficit motor. Parapléjicos: parálisis más o menos completa de partes simétricas, de ambos miembros superiores o de ambos miembros inferiores. Cuadripléjicos: parálisis de los 4 miembros. Hemipléjicos: parálisis de un lado del cuerpo.

Grupo III. Pacientes con enfermedades que provocan déficit sensorial. Ciegos: aquellos privados de la visión. Sordos: aquellos privados del sentido de la audición.

Sordomudos: aquellos pacientes que se encuentran privados del sentido de la audición y de la palabra, esta última debido a la sordera congénita o adquirida poco después del nacimiento.

Grupo IV. Pacientes con retraso mental: aquellas personas que presentan desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea, los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de la memoria, pensamiento lógico-verbal, lenguaje, y otras), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral.<sup>10</sup>

Así mismo, se considera que puede ser:

- Total: cuando el individuo ha perdido más del 66 % de sus capacidades.
- Parcial: cuando no alcanza dicho porcentaje.

- Permanente: cuando no hay recuperación ad integrum de la capacidad afectada
- Transitoria: cuando la capacidad afectada puede ser recuperada a través de los diferentes medios terapéuticos.<sup>9</sup>

### 2.4.3 PACIENTE CON CAPACIDADES ESPECIALES

El paciente discapacitado o especial es aquel niño, joven o adulto que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, que puede encontrarse médicamente comprometido, o con algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento. En estomatología el paciente especial es aquella persona que para su atención exige maniobras, conceptos, equipamiento y personas de ayuda especiales, o sea, escapan a los programas y rutinas estándar que se llevan a cabo en el mantenimiento de la salud bucodental de la población.<sup>10</sup>

Samuel Kirk, 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.<sup>11</sup>

Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud coinciden en que las estadísticas demuestran que el 10 % de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y gravedades.<sup>10</sup>

Diferentes factores prenatales, perinatales y posnatales pueden generar discapacidad. Los factores prenatales como afecciones hereditarias dominantes y recesivas, aberraciones cromosómicas, infecciones (rubiola y toxoplasmosis), intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc., predominan en un 90 %. Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematurez extrema, comprenden un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumoraciones, comprenden el otro 5 %.<sup>10</sup>

Existe un aumento del por ciento de discapacitados a nivel mundial, sobre todo en las edades de 6 y 16 años, más frecuente en niños que en niñas. Este incremento puede deberse a que estos niños tienen hoy una esperanza de vida más larga gracias a los progresos de la medicina, o al hecho de que cada vez hay más jóvenes discapacitados como consecuencia de accidentes o de actos violentos. También parece que tiende a aumentar el número de discapacitados entre las personas de edad.<sup>10</sup>

Los niños impedidos necesitan más que nadie tratamiento odontológico preventivo y curativo como parte de su cuidado general, y pasarlo por alto significa en muchos casos un riesgo para la salud y hasta para la vida, creando un impedimento mayor de lo que sería en un niño normal.<sup>12</sup>

El estado socio-económico y la escolaridad de los padres influencia directamente la salud oral del paciente discapacitado, lo cual se demuestra en un estudio realizado entre niños con síndrome Down en Riad, donde el mayor porcentaje de hijos de madres analfabetas usaban solo agua como método de limpieza de sus dientes, lo que evidencia que el estado de higiene oral se deteriora cuando los ingresos disminuyen. Adicionalmente, la salud oral de las personas discapacitadas se ve afectada por los efectos secundarios de los medicamentos a los cuales están sometidos, pues estos pueden causar xerostomía significativa, aumento del riesgo de caries dental por el alto contenido de azúcar, así como hiperplasia gingival causada por medicamentos anticonvulsivantes.<sup>13</sup>

Es importante resaltar también las dificultades en el manejo del comportamiento de las personas con necesidades especiales durante la atención odontológica y la falta de cooperación durante el tratamiento. Siendo esta causa que a nivel mundial la mayoría de los discapacitados no reciben tratamientos estomatológicos acorde a sus necesidades.<sup>10</sup> Por tal motivo, el odontólogo que atiende a una persona discapacitada debe tener un entrenamiento académico y clínico especial, debe buscar un equilibrio entre el exceso de estimulación y protección a la hora de brindar la atención

odontológica y tener en cuenta que la simple exposición repetida a algo es suficiente para producir cambios en la percepción de estos pacientes.<sup>13</sup>

La forma ideal de asistencia odontológica a pacientes con necesidades especiales está estratificada en 3 niveles (Silvestre y Plaza, 2007):

Nivel 1:

Asistencia en atención primaria, captación del paciente con discapacidad, educación en salud bucodental a los responsables del paciente, evaluación el estado bucodental, evaluación de la conducta, establecimiento de un plan de tratamiento bucodental provisional, tratamientos odontológicos sencillos.

Nivel 2:

Asistencia especializada ambulatoria, reevaluación del paciente, tratamientos dentales complejos que no requieran anestesia general.

Nivel 3:

Asistencia odontológica hospitalaria, reevaluación del paciente, tratamientos dentales complejos que requieran anestesia general, tratamientos dentales en pacientes de alto riesgo médico.<sup>14</sup>

En pacientes con discapacidades, lo básico es trabajar el cepillado y, de esta forma, prevenir enfermedades bucales futuras, ya que estas personas pueden no ser autosuficientes, y algunas veces no entienden la necesidad del cepillado y dependen de proveedores de cuidado para cepillar sus dientes todos los días.<sup>10</sup> Estas actividades de promoción de salud y prevención integral intensiva deben comenzar desde la niñez y mantenerse en todas las etapas de la vida, conjuntamente con la aplicación de buenas prácticas clínicas, esto evita la aparición o el agravamiento de los problemas estomatológicos preexistentes en estas personas.<sup>10</sup>

#### 2.4.4 EL AUTISMO

El autismo se define como un trastorno del desarrollo neurológico de origen biológico que aparece en la primera infancia y se caracteriza por una alteración en la relación social recíproca, en la comunicación, el lenguaje y la imaginación, por conductas rígidas e intereses y actividades muy restringidas y estereotipadas. <sup>16</sup>

La palabra autismo viene del griego auto, que quiere decir “propio, uno mismo”. El autismo es una condición que hace parte de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), los cuales abarcan desordenes severos del comportamiento, clasificados como autismo clásico, síndrome de Rett, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado, conocido también como autismo atípico. <sup>16</sup>

Las personas con autismo no suelen manifestar sus sentimientos y percepciones, tales como miedo o dolor, lo que hace más complicado su manejo. Son niños pasivos, alejados de las personas y poco sensibles a su entorno, evitan cualquier contacto visual, muestran resistencia a los cambios de ambiente y a actividades inusuales. <sup>16</sup>

Las Naciones Unidas y la OMS plantean que el 10% de la población mundial es portadora de discapacidades de distintos tipos y niveles de gravedad. Dentro de ellos, los pacientes con trastornos psiquiátricos y neuro-psiquiátricos representan del 3% al 4%, y de estos tres cuartas partes no recibe atención odontológica. <sup>14</sup>

##### 2.4.4.1 Aspectos generales

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.<sup>11</sup>

#### **2.4.4.2 Relación Con La Odontología**

El autismo por sí solo no comprende características orales diferentes a las encontradas en pacientes sin esta patología, pues no se ha encontrado diferencia en el flujo salivar, los niveles de pH, capacidad de amortiguación de la saliva ni su composición, aunque la toma de medicamentos psiquiátricos influencia negativamente estos factores, cambiando la balanza a favor de las enfermedades orales. La higiene oral deficiente en esta población está relacionada con la falta de motricidad manual y lingual para realizar un barrido de placa dental, y aumenta severamente el índice de caries y enfermedad periodontal, pues se describen altos niveles de placa, gingivitis, cálculos, halitosis y remanente constante de comida cariogénica en la cavidad oral.<sup>16</sup>

El bruxismo se encuentra con alta intensidad, duración y frecuencia, generando graves desgastes dentales, avulsiones de dientes permanentes se relaciona con un alto nivel de ansiedad presente en estos pacientes. El babeo también es frecuente debido a una hipotonía labial de leve a moderada al igual que la succión digital, la onicofagia y la protrusión lingual<sup>7</sup>. Todas estas acciones lo que favorecen es la formación de maloclusiones, mordidas abiertas, sobremordidas, mordidas cruzadas.<sup>15</sup>

El manejo odontológico de pacientes con autismo es complejo debido a sus características comportamentales inherentes y al desconocimiento de la patología por parte del profesional, pues la educación universitaria no se enfoca en proveer conocimientos teóricos y prácticos para la atención de pacientes con discapacidades mentales, físicas y cognitivas y es por esto que la mayoría de los odontólogos no se atreven a tratar este tipo de pacientes.<sup>16</sup>

La literatura reporta técnicas especiales que facilitan el manejo del comportamiento del paciente, se encuentran técnicas de comunicación como control de voz y comunicación no verbal, distracciones, recompensas y presencia de padres; y como técnicas avanzadas se describen oxido nitroso, sedación intravenosa, estabilización protectora y anestesia general.<sup>16</sup>

#### **2.4.5. SINDROME DE DOWN**

El síndrome de Down es una enfermedad genética resultante de la trisomía del par 21 por la no disyunción meiótica, mitótica o una translocación desequilibrada de dicho par, que se presenta con una frecuencia de 1 en 800.000 habitantes, incrementándose con la edad materna.<sup>17</sup>

El 95 % de los casos tienen una predisposición materna, donde la edad de la madre juega un papel importante ya que la incidencia de la alteración genética aumenta a partir de los 45 años, debido a que la mujer nace con una dotación establecida de ovocitos, siendo estos susceptibles a la atresia e influencias ambientales de carácter nocivo que llegan a modificar genéticamente su estructura.<sup>17</sup>

No existe tratamiento para el síndrome de Down, por lo que las medidas de rehabilitación mediante técnicas especiales fisioterapéuticas, fonoaudiológicas y psicotécnicas juegan un papel importante, en pacientes con compromiso mental severo, permitiéndoles en la mayoría de las veces una adecuada reinserción social.<sup>17</sup>

##### **2.4.5.1 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.<sup>11</sup>

#### 2.4.5.2 Relación Con La Odontología

A nivel oral estos pacientes presentan varias características que los distinguen, macroglosia<sup>20</sup>, micrognatismo del maxilar superior, paladar profundo o alto, 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 frecuentemente a los 12 y 20 meses y la dentición decidua se completa a partir del 4o-5º año <sup>10</sup>, 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, el taurodontismo. <sup>11, 19</sup>

A nivel de la cara se puede observar un menor desarrollo del tercio medio que del inferior. El paladar blando suele ser corto y en ocasiones presenta úvula bífida. Esto último facilita la aparición de gingivitis e infecciones en el tracto respiratorio alto.<sup>19</sup>

Los dientes deberán ser vigilados desde su erupción, y, dependiendo del grado de hipoplasia, las recomendaciones terapéuticas van a variar desde sellados, restauraciones o colocación de coronas de recubrimiento completo. La ausencia congénita de algún diente es común en el SD (50%) comparado con la población general. Las ausencias más frecuentes en orden decreciente son: los terceros molares y segundos premolares.<sup>19</sup>

#### 2.4.6 RETRASO MENTAL

Retraso mental, definido por la Asociación Americana de Deficiencia Mental como una deficiencia en la inteligencia teórica, que es congénita o adquirida en la vida temprana y debido a esta deficiencia cognitiva estas personas presentan también un déficit motor.<sup>13</sup>

También se define como una condición caracterizada por una capacidad intelectual significativamente menor que el promedio de la población total. La etiología es variada y ocurre en el período prenatal, neonatal o en momentos

tempranos del desarrollo. Produce disturbios en el aprendizaje y la socialización asociados a desajustes en la conducta adaptativa del individuo.<sup>10</sup>

Es una afección diagnosticada antes de los 18 años de edad, que incluye un funcionamiento intelectual general por debajo del promedio y una carencia de las destrezas necesarias para la vida diaria. Es sinónimo de subnormalidad y deficiencia mental.<sup>20</sup>

Se pueden dividir los grandes rasgos, en varias categorías:

Infecciones (presentes al nacer o que ocurren después): CMV congénito, rubéola congénita, toxoplasmosis congénita, encefalitis, infección por VIH, meningitis.

