



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

TESIS

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL Y LA
CONDUCTA DE HáBITOS DE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES DE
FAMILIA DE NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES EN CENTROS
EDUCATIVOS DE MADRE ADMIRABLE, SAN RAFAEL INSTITUTO SAN
BORJA Y MARÍA AUXILIADORA DE LA CIUDAD DE LIMA 2016**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

PRESENTADO POR

BACHILLER: PORRAS JARA, JACKELYN SMITH

LIMA, PERÚ 2017

Dios ante todo por siempre guiarme y cuidar mis pasos,
a mis padres porque me apoyaron hasta el último
momento, mis abuelos por siempre darme cariño y
animarme a terminar la carrera, mi hermano porque
siempre estuvo ahí para mí y a mis amigos porque
apoyaron en mis prácticas.

AGRADECIMIENTO

Se agradece por su contribución para el avance
de esta tesis a: Juan Eduardo Aguilar Pasapera
CD. Esp.Odontopediatría por su apoyo, paciencia y
motivación para culminar con este trabajo.

Se reconoce a: las autoridades de
la Universidad Alas Peruanas,
los directores de los tres colegios
donde realice mi investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Reconocimiento	4
Índice	5
Índice de Tablas	9
Índice de Gráficos	11
Índice Fotográfico	13
Resumen	14
Abstract	15
Introducción	17

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática	19
1.2. Formulación del Problema	20
1.2.1. Problema Principal	20
1.2.2. Problemas Secundarios	20
1.3. Objetivos de la Investigación	21
1.3.1. Objetivo General	21
1.3.2. Objetivos Específicos	21
1.4. Justificación de la Investigación	22
1.4.1. Importancia de la Investigación	22

1.4.2. Viabilidad de la Investigación	23
1.5. Limitaciones del Estudio	23

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Internacionales	24
2.1.1. Antecedentes Nacionales	27
2.2. Bases Teóricas	32
2.2.1. Concepto de Necesidad de Cuidados Especiales de Salud	32
2.2.2. Paciente con Síndrome de Down	33
2.2.3. Paciente con Autismo	37
2.2.4. Conducta	39
2.2.5. Conocimiento	40
2.2.6. Salud Bucal	40
2.2.7. Hábitos de Higiene Bucodental	41
2.2.7.1. Cepillo Dental	42
2.2.7.2. Hilo Dental	45
2.2.7.3. Colutorio Dental	46
2.2.8. Medidas Dietéticas: Hidratos de Carbono	47
2.2.9. Flúor	48
2.2.10. Etiología de Mala Higiene Oral	49
2.2.10.1. La Placa Bacteriana	49
2.2.10.2. Caries Dental	49
2.2.10.3. Gingivitis	50
2.2.10.4. Periodontitis	52

2.3.	Definición de Términos Básicos	53
------	--------------------------------	----

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	Hipótesis Inicial	55
3.1.1.	Hipótesis Inicial	55
3.2.	Variables; Dimensiones e Indicadores y Definición Conceptual y Operacional	56

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1.	Diseño metodológico	58
4.2.	Diseño muestral	58
4.3.	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	60
4.4.	Técnicas del procesamiento de la información	62
4.5.	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	64

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1.	Análisis de tablas y gráficos	65
5.2.	Discusión	83
	Conclusiones	89
	Recomendaciones	91
	Fuente de información	91
	Anexos	
	Anexo N°1: Consentimiento informado	99
	Anexo N° 2: Cuestionario	100

AnexoNº 3: Solicitud de permiso para realizar el trabajo de investigación dirigida a los directores.	106
AnexoNº 4: Autorización de permiso para realizar el trabajo de investigación dirigida a los directores.	109
Anexo Nº 5: Matriz de consistencia	112
Anexo Nº 6: Fotografías	113

ÌNDICE DE TABLAS

	Pàg.
Tabla N°1: Relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y los hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima.	65
Tabla N°2: Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según sexo.	67
Tabla N°3: Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según edad.	69
Tabla N°4: Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, conforme al diagnóstico del niño.	71
Tabla N°5: Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, de acuerdo al grado de instrucción.	73
Tabla N°6: Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según sexo.	75

Tabla N°7: Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según edad. **77**

Tabla N°8: Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, conforme al diagnóstico del niño. **79**

Tabla N°9: Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, de acuerdo al grado de instrucción. **81**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N°1: Relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y los hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima	66
Gráfico N°2: Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según sexo	68
Gráfico N°3: Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según edad	70
Gráfico N°4: Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, conforme al diagnóstico del niño	72
Gráfico N°5: Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, de acuerdo al grado de instrucción.	74
Gráfico N°6: Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según sexo.	76