Anomalías cromosómicas, eliminación cromosómica parcial (síndrome de maullido de gato), translocaciones cromosómicas (un gen localizado en un punto inusual en un cromosoma o en un cromosoma distinto al usual), defectos en los cromosomas o en la herencia cromosómica (síndrome del cromosoma X frágil, síndrome de Angelman, síndrome de Prader-Willi), errores en el número de cromosomas (síndrome de Down).

Ambientales: síndrome de deprivación.

Anomalías genéticas y trastornos metabólicos hereditarios: síndrome de Hunter, síndrome de Hurler, síndrome de Lesch-Nyhan, fenilcetonuria, síndrome de Rett, enfermedad de Tay-Sachs, esclerosis tuberosa.

Metabólicas: hipotiroidismo congénito, hipoglucemia (diabetes mellitus mal regulada), síndrome de Reye, hiperbilirrubinemia (niveles muy altos de bilirrubina en los bebés).

Nutricionales: Desnutrición.

Tóxicas: exposición intrauterina al alcohol, cocaína, anfetaminas y otras drogas, intoxicación con plomo, intoxicación con metilmercurio

Traumatismo (prenatal y *posnatal*): hemorragia intracraneal antes o después del nacimiento, falta de oxígeno hacia el cerebro; antes, durante y después del nacimiento, traumatismo craneal severo.<sup>20</sup>

#### **2.4.6.1 Características generales**

Es común encontrar una demora de lenguaje y el desarrollo motor significativamente por abajo de las normas de sus semejantes sin retraso mental. Los niños más seriamente afectados experimentan demoras en áreas como el desarrollo de las destrezas motoras tales como la movilidad, la imagen corporal, y el control de las funciones corporales. Estatura y peso por debajo de la normal, experimentar mayores problemas de habla, y tener una incidencia más alta de deficiencias de vista y oído. Problemas con la atención, la percepción, la memoria, la resolución de problemas y el pensar con lógica. Son más lentos en aprender, y encuentran difícil aplicar el aprendizaje a situaciones o problemas nuevos. Impulsividad (pueden ejecutar acciones sin pensar en las consecuencias). Temeridad (pueden no medir las consecuencias de sus actos). Euforia o distrofia (periodos de gran excitabilidad y períodos de depresión).<sup>20</sup>

#### **2.4.6.2 Clasificación**

Clasificación de Retardo Mental. Constituyen elementos de gran valía: Tomar en cuenta la profundidad del defecto intelectual en leve, moderado, grave o severo y profundo. Considerando que el promedio de una persona que no padece de retardo mental posee un CI 90-109. En este sentido, tener en cuenta las características más generales de cada uno de ellos, que al mismo tiempo se convierten en indicadores diagnósticos para cada grado de profundidad. Las clasificaciones de retardo mental según su grado son:

Según el coeficiente de inteligencia:

- Retraso Mental Límite (leve): C.I. 70-85
- Retraso Mental Ligero (leve): C.I. 50-69
- Retraso Mental Moderado: C.I. 35-49

- Retraso Mental Severo: C.I. 20-34
- Retraso Mental Profundo: C.I.< 20.”<sup>22</sup>

### 2.4.6.3 Manifestaciones Orales

Estudios realizados en personas con retardo mental describen cambios y manifestaciones clínicas orales frecuentes como: pigmentaciones, gingivitis crónica generalizada, cálculos, enfermedad periodontal severa, pérdida ósea y pérdida prematura de dientes,<sup>13</sup> Maxilar superior pequeño, macroglosia, pobre control de la neuromusculatura orofacial, desarmonías oclusales, microdoncia, retraso de la erupción de los dientes, úvula bífida, fisuras labiales, infecciones micóticas, quistes periodontales, xerostomía, caries dental, bruxismo, malformaciones de dientes y maxilares, arcos dentales angostos, largos, con paladar profundo.<sup>22</sup>

Los estudios coinciden en que en el tratamiento estomatológico al paciente con retraso mental la prevención es la consideración más importante, que debe iniciarse desde edades tempranas.<sup>10</sup>

### 2.4.7 PARALISIS CEREBRAL

La parálisis cerebral (PC) se caracteriza por una lesión no progresiva en un cerebro inmaduro, en período prenatal o post natal, antes de los 5 años de edad es decir, antes que el sistema nervioso central complete su desarrollo.

No corresponde a este diagnóstico las encefalopatías producidas en edades más tardías. <sup>19</sup>constituye un grupo de desórdenes del desarrollo del movimiento y postura causando limitación. Los desórdenes motores en PCI están frecuentemente acompañados por alteraciones sensoriales, cognitivas, de comunicación, percepción, de comportamiento y/o por ataques recurrentes.<sup>24</sup>

En el período prenatal los principales factores son drogas; infecciones; traumatismos; desórdenes circulatorios; desórdenes metabólicos; factores sanguíneos o por irradiación. En el período perinatal las causas pueden ser: nacimiento prematuro; agentes mecánicos; anoxia o hipoxia. En el período

post-natal los factores pueden ser: desórdenes circulatorios; infecciones; desórdenes metabólicos y por traumatismos.<sup>11</sup>

#### 2.4.7.1 Clasificación

La clasificación en función del trastorno motor predominante y de la extensión de la afectación. Otra forma de clasificación, según la gravedad de la afectación: leve, moderada, grave o profunda, o según el nivel funcional de la movilidad: nivel I-V según la GMFCS (Gross Motor Function Clasification System).<sup>26</sup>

Parálisis cerebral espástica: Es la forma más frecuente. Los niños con PC espástica forman un grupo heterogéneo: Tetraplejía espástica Es la forma más grave. Los pacientes presentan afectación de las cuatro extremidades. En la mayoría de estos niños el aspecto de grave daño cerebral es evidente desde los primeros meses de vida Diplejía espástica Es la forma más frecuente. Los pacientes presentan afectación de predominio en las extremidades inferiores. Se relaciona especialmente con la prematuridad.<sup>26</sup>

Parálisis cerebral discinética: Es la forma de PC que más se relaciona con factores perinatales. Se caracteriza por una fluctuación y cambio brusco del tono muscular, presencia de movimientos involuntarios y persistencia de los reflejos arcaicos. En función de la sintomatología predominante, se diferencian distintas formas clínicas: a) forma coreoatetósica, (corea, atetosis, temblor); b) forma distónica, y c) forma mixta, asociada con espasticidad.

Parálisis cerebral atáxica: Desde el punto de vista clínico, inicialmente el síntoma predominante es la hipotonía; Se distinguen tres formas clínicas: diplejía atáxica ataxia simple y el síndrome de desequilibrio. A menudo aparece en combinación con espasticidad y atetosis. Los hallazgos anatómicos son variables: hipoplasia o de hemisferios cerebelosos, imágenes sugestivas de atrofia, hipoplasia pontocerebelosa.<sup>26</sup>

Parálisis cerebral hipotónica: Es poco frecuente. Se caracteriza por una hipotonía muscular con hiperreflexia osteotendinosa, que persiste más allá de los 2-3 años y que no se debe a una patología neuromuscular.

Parálisis cerebral mixta: Es relativamente frecuente que el trastorno motor no sea “puro”. Asociaciones de ataxia y distonía o distonía con espasticidad son las formas más comunes.<sup>26</sup>

#### **2.4.7.2 Manifestaciones bucales**

Para muchos pacientes con PC, las disfunciones orofaciales y las patologías bucodentales constituyen un severo problema de salud.<sup>24</sup> La gran mayoría de pacientes con PC, presentan trastornos en las funciones normales del sistema estomatognático<sup>23</sup>

Respiración bucal lo que les genera irritación de la mucosa bucal y de las vías respiratorias, poco desarrollo de la nariz y huesos maxilares superiores: tienen aspecto de pómulos achatados, falta humidificación y temperatura del aire inspirado, condicionando cuadros de infección respiratorios. Tienen dificultad en la articulación de fonemas. Dificultad para tragar su saliva, lo que obliga a muchos de ellos a usar baberos,<sup>18</sup>. Sequedad de la boca y digestión inadecuada, por medicamentos; mordida abierta; mordida profunda, paladar ojival. Hipoplasias, Anodoncia., Supernumerarios, Abrasión de las coronas dentarias por bruxismo y reducción de cámara pulpar, Fracturas dentarias de incisivos por traumatismo.<sup>11</sup>

Gingivitis medicamentosa. Labios hipotónicos (no se produce el cierre labial). Lengua poco móvil con dificultad para realizar movimientos voluntarios. Mandíbula hipermóvil que excede la lateralidad en sus movimientos.<sup>11</sup>

## 2.4.8 SALUD BUCAL

La salud bucal es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales. Incluye cepillarse, usar hilo dental y tener cuidado dental profesional regularmente.

La boca es la puerta del aparato digestivo, la lengua, los dientes y las glándulas salivales reciben a los alimentos y comienzan a fragmentar y preparar para la digestión. Los dientes y la lengua también son responsables de dar forma a la cara y ayudan a las personas a hablar con claridad. Aunque el material más duro del cuerpo humano es el que recubre externamente los dientes, este material es susceptible de ser erosionado por las sustancias ácidas que se crean cuando las bacterias de nuestra boca consumen los azúcares de los alimentos, dando lugar a las caries. Esto puede evitarse si llevamos a cabo una buena higiene buco-dental.<sup>27</sup>

### 2.4.8.1 Factores de riesgo que afectan la salud bucal

Los factores de riesgo, como la edad, el sexo y las condiciones hereditarias, son intrínsecos a la persona y no se pueden cambiar o modificar. Otros, que están sujetos a los comportamientos y estilos de vida, se consideran factores de riesgo modificables, ya que la acción individual y la modificación de un hábito o comportamiento particular es posible. Los factores de riesgo modificables de las enfermedades bucodentales incluyen una dieta poco saludable, particularmente aquella alta en contenido de azúcar, el consumo de tabaco y el consumo poco saludable de alcohol. Estos factores de riesgo también se comparten con la mayoría de las otras enfermedades no transmisibles principales.<sup>28</sup>

### 2.4.8.2 Enfermedades Relacionadas A Una Mala Higiene Buco-Dental

**CARIES:** La caries dental es uno de los padecimientos más frecuentes en los seres humanos. Es una enfermedad infecciosa, caracterizada por la destrucción de los tejidos duros de los dientes por los metabolitos producidos por los microorganismos existentes en la Placa Bacteriana adherida a la superficie del diente. Son resultado de la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de aquellas bacterias capaces de fermentar carbohidratos, en especial, azúcares.<sup>27</sup>

ENFERMEDAD PERIODONTAL: Las enfermedades de las encías son infecciones provocadas por bacterias, forman una placa pegajosa sobre los dientes. La placa que queda sobre los dientes se endurece y forma el sarro. La gingivitis es una forma leve de enfermedad de las encías, sangran fácilmente. Esta forma de enfermedad de las encías no produce pérdida ósea ni de los tejidos que rodean los dientes. Pero si no se la trata, puede avanzar hasta una periodontitis. Entonces las encías se retraen es posible que también se pierda el hueso de sostén. Si tiene periodontitis, consulte a su dentista para recibir tratamiento.<sup>29</sup>

#### 2.4.8.3 Métodos de prevención

Suprimir las costumbres alimenticias nocivas, Hay que evitar las sustancias azucaradas y pegajosas, sobre todo entre comidas y más aún por la noche antes de acostarse, Otro método es usar un colorante rojo o tableta reveladora, se mantiene en la boca un minuto moviéndola de un lado para otro se escupe y se ve con un espejo las zonas en que exista la placa, adquirir una perfecta técnica. El cepillado de los dientes y las encías es el mejor procedimiento utilizable para una higiene oral adecuada. Los componentes presentes en las pastas dentales permiten mantener los dientes libres de residuos alimenticios, Los cepillos dentales deber ser de tamaño, forma y texturas adecuadas, manipulables, fáciles de lavar, de composición constante y durable, De preferencia con un cabezal que no sea demasiado voluminoso. Evite las cerdas duras que pueden provocar abrasiones o traumatismos en el borde gingival y también las cerdas muy blandas que pueden ser insuficientes ante un sedimento importante de placa., Es de vital importancia cepillar a profundidad hasta los rincones más escondidos dentro de la boca, para mantener la placa bajo control. Procure cambiar su cepillo dental por lo menos cada 3 meses, recuerde que un cepillo desgastado no limpiará bien sus dientes. Debe cepillar las 5 caras de cada corona dentaria, así como la totalidad del borde gingival. Una vez formado el sarro o cálculo dentario no se puede eliminar con el cepillado y necesita de una profilaxis para su remoción. Finalmente, no debe olvidarse que el mejor recurso existente para una profilaxis o limpieza oral adecuada, proviene de la visita periódica a su profesionalista dental.<sup>27, 28</sup>

Técnica de cepillado dental (Fones): 1) Los dientes comienzan con el aseo de los incisivos superiores e inferiores, con movimientos de arriba hacia abajo se lavan los incisivos superiores, mientras que los incisivos inferiores deben ser limpiados en sentido contrario 2) Los premolares y los molares en cuanto a su cara externa e interna se limpian con movimientos cortos, de abajo hacia arriba del cepillo dental, mientras que la superficie superior de estos dientes se limpia con movimientos circulares.<sup>27</sup>

#### **2.4.9 PLACA MICROBIANA**

La cavidad oral es un ambiente húmedo, el cual tiene una temperatura relativamente constante (34 a 36°C), con un pH hacia la neutralidad en la mayoría de sus superficies, soporta el crecimiento de una gran variedad de especies.

La flora oral del ser humano es altamente compleja y diversa, está compuesta por más de 300 especies bacterianas estables, incluyendo género protozoa, levaduras, micoplasmas, virus y bacterias, aunque no está completamente caracterizada. Varía de un sitio a otro, como las superficies dentales y la lengua, también puede variar entre los individuos.<sup>29</sup>

La placa dental se define como una comunidad microbiana que se encuentra sobre la superficie dental, formando una biopelícula embebida en una matriz de polímeros de origen bacteriano y salival. Se presenta en la boca de individuos sanos y enfermos, y es el agente etiológico de dos de las enfermedades orales más prevalentes: la caries dental y la enfermedad periodontal.<sup>30</sup>

##### **2.4.9.1 Clasificación De Placa Microbiana**

Placa supragingival: La placa supragingival abarca desde el margen libre de la encía hasta la corona del diente, su composición varía y está constituida por microorganismos y matriz orgánica intercelular.<sup>30</sup>

La placa subgingival: Esta se encuentra en el margen gingival en dirección apical. Se favorece su formación por el pH, cuando en el surco es más alcalino que el de la saliva y el líquido gingival tiene mayor cantidad de sales, existe

poca matriz intercelular. Los microorganismos existentes dependen de la profundidad en que se localicen.

#### **2.4.9.2 Etiología De Placa Microbiana**

También llamada placa bacteriana o placa dental microbiana se describe como la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes o a otras superficies bucales. Al momento en que se acumula la película las bacterias se unen a ella. <sup>30</sup>

La placa dental se distingue de otras acumulaciones o depósitos en la superficie del diente, como:

**Película Adquirida:** Cuando realizamos la higiene dental al poco tiempo se deposita sobre la superficie una capa de proteínas salivales, a la que llamamos película adquirida con un grosor de 0.5 um, su principal componente es glucoproteínas. A pesar de estar adherida con firmeza se puede eliminar con fricción con el cepillado dental. La película es una protección para las piezas dentales y restringen la difusión de los ácidos y retrasa la difusión de los iones de calcio y fósforo desde el área de desmineralización y aumenta el proceso de mineralización. Sin embargo, también presenta funciones perjudiciales ya que actúa como matriz inicial a la cual se adhieren las bacterias y forma la placa dentobacteriana.<sup>29</sup>

**Materia Alba:** Es un depósito amarillento o blanquecino, este lo podemos encontrar en paciente con higiene deficiente; consiste en un acumulo de microorganismos, células epiteliales, leucocitos, depósitos salivales y restos alimenticios. Ya que está ligeramente adherida a la superficie dental su eliminación es muy fácil con solo rociar agua.

**Calculo Dental:** También llamado tártaro o sarro dental, es una masa calcificada que se une a las superficies dentales. Este es el resultado de la calcificación de la placa dentobacteriana.<sup>30</sup>

#### **2.4.10 INDICE DE HIGIENE ORAL**

#### 2.4.10.1 Índice De Higiene Oral Simplificado (IHOS)

En relación al IHOS, Green y Vermillon crearon el índice de higiene oral simplificado. Este permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal.

Para ello, se toman dos aspectos:

- 1) La extensión coronaria de residuo o índice de residuos (IR).
- 2) La extensión coronaria del cálculo supragingival o índice de cálculo dental (IC). Se examinan seis dientes: el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y los dos primeros molares inferiores.<sup>31</sup>

El examen se realiza en las siguientes unidades dentarias:

Superficie vestibular del incisivo central superior derecho (UD.11).

Superficie vestibular del incisivo central inferior izquierdo (UD.31).

Superficie vestibular de los molares superiores (UD.16-26).

Superficie lingual de los molares inferiores (UD.36-46).

La materia alba y las manchas se evalúan de manera conjunta y el cálculo por separado. Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los índices de residuo dado en:

0 = ausencia de materia alba o manchas extrínsecas

1 = residuos blancos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente

2 = residuos blancos que cubren más de la tercera parte pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.

3 = residuos blancos que cubren más de dos tercios de la superficie del diente.

Así mismo, se tiene que los valores obtenidos se suman y se dividen entre el número de superficies examinadas. La puntuación del índice de cálculo dental es la siguiente:

0 = ausencia de calculo

- 1 = calculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie Dental
- 2 = calculo supragingival que cubre más de la tercera parte, pero menos de las dos terceras partes de la superficie del diente
- 3 = calculo supragingival que cubre más de las dos terceras partes del diente.

El IHOS de una población o grupo se obtiene dividiendo la suma de las calificaciones individuales del IHOS entre el número de personas examinadas. Una vez ya establecido, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal el cual según Sosa y otros (2003) se clasifica así:<sup>31</sup>

Bueno: 0,0 a 0,6

Regular: 0,7 a 1,8

Malo: 1,9-3,0

## 2.5 MARCO CONCEPTUAL

**Paciente con capacidades especiales.**-Son aquellas que requieren de un proceso de aprendizaje diferente para desarrollar sus habilidades y capacidades. Dichas personas resultan vulnerables, pues necesitan de apoyo constante, y confianza en sus posibilidades de encontrar camino para crecer y realizarse plenamente.

**Discapacidad.**-Es un término que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, por lo tanto es un fenómeno complejo que releja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive. (OMS).

**Anormalidad.**-Es una característica definida en forma subjetiva que se asigna a aquellas personas que poseen condiciones raras o disfuncionales. Aquello que se encuentra fuera de su estado natural o de las condiciones que le son inherentes.

**Deficiencia.**-Son problemas que afectan a una estructura o función corporal. (OMS). Hace referencia a cualquier elemento, cosa o situación que no sea perfecta o que se posea algún tipo de imperfección, carencia o defecto.

**Síndrome de Down.**-Alteración congénita ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21, que origina retraso mental y de crecimiento y produce determinadas anomalías físicas.

**Autismo.**- Es un trastorno neurobiológico muy complejo y forma parte de lo se conoce como espectro autista, se inicia casi invariablemente durante los primeros 30 meses de la vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presenta severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado (OMS).

**Parálisis cerebral.**-Son un grupo de alteraciones no progresivas del movimiento y la postura que limitan la actividad, debida a una lesión del cerebro no progresiva ocurrida durante el desarrollo cerebral del feto o el niño pequeño.

**Retraso mental.**- Significa que el funcionamiento intelectual es menor de lo normal con limitaciones del funcionamiento adaptativo. El retraso mental se presenta en personas de las razas y etnicidades y es el trastorno más frecuente del desarrollo, ya que afecta a aproximadamente un 1% de la población general.

**Validismo.**-Refleja la capacidad de las personas para llevar a cabo o no por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización.<sup>32</sup>

## 2.6 HIPÓTESIS DE TRABAJO

A menor nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia y profesores habrá mala higiene oral de los niños con capacidades especiales.

Ho: A mayor nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia y

docentes habrá buena higiene oral de niños con capacidades especiales.

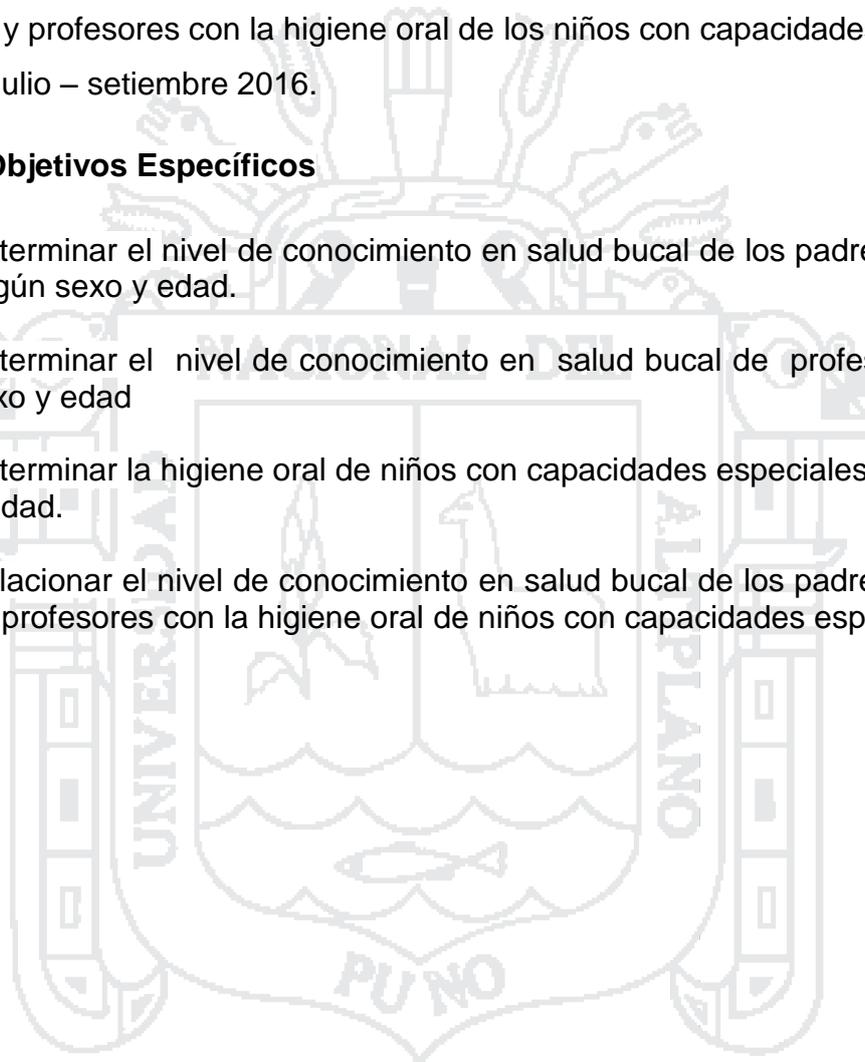
## 2.7 OBJETIVOS

### 2.7.1 Objetivo General

Determinar la relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales Puno, julio – setiembre 2016.