Gráfico N°7: Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según edad. **78**

Gráfico N°8: Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, conforme al diagnóstico del niño. **80**

Gráfico N°9: Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, de acuerdo al grado de instrucción. **82**

ÍNDICE FOTOGRÁFICO

	Pág.
Figura N°1: Directora del centro educativo “María Auxiliadora”.	113
Figura N°2: Directora del centro educativo “San Rafael”.	113
Figura N°3: Llenado de encuesta de madres de familia del centro educativo “María Auxiliadora”.	114
Figura N°4: Llenado de encuesta de padres de familia del centro educativo “Madre Admirable”.	114

RESUMEN

En esta investigación se estudió la relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes en los colegios de “Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja y María Auxiliadora” en la ciudad de Lima 2016.

El estudio fue cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional, se entrevistaron a 112 papás, pero solo se tomó a 87 padres como muestra final, cumpliendo con los principios de inclusión como tener hijos con Síndrome de Down y Autismo, y ser alumnos de los colegios ya mencionados.

Entre los principales resultados encontramos que el nivel de conocimiento de los padres referente al sexo nos trajo como resultado más resaltante que el sexo femenino se obtuvo un buen conocimiento con 47,8% (32 madres), y en el sexo masculinos se obtuvo un 45% (9 papás) un conocimiento regular.

En tanto a la evaluación conforme al diagnóstico los papás de niños Autistas un 50,9% (28 padres) tuvieron un buen conocimiento, y padres de niños con Síndrome de Down un 56,3% (18 padres) tuvo un regular conocimiento. En la misma relación, pero con respecto al hábito de higiene los padres de niños con Autismo un 61,8% (34 padres) y Síndrome de Down un 65,6% (21 padres), ambos obtuvieron un regular hábito.

En conclusión, se encontró que el vínculo entre el nivel de conocimiento y los hábitos de higiene de los padres de niños con habilidades diferentes al analizarlo con Kruskal-Wallis, no se halló relación estadísticamente significativa.

Palabras Clave: Síndrome de Down; Autismo

ABSTRACT

In this research the relationship between oral health knowledge level and behavior of oral hygiene habits of parents of children with different abilities was studied in the schools of "Admirable Mother, San Rafael San Borja Institute and Maria Auxiliadora" In the city of Lima 2016.

The study was quantitative, non-experimental, cross-sectional and correlational, 112 parents were interviewed, but only 87 parents were taken as the final sample, adhering to inclusion principles such as having children with Down Syndrome and Autism, and Schools already mentioned.

Among the main results we found that the level of knowledge of the parents regarding sex brought us as a result more salient than the female sex was obtained a good knowledge with 47.8% (32 mothers), and in the male sex 45 % (9 dads) a regular knowledge.

While the evaluation according to the diagnosis, the parents of Autistic children 50.9% (28 parents) had a good knowledge, and parents of children with Down syndrome 56.3% (18 parents) had a regular knowledge. In the same relation, but with respect to the hygiene habit the parents of children with Autism 61.8% (34 parents) and Down Syndrome 65.6% (21 parents), both obtained a regular habit.

In conclusion, it was found that the link between the level of knowledge and the hygiene habits of the parents of children with different abilities when analyzed with Kruskal-Wallis, was not found statistically significant relation.

Palabras Clave: Down Syndrome; Autism

INTRODUCCIÓN

La salud oral como conocimiento es el primer escalón para la prevenir las enfermedades odontológicas que viene con la conducta de hábitos de higiene oral, es parte integral de la salud general, es por ello que debemos aprender de buenos hábitos desde niños, esto con seguridad nos ayudará a tener una vida sana.

La higiene oral ayuda para tener un medio ideal para una buena salud oral, esta elimina los restos de comida que encontramos en boca, favoreciendo un buen sabor, evitando el mal olor y creando una sensación de alivio en la cavidad oral, mejorando también la estética, la calidad de vida y la autoestima de las personas.

Los pacientes con discapacidades son los más propensos a sufrir de alguna enfermedad bucal ya que ellos no son los responsables directos de su higiene oral, trayendo consigo múltiples afecciones.

El actual trabajo nos dará a conocer el grado de entendimiento que presentan los papás que tienen hijos con habilidades especiales, basándonos solo en niños con Síndrome Down y Autismo, y ver la relación que hay con los hábitos y si los están empleando como es debido. Ya que muchas veces uno puede tener el conocimiento pero por diversas razones no son empleadas correctamente, para mejorar así la salud.