### 2.7.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia según sexo y edad.
- Determinar el nivel de conocimiento en salud bucal de profesores según sexo y edad
- Determinar la higiene oral de niños con capacidades especiales según sexo y edad.
- Relacionar el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales.



## CAPITULO III

### MATERIALES Y METODOS

#### 3.1 METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

##### 3.1.1 Tipo De Estudio

###### Nivel De Investigación

Descriptivo; porque el proyecto de investigación describió los hechos como lo observamos.

###### Tipo De Investigación

Observacional porque no existió intervención del investigador ya que no se manipulo las variables; los datos registraron la situación problemática tal y como se encontró.

Prospectivo debido los datos fueron recogidos en el presente y por el investigador.

Transversal debido a que las variables de estudio fueron medidas en una sola ocasión.

##### 3.1.2 Población Y Muestra De Investigación

*La población*, estuvo conformada por los padres y/o tutores de cada niño, profesores y los niños matriculados en la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga, 2016.

La muestra estuvo conformada por 33 padres y/o tutor, 9 profesores, y 33 niños matriculados en la institución y que cumplen con criterios de selección.

### 3.1.3 Criterios De Selección

Criterios de inclusión

- ✓ Padres de familia con niños con capacidades especiales (síndrome de Down, parálisis cerebral, autismo)
- ✓ Niños que estén matriculados en la institución educativa
- ✓ Niños que se permitieron evaluar clínicamente para determinar el IHOs
- ✓ Padres, profesores que firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión

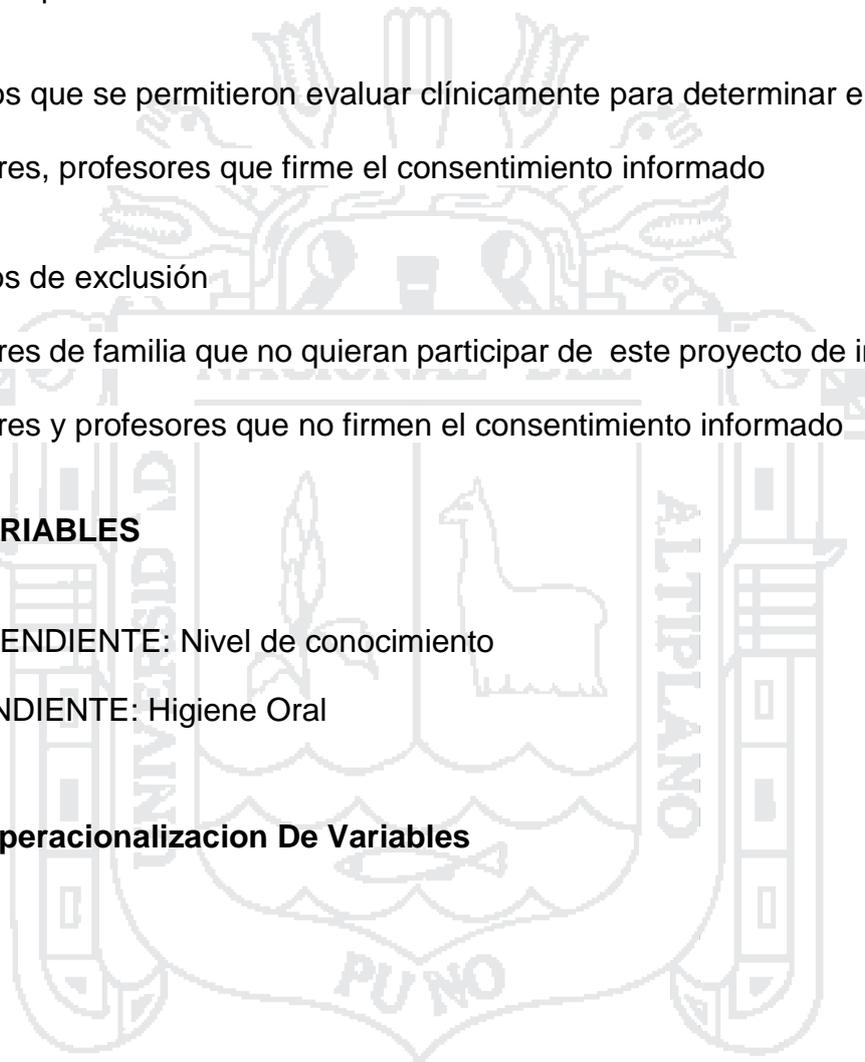
- Padres de familia que no quieran participar de este proyecto de investigación
- Padres y profesores que no firmen el consentimiento informado

### 3.2 VARIABLES

INDEPENDIENTE: Nivel de conocimiento

DEPENDIENTE: Higiene Oral

#### 3.2.1 Operacionalización De Variables



VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA DE ESCALA
Nivel de conocimiento en higiene bucal de los padres de familia y docentes	Elementos de higiene bucal.	Cuestionario de 12 preguntas. 3 preguntas de Elementos de higiene bucal.	Bueno (9 a 12 aciertos)
	Hábitos de higiene bucal.	3 preguntas de Hábitos de higiene bucal.	Regular ( 5 a 8 aciertos)
	Patología bucal relacionada con higiene bucal.	3 preguntas de Patología bucal relacionada con higiene bucal.	Malo (0 a 4 aciertos)
	Técnicas de higiene bucal.	3 preguntas sobre Técnicas de higiene bucal.	
Higiene Bucal (niños con capacidades especiales)	Presencia de Placa dental blanda.	Índice de Green y Vermillon.	Bueno: 0,0 a 0,6. Regular: 0,7 a 1,8. Malo :1,9 a 3,0
Co-variable		Padres de familia	20-35 años 36- 50 años 51 a mas
Edad		Profesores	20-35 años 36- 50 años 51 a mas
		Niños con capacidades especiales	4-7 años 8-10 años 11-13 años
		Padres de familia Profesores	14-16 años 17-19 años
Sexo	Genero	Niños con capacidades especiales	Masculino Femenino

### 3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica de recolección de datos

La técnica aplicada para el registro del nivel de conocimiento de esta investigación fue la encuesta; debido a que se utiliza un listado de preguntas escritas a los sujetos, y el instrumento utilizado fue el cuestionario.

Y para la toma del índice de higiene oral la técnica aplicada fue la observación, pues supone la inspección directa e indirecta a través de los sentidos, de los hechos que ocurren en forma natural cuyo instrumento de recolección de datos fue una ficha de observación, la fuente donde ha sido validados estos instrumentos se encuentra en la investigación realizada por Vasquez M.<sup>4</sup> y también por Cabellos A.<sup>3</sup>

#### **Procedimiento De Recolección De Datos**

Se coordinó con el Director de la Escuela Especial Niño Jesús de Praga, de los niños con Habilidades Especiales, para explicar el objetivo del estudio.

Una vez otorgado el permiso se pidió al director de la escuela la lista de todos los niños inscritos en la institución.

Posteriormente se procedió a informar a los profesores a cargo de los niños, el procedimiento que se realizara.

Mediante los docentes se accedió a los padres de familia; explicándoles cual es el motivo por el cual se requerirá de su ayuda, Luego se les solicito a los padres de familia que firmen un consentimiento informado y una autorización para la evaluación de los niños.

Seguidamente se procedió a entregarles el cuestionario acerca del nivel de conocimientos que estos tienen acerca de la salud oral de sus hijos y se esperó a que concluyan para poder recoger los cuestionarios.

También se procedió a entregarles el cuestionario a los docentes de la institución.

Juntamente con la evaluación de índice de higiene oral en los niños.

### ***Procedimiento De Registro De Conocimiento Sobre Salud Bucal Evaluando A Docentes, Padres O Apoderados***

El cuestionario estuvo elaborado de 12 preguntas referidas a higiene bucal, agrupados en cuatro partes:

1. La primera parte: elementos de higiene bucal, de la 1ª a la 3ª pregunta.
2. La segunda parte: hábitos de higiene bucal, de la 4ª a la 6ª pregunta.
3. La tercera parte: presencia de patología bucal como consecuencia de la higiene bucal, de la 7ª a la 9ª pregunta.
4. La cuarta parte: Técnica de higiene bucal, de la 10ª a la 12ª pregunta.

Cada parte constaba de sub. Ítems que hacen un total de 3 preguntas por área a investigar y cuyas respuestas son de tipo cerrada.

La calificación fue:

Nivel de conocimiento bajo: 0-4 preguntas acertadas.

Nivel de conocimiento regular: 5-8 preguntas acertadas

Nivel de conocimiento alto: 9-12 preguntas acertadas.

La calificación de las preguntas fue de 1 punto por cada pregunta, haciendo un total de 12 puntos.

### ***Procedimiento De Toma De Índice De Higiene Oral En Niños:***

Se realizó un aprestamiento inicial a los niños para que colaboren con el examen, con mucha paciencia para evitar alguna reacción negativa por parte del niño evaluado. El examen clínico se realizó en diferentes días, y según los padres vayan dando su autorización en el consentimiento informado, juntamente con ellos o con el docente encargado de cada salón.

Se utilizó una pastilla reveladora de placa, y con la ayuda de espejos bucales y baja lenguas se evaluó la tinción de esta solución en las superficies dentarias.

Se procedió a registrar lo observado en una ficha de Índice de Higiene Oral previamente elaborada.

A partir de los datos obtenidos en cada ficha de Índice de Higiene Oral, referente a la cantidad de placa dental, se procedió a la suma de los valores arrojados por cada una de las 6 piezas dentarias y se obtuvo el promedio, de esta manera se halló el IHO-s, y se pudo seleccionar a los niños que presentaran buena higiene oral y a los que no la presentaran.

Tipo de diente y superficie por evaluar:

1. Molar superior derecho vestibular
2. Molar superior izquierdo vestibular
3. Molar inferior derecho lingual
4. Molar inferior izquierdo lingual
5. Incisivo central superior derecho vestibular
6. Incisivo central inferior izquierdo vestibular

Cada superficie dental es dividida horizontalmente en tercios gingival, medio e incisal. Se coloca un explorador dental en el tercio incisal del diente y se desplaza hacia el tercio gingival, según los criterios expuestos:

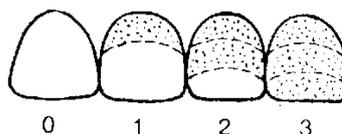
#### **Criterio para calificar presencia de placa blanda en IHO-S**

0: No hay presencia de residuos o manchas

1: desechos blandos que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental.

2: desechos blandos que cubre no más de dos tercios de la superficie de un diente

3: residuos blandos que cubren la tercera parte o más de la tercera parte de la superficie dental expuesta



Fuente: Carranza. Newman. Periodontología Clínica. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana. 1998

El resultado por alumno se obtuvo según lo estipulado por Green y Vermillon sumando los resultados de los puntajes de cada superficie dentaria dividida entre el número de superficies examinadas.

Los valores clínicos de higiene bucal para placa blanda serán:

Bueno: 0.0 a 0,6

Regular: 0,7 a 1,8

Malo: 1,9-3,0

Exclusión · Segmento posteriores. Si no se encuentra ningún molar (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) se deberá excluir ese segmento de la revisión. · Segmento anteriores. Si no se encuentra ningún central (ya sea por ausencia o por restauración con coronas) también se deberá excluir. Para indicar que un diente se ha excluido por alguna razón, llene la celda con el número 9.

### 3.4 DISEÑO Y ANALISIS ESTADISTICO

La técnica de muestreo es no probabilístico, intencional o deliberado.

Para la relación de variables (prueba de independencia) y procedimiento de datos se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson y el programa estadístico SPSS versión 22.

$$\chi^2 = \sum_i \frac{(\text{observada}_i - \text{teórica}_i)^2}{\text{teórica}_i}$$

Los grados de libertad **gl** vienen dados por:

$$gl = (r - 1)(k - 1)$$

Donde *r* es el número de filas y *k* el de columnas.

Criterio de decisión:

No se rechaza  $H_0$  cuando  $\chi^2 < \chi^2_{\alpha}(r-1)(k-1)$ . En caso contrario sí se rechaza.

Donde *t* representa el valor proporcionado por las tablas, según el nivel de significación estadística elegido.

## CAPITULO IV

## RESULTADOS Y DISCUSION

## 4.1 RESULTADOS

El objetivo general fue determinar la relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales, para lo cual se realizó una encuesta para determinar el nivel de conocimiento de los padres y de los profesores. Y para determinar el índice de higiene oral se evaluó clínicamente la placa blanda a los niños con capacidades especiales.

**TABLA N° 1**  
NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA SEGÚN SEXO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016.

Nivel de conocimiento de los Padres de Familia	Sexo del padre/apoderado			
	F		M	
	N	%	N	%
Bajo	12	44.40%	2	66.70%
Regular	15	55.60%	1	33.30%
Total	27	100.00%	3	100.00%

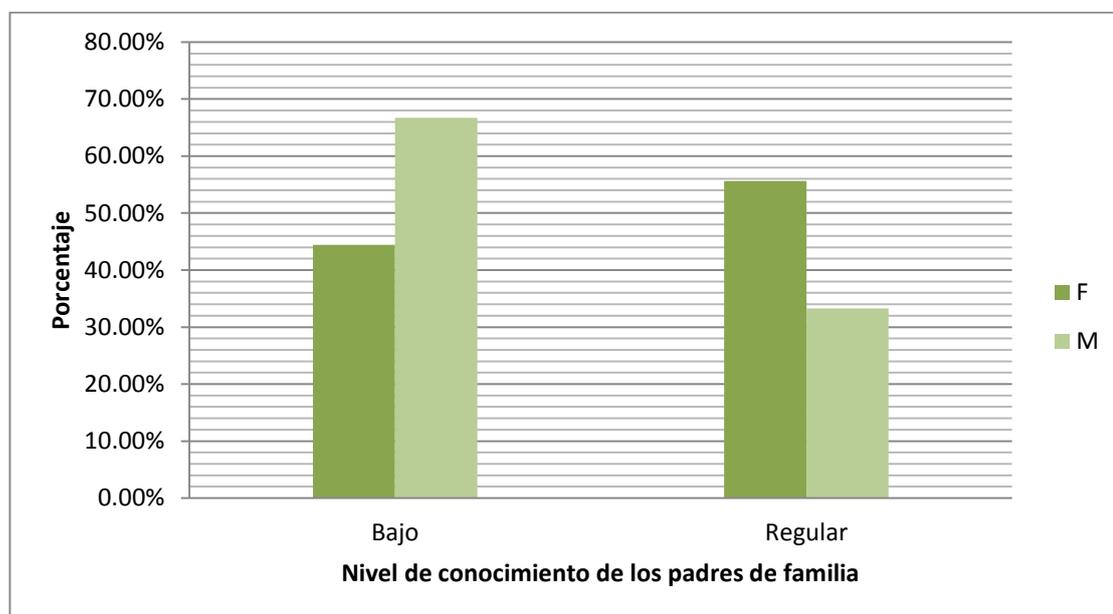
Fuente: Propia del autor.

## Interpretación:

En la tabla N° 1 y Gráfico N° 1 se puede observar que al comparar el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia según sexo en la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga, encontramos que el nivel de conocimiento bajo fue más frecuente en el sexo masculino (66.70%), y regular fue más frecuente en el femenino (55,60%).

**GRAFICO N° 1**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA SEGÚN SEXO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016**



Fuente: Propia del autor



TABLA N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA SEGÚN EDAD EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016.

Nivel de conocimiento de los Padres de Familia	Edad del Padre/apoderado (Años)					
	20-35		36 - 50		51 a +	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	4	50.00%	5	33.30%	5	71.40%
Regular	4	50.00%	10	66.70%	2	28.60%
Total	8	100.00%	15	100.00%	7	100.00%

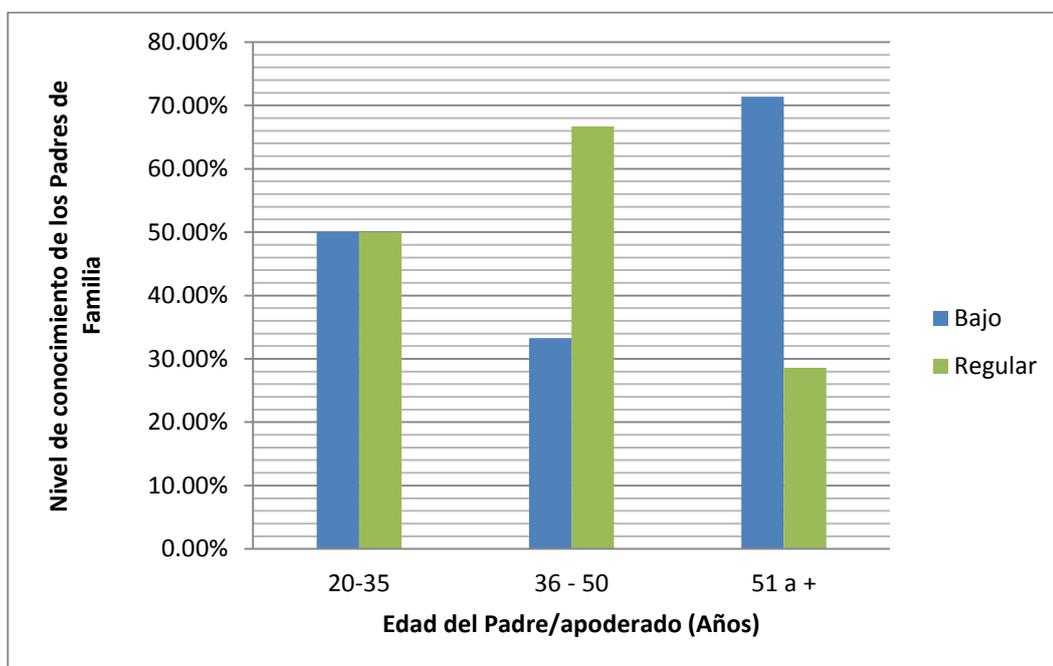
Fuente: Propia del autor

#### Interpretación:

En la tabla N°2 y Gráfico N°2 se puede observar que el nivel de conocimiento en padres de familia según edad de la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga, encontramos una frecuencia bajo nivel de conocimiento en las edades de 51 años a mas seguida de un regular nivel de conocimiento en las edades de 36-50 años y un nivel de conocimiento regular y bajo en las 20-35 años.

**GRAFICO N° 2**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA SEGÚN EDAD EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016**



Fuente: Propia del autor



TABLA N° 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PROFESORES  
SEGÚN SEXO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS  
DE PRAGA DE PUNO, 2016.

Nivel de conocimiento de los Profesores	Sexo del Profesor			
	F		M	
	N	%	N	%
<b>Bajo</b>	3	37.5%	0	0.0%
<b>Regular</b>	5	62.5%	1	100.0%
<b>Total</b>	8	100.0%	1	100.0%

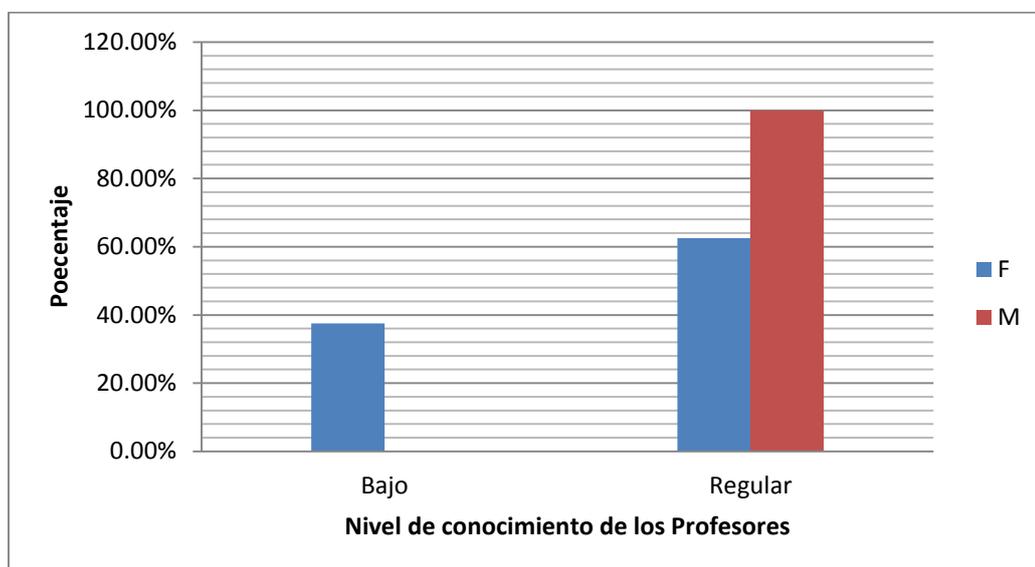
Fuente: Propia del autor

Interpretación:

En la tabla N° 3 Y Gráfico N° 3 se puede observar al comparar el nivel de conocimiento en salud bucal de los profesores según sexo en la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga encontramos que el nivel de conocimiento bajo fue más frecuente en el sexo femenino (37.5%), y regular fue más frecuente en el femenino (62.5%) y en el masculino en un (100%).