El trabajo se realizó por encuestas donde no sólo se le entrevisto a los papás, sino también a los apoderados que están encargados de ellos el tiempo que los padres no se hallan en casa. Donde es prioridad que tenga una idea si fuera el caso de encontrarse con alguna anomalía en el área bucal al instante de su higiene.

Veremos el conocimiento de salud bucal según el sexo, la edad, el grado de instrucción que tenga cada padre de familia y el diagnóstico de cada niño, para que sea un resultado más exacto, Al igual lo emplearemos en el hábito de higiene oral que se encuentre.

En este trabajo solo se realizara la encuesta a los padres de familia, más no se evaluará a ningún niño, teniendo el permiso de cada colegio para la realización de este trabajo.

Los resultados ayudarán a actualizar la recolección de datos estadísticos que podrían encontrarse hasta el momento sobre el conocimiento y los hábitos de los apoderados de niños en el Perú así promoviendo más campañas sobre la concientización de limpieza oral,

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática

La falta del entendimiento y de la conducta de limpieza de la boca en muchas personas con llevan a una deficiente higiene bucal, trayendo consigo múltiples enfermedades bucales

En los pacientes especiales con Síndrome de Down y Autistas, se requiere de una especial atención por sus características obtienen mayores incomodidades en la limpieza bucal, por lo tanto, es imprescindible que los padres y/o tutores estén capacitados en emplear una buena limpieza, y que se comprometan y se responsabilicen de sus hijos para así obtener una mejoría en su higiene bucal.

Como primer paso asistir a la visita odontológica, para que el paciente se sienta familiarizado con el ambiente, y pueda emplearse la desensibilización, y así tener la confianza debida con el doctor tratante y las asistentes que se encontraran en ese momento.

De la misma manera que los profesores y las auxiliares encargadas de ellos durante el tiempo que están en el colegio se deberá capacitar para que tengan un tiempo en el aseo bucal de cada uno y evitando enfermedades futuras que podrían aparecer.

Con las charlas hacia los papás y los tutores, tomando un tiempo del horario de clases para realizar una higiene básica, tomando un tiempo prudente para cada alumno, y con imágenes didácticas para que sea más grande la atención de cada niño.

Por ello, esto busca encontrar el anexo entre el conocimiento de higiene bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres ya que no solamente se debe saber sobre la buena higiene oral sino también implica hacerlo correctamente a sus hijos con habilidades diferentes.

De esta manera ir concientizando a los padres, apoderados y maestros, el significado de presentar una buena limpieza, evitando futuras complicaciones orales, y molestias que puedan alterarlos.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema Principal

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes en centros educativos de “Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja, y María Auxiliadora” de la Ciudad de Lima 2016?

1.2.2. Problemas Secundarios

- a) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, según el sexo y la edad?
- b) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, según el grado de instrucción?
- c) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, según el diagnóstico del niño?
- d) ¿Cuál es el nivel de conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, según el sexo y la edad?

- e) ¿Cuál es el nivel de conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, según el grado de instrucción?
- f) ¿Cuál es el nivel de conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, según el diagnóstico del niño?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes en centros educativos de “Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja, y María Auxiliadora” de la Ciudad de Lima 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Determinar el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, según el sexo y la edad.
- b) Definir el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, de acuerdo al grado de instrucción.
- c) Especificar el nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, conforme al diagnóstico del niño.
- d) Determinar la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, según el sexo y la edad.
- e) Establecer la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, de acuerdo al grado de instrucción.
- f) Precisar la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, conforme al diagnóstico del niño.

1.4. Justificación de la Investigación

La falta de saber sobre la correcta higiene bucal de los padres constituye una gran preocupación, ya que día a día este problema va aumentando.

El presente estudio está justificado a plenitud por considerar necesario saber sobre la carencia de instrucción de limpieza bucal de familiares y el impacto que lleva a una mala higiene.

También ver el grado de conocimiento que presentan los tutores, en este caso los profesores y auxiliares encargados de ellos durante el tiempo que los niños se encuentran en las aulas, ver si emplean un tiempo apropiado para la higiene bucal.

Por ello veremos el grado de conocimiento de higiene de sus padres en relación a la conducta, de este modo obtener el resultado real para tener una base y proponer el plan preventivo para la higiene y métodos preventivos que ayuden a los padres a aprender más sobre la limpieza y mejorar su salud.

1.4.1. Importancia de la Investigación

Ver la relación que encontramos del conocimiento oral y si esto lo están empleando en sus costumbres diarias, así poder prevenir tipos de afecciones que se podrían encontrar en boca y mantener una higiene conveniente, con estas encuestas poder mostrarles a los familiares la importancia que existe en una adecuada higiene bucal sobre todo en pacientes con habilidades diferentes, pues en ellos hay técnicas especiales para su manejo en la higiene.