**GRAFICO N° 3**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PROFESORES  
SEGÚN SEXO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS  
DE PRAGA DE PUNO, 2016**



Fuente: Propia del autor



TABLA N° 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PROFESORES  
SEGÚN EDAD EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS  
DE PRAGA DE PUNO, 2016

Nivel de conocimiento de los Profesores	Edad del Profesor (Años)					
	20-35		36- 50		51 a +	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	1	50.0 %	2	50.0%	0	0.0%
Regular	1	50.0 %	2	50.0%	3	100.0 %
Total	2	100.0 %	4	100.0%	3	100.0 %

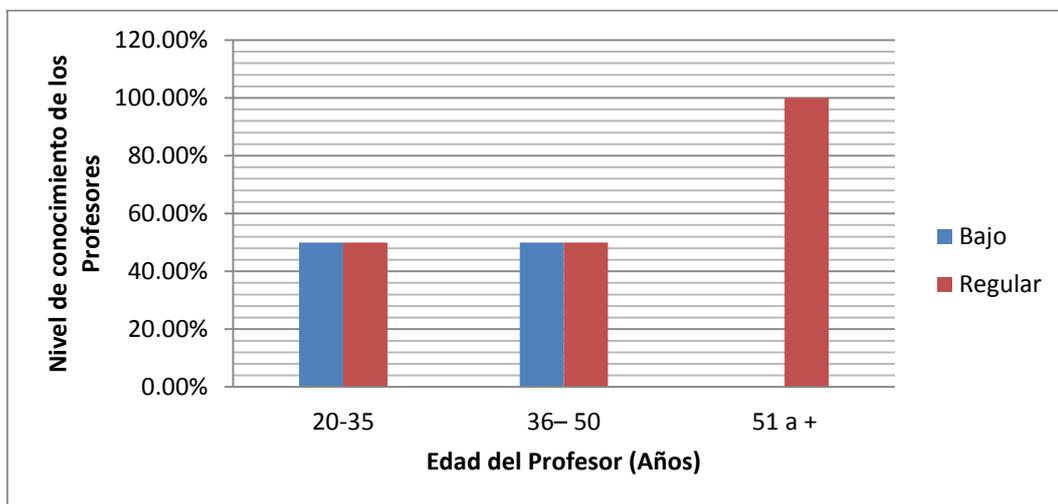
Fuente: Propia del autor

Interpretación:

En la tabla N° 4 Y Gráfico N° 4 se puede observar que al comparar el nivel de conocimiento de los profesores según edad en la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga encontramos una frecuencia bajo nivel de conocimiento en las edades de 51 años a mas seguida de un regular y bajo (50%) nivel de conocimiento en las edades de 36-50 años y un nivel de conocimiento regular y bajo (50%) en las 20-35 años.

**GRAFICO N° 4**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PROFESORES SEGÚN EDAD EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016**



Fuente: Propia del autor

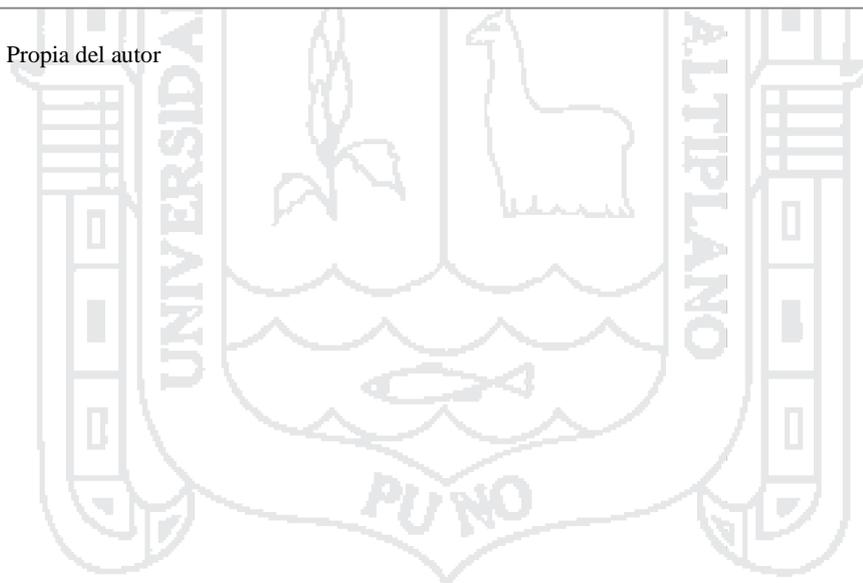


TABLA N° 5

INDICE DE HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES SEGÚN SEXO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016.

Índice de Higiene Oral	Sexo del Niño			
	Femenino		Masculino	
	N	%	N	%
<b>Malo</b>	3	17.65%	10	76.92%
<b>Regular</b>	14	82.35%	3	23.08%
<b>Total</b>	17	100.00%	13	100.00%

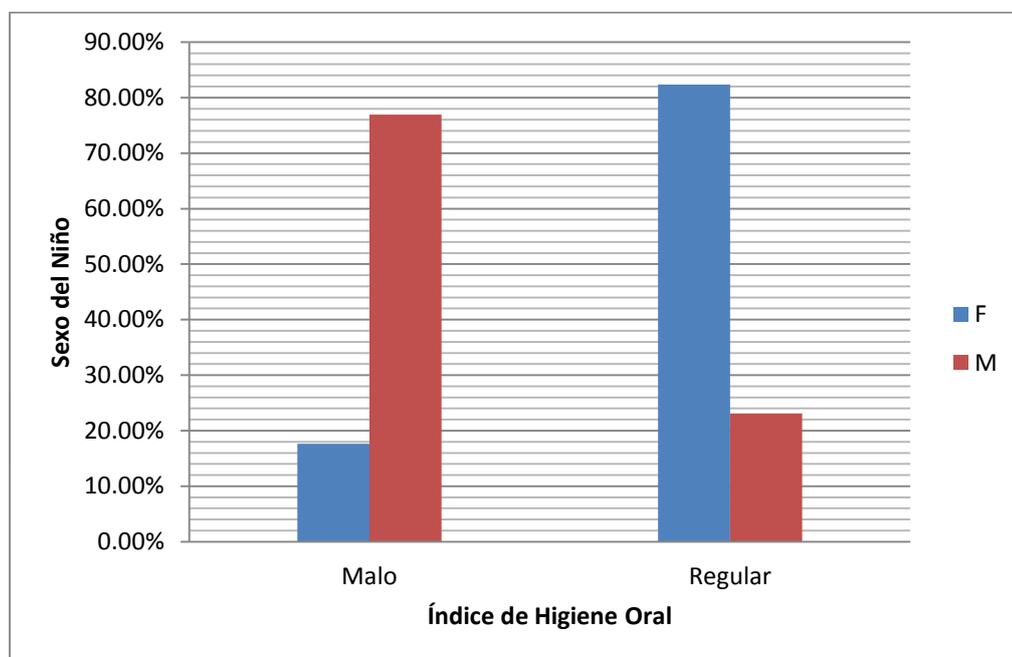
Fuente: Propia del autor

Interpretación:

En la tabla N° 5 y Gráfico N° 5 se puede observar que al comparar el índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales según sexo en de la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga encontramos que el índice de higiene oral malo fue más frecuente en el sexo masculino (76,92%) y regular fue más frecuente en el femenino (82.35%).

**GRAFICO N° 5**

**INDICE DE HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES  
SEGÚN SEXO EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS  
DE PRAGA DE PUNO, 2016.**



Fuente: Propia del autor



**TABLA N° 6**

INDICE DE HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES SEGÚN EDAD EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016.

Índice de Higiene Oral	Edad del Niño (Años)									
	4 - 7		8 - 10		11 - 13		14 - 16		17 - 19	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Malo</b>	4	50.00%	2	25.00%	2	25.00%	1	16.67%	4	100.00%
<b>Regular</b>	4	50.00%	6	75.00%	6	75.00%	5	83.33%	0	0.00%
<b>Total</b>	8	100.00%	8	100.00%	8	100.00%	6	100.00%	4	100.00%

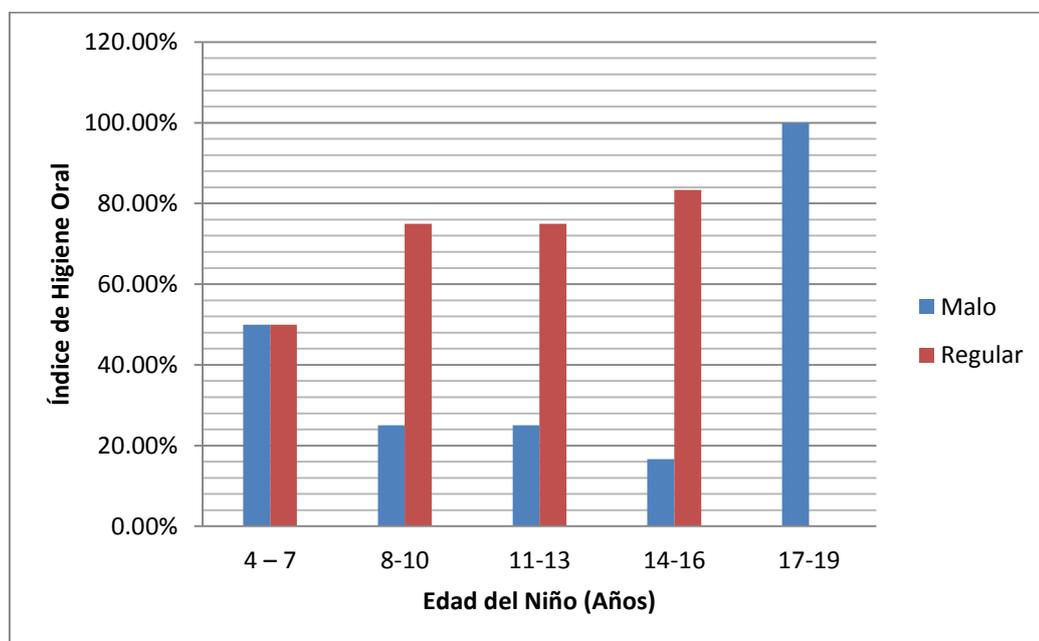
Fuente: Propia del autor

Interpretación:

En la tabla N° 6 y Gráfico N° 6 se puede observar que al comparar el índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales en la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga encontramos una frecuencia de mal Índice de Higiene bucal (83.33%) en las edades de 16-19 años seguida de regular en las edades de 14-15 años y 8-10 años (75%) y un Índice de higiene oral regular y malo (50%) en las edades de 4-7 años.

**GRAFICO N° 6**

**INDICE DE HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES SEGÚN EDAD EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016.**



Fuente: Propia del autor



TABLA N° 7

PRUEBA DE CHI-CUADRADA PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		Índice de Higiene Oral
Nivel de conocimiento	Chi cuadrado	8,770
	gl	1
	Sig.	,003*

Fuente: Propia del autor

Interpretación:

En la tabla 7, se observa que la prueba de Chi cuadrada es altamente significativo donde el valor de la probabilidad de  $X^2_c$  es 0.003 el cual es menor que el nivel de significancia 0.05, es decir que Si existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de los Padres y el Índice de Higiene Oral de los Niños con capacidades especiales.

Se realizó también la prueba de hipótesis para determinar si existe relación o no entre el nivel de conocimiento de los docentes y el Índice de Higiene Oral de los niños con capacidades especiales, para lo cual se utilizó la prueba de Chi cuadrada, con un nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ , obteniéndose el resultado que se muestra en la tabla 7.

TABLA N° 8

PRUEBA DE CHI-CUADRADA PARA EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESORES Y EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL EN LA INSTITUCION EDUCATIVA ESPECIAL NIÑO JESUS DE PRAGA DE PUNO, 2016.

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		Índice de higiene oral
Nivel de conocimiento	Chi cuadrado	5,143
	gl	1
	Sig.	,023*

Fuente: Propia del autor

Interpretación:

En la tabla 8, se observa que la prueba de Chi cuadrada es significativo donde el valor de la probabilidad de  $X^2_c$  es 0.023 el cual es menor que el nivel de significancia 0.05, es decir que Si existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de los profesores y el Índice de Higiene Oral de los Niños con capacidades especiales.

#### 4.2 DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue determinar el nivel de conocimiento de los padres de familia y profesores de la Institución Educativa Especial Niños Jesús de Praga de la Ciudad de Puno, la población estuvo conformada por padres de familia, profesores de la institución y niños con capacidades especiales respectivamente, fue de tipo descriptivo, de corte transversal para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, la prueba estadística de Independencia de Chi-cuadrado de Pearson, para determinar el nivel de conocimiento de los padres y profesores, se utilizó un cuestionario (validado)<sup>1</sup>; para la obtención de datos de índice de higiene oral los niños fueron examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda mediante el Índice de higiene oral simplificado de Green y Vermillon .

Los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia según sexo y edad encontramos que el nivel de conocimiento en padres de familia fue bajo en el sexo masculino (66.70%) y regular en el sexo femenino (55.60%). Y según edad el nivel de conocimiento fue regular (53.30%) y bajo (46.70%). Estos resultados difieren con la investigación realizada por Cabellos A. 2006,<sup>1</sup> en el cual se obtuvo que el nivel de conocimiento de los padres, fue regular en ambos sexos, esta diferencia puede ser debido al tamaño de la muestra, y también en que en esta investigación la mayoría de los padres de familia fueron de sexo femenino en un 90% y solo un 10% fue de sexo masculino.

Los resultados obtenidos para el nivel de conocimiento en salud bucal de profesores según sexo y edad son los siguientes; según sexo en nivel de conocimiento de los profesores es regular en ambos sexos. Y según edad el nivel de conocimiento también es regular (66.7%). Los resultados obtenidos difieren con la investigación realizada por Costa Pinheiro H. D. Aragón M. et al. 2005. Brasil<sup>3</sup>; en el cual los resultados obtenidos nos dicen que el nivel de conocimiento de los profesores es bajo, y esta diferencia puede deberse a que el número de maestros encuestados fue mayor en dicha investigación y también porque el cuestionario utilizado fue diferente al aplicado en esta investigación. Otra diferencia encontrada es que en dicha investigación se realizó en una guardería particular, a diferencia de esta investigación que se

realizó en una escuela especial estatal.

Los resultados obtenidos acerca de la higiene oral de niños con capacidades especiales según sexo y edad encontramos que el índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales en el sexo masculino es malo; y es regular el sexo femenino. Se encontró discrepancia con la investigación realizada por Vasquez M. 2009,<sup>4</sup> en el cual encontró que la mayoría de los niños examinados tiene un índice de higiene oral malo. Esta diferencia se puede deber al tamaño de la muestra ya que la muestra en dicha investigación fue mayor que en la presente investigación.

Los resultados obtenidos para el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales, encontramos que el nivel de conocimiento de los padres de familia y profesores es regular, y el índice de higiene oral también es regular es decir si existe relación entre el nivel de conocimiento de padres de familia y profesores con el índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales. Estos resultados concuerdan con la investigación realizada por Cabellos A. 2006. Lima, <sup>1</sup> y por Vasquez M. <sup>4</sup> En los cuales los resultados obtenidos del nivel de conocimiento también fue regular. A pesar de que en dichas investigaciones se trabajaron con poblaciones mayores y en instituciones particulares, aplicaron la misma encuesta y los resultados son similares a esta investigación.

Después de comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones, se puede decir que no se puede generalizar estos resultados a otras poblaciones, y que los resultados son válidos solo para esta población, debido a que la muestra es una cantidad menor a las trabajadas por otras investigaciones, y esto podría dar por que en otras investigaciones se trabajó con instituciones son particulares, a diferencia de que en esta investigación se trata de un institución educativa estatal, y la cantidad de estudiantes es menor.

Esta investigación nos aporta conocimientos porque nos brinda información de la realidad y hasta qué punto el nivel de conocimiento de los padres y profesores influye en la salud oral de los niños con capacidades especiales;

también en el aspecto clínico, porque nos muestra y cuál es el estado de salud oral de estos niños.

Nos permite saber también la realidad social de estas familias que tienen hijos e hijas con capacidades especiales, el nivel de conocimiento de los padres influye de manera directa en la salud oral de sus hijos y nos da una base real sobre ello, para poder actuar en métodos preventivos ya que, si se integra el conocimiento de los padres en sus niños adecuadamente, se podría lograr altos niveles de éxito en la prevención de enfermedades dentales.

De esta manera, la aplicación del conocimiento nos dará como consecuencia una mejoría en la salud bucal y por lo tanto contribuiría a la salud general de estos niños que son poco colaboradores en un consultorio dental.

Todo ello se logrará con un trabajo en equipo que implica educación, concientización de los padres y docentes y apoyo por parte de los profesionales de la salud para contribuir en la salud bucal de esta población. Ya que estos niños con capacidades especiales dependen directamente de sus padres y docentes quienes lo rodean.

## CAPITULO V

### 5.1 CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento en padres de familia fue bajo en el sexo masculino; y regular en el sexo femenino. Mientras que por edades encontramos que el nivel de conocimiento regular.

El nivel de conocimiento de los profesores es regular en ambos sexos. Y por edades también es regular en la mayoría de los profesores.

El índice de higiene oral de los niños con capacidades especiales es malo en el sexo masculino, regular en el sexo femenino. Y según edad el índice de higiene oral según edad es regular en la mayoría de los niños con capacidades especiales.

El nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores tiene relación con la salud oral de niños con capacidades especiales; es decir que cuando el nivel de conocimiento de los padres y profesores es malo el índice de higiene oral es malo, y cuando el nivel de conocimiento es regular el índice de higiene oral también es regular.

## CAPITULO VI

### 6.1 RECOMENDACIONES

En base a los resultados encontrados en esta investigación el nivel conocimiento fue regular, que si bien no es malo tampoco es bueno, por lo cual se debería buscar que los padres de familia y profesores tengan un nivel de conocimiento bueno, porque como se vio que tienen mucha influencia en la vida de los niños con capacidades especiales.

También se encontró que los padres de familia más jóvenes en su mayoría son los que tienen un nivel de conocimiento regular, en comparación de los padres de familia mayores que su nivel de conocimiento es bajo en la mayoría de los casos, lo cual también se debería mejorar, con charlas programadas en una reunión de padres de familia.

Se encontró también en esta investigación que el índice de higiene oral en los niños con capacidades especiales es malo en las edades de 17-19 años en comparación a edades más inferiores, lo cual se debería mejorar con charlas a sus padres para que continúen ayudando a sus hijos en mantener una buena higiene oral.

Se recomienda para otras investigaciones una exploración más minuciosa de estos pacientes es decir de la mucosa bucal: labios, mejillas, lengua, suelo de la boca, región retromolar inferior, paladar, encía, y comparar el teoría con la realidad.

También se recomienda a la Institución educativa especial que pueda promover charlas informativas acerca de estrategias que puedan usar los padres de familia para mejorar la higiene oral de niños con capacidades especiales dependiendo de su discapacidad.

## CAPITULO VII

### 7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabellos A. 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. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. 2006.
2. Di Nasso P. Estudio descriptivo sobre el nivel de conocimientos odontológicos de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.2012.
3. Costa H. Gomes D. De Aragao M. et al. Avaliação do nível conhecimento sobre saúde bucal dos professores da Creche Sorena, Belem, Pará. rev. InstCienc Saúde 2005. 23(4): 297-303.
4. Vásquez M. Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. Lima. Universidad Nacional Federico Villarreal Facultad de Odontología. Escuela Profesional de Odontología.2009.
5. Murillo T. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en padres de familia de niños Discapacitados del Centro de Educación Especial- Puno 2004.Universidad Nacional del Altiplano., Puno, Perú.2005.
6. Sagarra CM, Bou LJ. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento configuración del conocimiento estratégico. Rev. De economía y empresa (internet). 2005. 52(2). Pág. 175-195. En línea disponible en URL: [file:///C:/Users/corei3/Downloads/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/corei3/Downloads/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043%20(3).pdf)

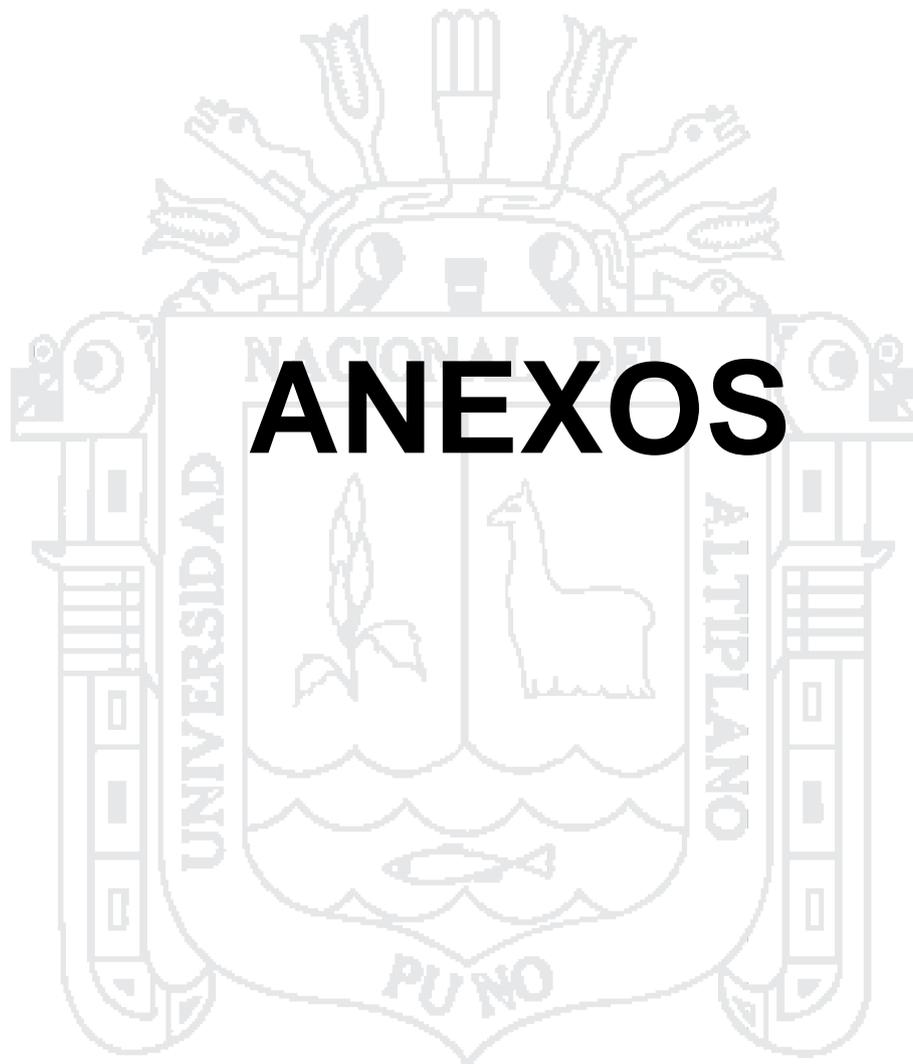
7. Las estructuras del conocimiento humano. (internet). En línea disponible en URL:[http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Antropologia\\_Filosofica/Pdf/Unidad\\_06.pdf](http://ual.dyndns.org/Biblioteca/Antropologia_Filosofica/Pdf/Unidad_06.pdf)
8. Personas con capacidades especiales. Desarrollo humano y social. 2000.pag. 29-31. En línea disponible en URL: <http://www.chihuahua.gob.mx/attach2/sf/uploads/indtfisc/Plan%20Estatl%20de%20Desarrollo%202004-2010/personas%20con%20capacidades%20diferentes.pdf>
9. Discapacidad. Servicio nacional de rehabilitación. Buenos Aires. En línea disponible en URL: <http://www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/pdf/DISCAPACIDAD.pdf>
10. García FK, Suarez ZD, et al. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. REV. DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA. (internet) 2013; 19(2):1-11 en línea, disponible en URL: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/rt/printerFriendly/590/html>
11. López JM. proyecto de enseñanza “Nueva Alternativa Metodológica Digital en la Enseñanza de la Odontopediatría. Universidad la República Paraguay, Facultad de Odontología – UDELAR. (internet) 2008. Pág.: 6-12. en línea , disponible en url: <http://www.odon.edu.uy/catedras/odontope/teoricos/elpacientediscapitado.pdf>
12. Morales CM. Patologías Bucodentales Y Alteraciones Asociadas Prevalentes En Una Población De Pacientes Con Parálisis Cerebral Infantil. Acta Odontológica Venezolana (internet), 2008; Vol. 46(1); en línea disponible en URL: [www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/patologias\\_bucodentales.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2008/1/patologias_bucodentales.asp)

13. Marulanda J, Betancur J, et al. Salud oral en discapacitados, Rev. CES Odontología, Rev. CES Odont.2011;24(1)71-76, en línea, disponible en URL: <file:///C:/Users/corei3/Downloads/1477-5984-1-PB.pdf>
14. Lafuente GM, Font VH, Robinson J. Síndrome de Asperger en Odontología. Rev. electrónica de la Facultad de Odontología, ULACIT – Costa Rica. 2011 Vol. 4(1), en línea, disponible en URL: [http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/45\\_2.lafuente\\_gonzalezm.etal.pdf](http://www.ulacit.ac.cr/files/revista/articulos/esp/resumen/45_2.lafuente_gonzalezm.etal.pdf)
15. Martínez LM, Castro de la Cal L, et al. Paciente Autista En El Ámbito Odontológico: Autoagresiones Versus Maltrato Infantil. Gac. int. cienc. Forense. 2013. Vol. 9. En línea, disponible en URL: [http://www.uv.es/gicf/4A3\\_Martinez\\_Leon\\_GICF\\_09.pdf](http://www.uv.es/gicf/4A3_Martinez_Leon_GICF_09.pdf)
16. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, et al. Odontología para pacientes autistas. Rev. CES Odont (internet) 2013; 26(2) 120-126. En línea, disponible en URL: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-971X2013000200010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X2013000200010)
17. Pérez CD, Síndrome De Down. Rev. de Actualización Clínica (Internet) 2014. Vol. 45. En línea, disponible en URL: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682014000600001&script=sci\\_arttext](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682014000600001&script=sci_arttext)
18. Rodríguez GK, Clavería CA, Peña M. Algunas características clínico epidemiológicas del síndrome de Down y su repercusión en la cavidad bucal. Rev. MEDISAN (internet). 2015. Vol.(19). En línea, disponible en URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015001000013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000013)

19. Culebras AE, SilvestreRJ, Silvestre DJ. Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de Down. Rev. Española de Pediatría (internet). 2012. Vol. 68 (6), en línea, disponible en URL:<http://centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/6d3dd90110f6a8fd31465d23a0763e631d2d89c9.pdf>
20. Marchena UK. Manejo Odontológico a Pacientes con Retardo Mental. ULACIT Universidad Latinoamericana de Ciencia Y Tecnología. 2009. En línea, disponible en URL: <http://docplayer.es/12768819-Tema-manejo-odontologico-a-pacientes-con-retardo-mental-ulacit-universidad-latinoamericana-de-ciencia-y-tecnologia-estudiante-karen-marchena-urena.html>
21. Roa NA, Rodríguez CE. Condición De Salud Bucal En Pacientes Con Retraso Mental. Universidad De Carabobo Facultad De Odontología (internet), 2013. En línea, disponible en URL: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo\\_AAMR\\_92.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.pdf)
22. Rojas CE. Guía De Manejo Paciente Con Retraso Global Del Desarrollo PT. (Internet) 2009. Pág: 2 – 6. En línea, disponible en URL:[http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion\\_homi/Guia%20de%20Manejo%20Paciente%20con%20Retraso%20Global%20del%20Desarrollo.pdf](http://www.odontologia.unal.edu.co/docs/habilitacion_homi/Guia%20de%20Manejo%20Paciente%20con%20Retraso%20Global%20del%20Desarrollo.pdf)
23. Barrionuevo L, et al. Anomalías dento maxilares y factores asociados en niños con parálisis cerebral. Rev. ChilPediatr. (internet). 2008. Vol. 79 (3): 272-280. En línea, Disponible en URL:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062008000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000300005)

24. Huanca YV. Planificación estomatológica en pacientes con parálisis cerebral infantil. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima). Facultad de Odontología Escuela de Post-Grado Reportes clínicos (Internet). 2015. En línea, disponible en URL: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5047/1/Huanca\\_Yana\\_Violeta\\_2015.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/5047/1/Huanca_Yana_Violeta_2015.pdf)
25. Di Nasso P. Relación Parálisis cerebral y salud bucal. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. 2007. En línea, disponible en: [http://fci.uib.es/digitalAssets/177/177935\\_8.pdf](http://fci.uib.es/digitalAssets/177/177935_8.pdf)
26. Póo AP. Parálisis cerebral infantil. Hospital Sant Joan de Dèu, Barcelona Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP (internet). 2008. En línea, disponible en URL: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>
27. Castro LS. Técnicas de cepillado. SlideShare. (Internet). 2013. En línea disponible en URL: <http://es.slideshare.net/zhossita/tcnicas-de-cepillado-28011151>
28. El desafío de las enfermedades bucodentales. MyriadEditions. Federación Dental Internacional. 2015. Pág. 38, 48. En línea disponible en URL: [http://www.fdiworldental.org/media/84768/book\\_spreads\\_oh2\\_spanish.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/84768/book_spreads_oh2_spanish.pdf)
29. Salud Bucal. El Departamento de Salud y Servicios Humanos, La Oficina para la Salud de la Mujer. 2010 (Internet). Pág. 1, 10. En línea disponible en URL: <https://www.womenshealth.gov/espanol/publicaciones/nuestras-publicaciones/hojas-datos/salud-bucal.pdf>
30. Baños RF, Aranda JR. Placa dentobacteriana. (Internet). 2003. Vol. LX, (1). Pág. 34-36. en línea, disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2003/od031g.pdf>

31. Pérez A. La Biopelícula : una nueva visión de la placa dental. Rev. Estomatol Herediana. 2005. Vol. 15(1): Pág. 82 – 85. En línea, disponible en URL: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1984/1981>
32. Molina BJ. Atención y cuidados odontológicos para los niños con síndrome de Down. Revista Síndrome de Down (internet). 2005. Vol. 22. En línea disponible en URL: [http://revistadown.downcantabria.com/wp-content/uploads/2005/03/revista84\\_15-19.pdf](http://revistadown.downcantabria.com/wp-content/uploads/2005/03/revista84_15-19.pdf)
33. Roa NA, Rodríguez CE. Condición De Salud Bucal En Pacientes Con Retraso Mental. Universidad De Carabobo. 2013. En línea disponible en URL: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo\\_AAMR\\_92.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART4099/verdugo_AAMR_92.pdf)
34. Carranza. Newman. Salud dental para todos .Periodontología Clínica. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana. 1998. Capítulo 5 Epidemiología de los trastornos gingival y periodontal. Pág. 73. En línea disponible en URL: <http://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>
35. Taboada LN, Martínez F, González ML, et al. Nivel de validismo en niños de 0 a 14 años con discapacidad intelectual en el Estado Plurinacional de Bolivia. Rev. Cubana GenetComunit. 2011;5(2-3):57-63 en línea disponible en URL: <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v5n2-2/rcgc120111.pdf>





**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE CINCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA**



Fecha:.....

**Padre del niño y/o Apoderado ( )**

Nombre y apellido:.....

Edad del Padre y/o Apoderado.....Sexo: .....

Nombre y Apellido del niño:.....

Edad del niño:.....

Grado de instrucción del apoderado.....

**Docente ( )**

Nombre y apellido:.....

Edad.....Sexo: .....

Grado de instrucción del apoderado.....

**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 higiene bucal de los padres y docentes de niños del Centro de Educación Básica Especial Niño Jesus de Praga, 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) fluor, pasta dental, hilo dental.
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental.
- d) Todas

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



FICHA DE REGISTRO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL



**APELLIDOS Y NOMBRES**

(Alumno).....

**APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE DEL NIÑO Y/O APODERADO**

.....

**DIAGNOSTICOMEDICO:**.....

**EDAD:**.....

**INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) DE GREEN Y VERMILLON**

1.6 /5.5	1.1/2.1 – 5.1/6.1	2.6/6.5
4.6/8.5	4.1/3.1 – 8.1/7.1	3.6/7.5

**I.H.O.S =**  $\frac{\text{Suma de resultados parciales}}{\text{Numero de dientes evaluados}} = \frac{\quad}{\quad} =$

- BUENO ( )
- REGULAR ( )
- MALO ( )



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

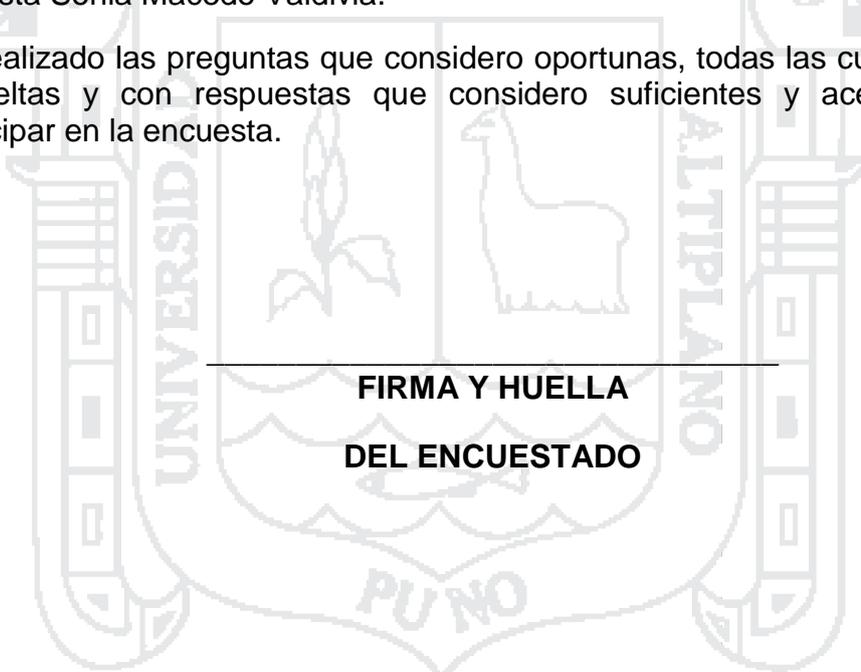
**Fecha:**.....  
**Nombre:**..... **DNI:**.....  
**Sexo:**..... **Edad:** .....

**Grado de Instrucción:**.....

El presente documento hace constar mi autorización para participar en la encuesta del trabajo de investigación “RELACION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA Y PROFESORES CON LA HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES PUNO, JULIO – SETIEMBRE 2016”, que estará a cargo de la Bachiller en Odontología, Yéssica Luna Cauna, bajo la supervisión de la Cirujano Dentista Sonia Macedo Valdivia.

He realizado las preguntas que considero oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables para participar en la encuesta.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y HUELLA  
 DEL ENCUESTADO**





**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA**



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Fecha:**.....  
**Nombre:**..... **DNI:**.....  
**Sexo:**..... **Edad:** .....

**Grado de Instrucción:**.....

El presente documento hace constar mi autorización para participar en la encuesta del trabajo de investigación “RELACION DE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA Y PROFESORES CON LA HIGIENE ORAL DE NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES PUNO, JULIO – SETIEMBRE 2016”, que estará a cargo de la Bachiller en Odontología, Yéssica Luna Cauna, bajo la supervisión de la Cirujano Dentista Sonia Macedo Valdivia.

He realizado las preguntas que considero oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con respuestas que considero suficientes y aceptables para participar en la encuesta.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y HUELLA  
 DEL ENCUESTADO**