De igual manera emplear clases para reforzar o dar a conocer la manera de realizar una buena higiene y la costumbre de la visita al odontólogo, para que el niño con una buena educación no llegue a presentar malestares bucales en un futuro. Por ellos es muy importante concientizar tanto a los padres de familia como a los tutores para llegar a una óptima higiene oral.

1.4.2. Viabilidad de la Investigación

La ejecución de este trabajo, ha sido viable ya que la investigadora tuvo el refuerzo de los directores de los colegios donde se realizaron las encuestas, y también contamos con la ayuda institucional de la Universidad Alas Peruanas que brindó la nota de presentación de la casa de estudios.

De igual manera también se permitió la ayuda de los familiares para realizar las encuestas y así obtener una solución beneficiosa tanto para ellos su rutina diaria como para nosotros en lo científico.

1.5. Limitaciones del Estudio

- La dimensión de la muestra, no llegara a ser mayor de lo pensado por la falta de apoyo de los familiares encuestados.
- No hay concientización ni interés para el tema.
- La fidelidad y veracidad de los datos encontrados en el cuestionario depende de la franqueza en la contestación de las madres.
- El factor económico, para realizar las encuestas.
- El factor tiempo, para la preparación de encuestas en cada colegio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Internacionales

Perdomo, Bexi. Torres, Deyla. Paredes, Yoly (Venezuela 2014), se debe proveer a los a los padres, cuidadores y responsables de pacientes con discapacidades con Síndrome de Down (SD), el informe básico para llevar a cabo una higiene adecuada; no obstante, hay una carencia en las publicaciones de material científico conteniendo esta información en el contexto venezolano. Objetivo: El objetivo para este artículo fue de presentar dirección correcta para el mantenimiento bueno de limpieza oral en personas con SD.

Resultados: se dan capacitaciones dirigidas a los padres, maestros y cuidadores, donde se enseñan protocolos para asistir a los que se les dificulte llevar de buena manera las técnicas de higiene bucal y enseñar aquellos que lo hagan de forma autónoma (higiene supervisada). Por un lado, se propone una mejor condición de vida en el protocolo de higiene asistida a quienes por el compromiso motriz y/o intelectual no puedan valerse por ellos mismos para hacerlo. Conclusiones: El manejo de cualquiera de los protocolos en el artículo, puede ayudar a los que presentan SD a mantener una adecuada higiene, reduciendo las probabilidades de presentar enfermedades como las periodontales, entre otras.¹

Goveo Andrang, Verónica Zoraya (Ecuador 2015), según la Organización Mundial de la Salud, es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la falta de dolencias o enfermedades” mientras que salud bucal estudia para prevenir y tratar las dolencias de los tejidos duros y blandos

de la boca. Es un desafío para los odontólogos tratar a los pacientes especiales, pues las múltiples discapacidades físicas y cognitivas limitan el adecuado retiro de placa dento- bacteriana, trayendo consigo la aparición de enfermedades orales de alta prevalencia en esta población, como viene a ser la caries y la enfermedad periodontal.²

El propósito fue evaluar conocimientos de salud que tienen las mamás de niños con discapacidades tanto física e intelectual (síndrome de down, retraso mental, parálisis cerebral, autismo) de la fundación “Centro de Desarrollo Integral de los Niños con Discapacidad la Joya” provincia de Imbabura, cantón Otavalo.²

La muestra fue de 60 madres, la evaluación del conocimiento fue a través de 21 preguntas semi-estructurada con respuestas cerradas, con una respuesta posible: 12 preguntas con 3 alternativas de respuesta y 9 preguntas tenían más de 3 opciones en su respuesta. La encuesta se construyó basada en 5 ítems (caries dental, enfermedad periodontal, prevención de alteraciones dento-maxilares, higiene bucal, fuente de información).²

Los resultados de caries fue regular, enfermedad periodontal fue insuficiente, en prevención de irregularidades dento-maxilares fue insuficiente, y por último higiene bucal fue insuficiente, dando como resultado final acerca del de las mamás fue insuficiente para mantener una salud bucal óptima y estable XVI en sus hijos con discapacidad. En fuente de información, la principal es, sin lugar a dudas el odontólogo.²

Pozo Villarreal, Luisa Andrea (Ecuador 2016), los niños y adolescentes con discapacidad intelectual presentan múltiples problemas en la salud bucal debido a su condición por lo cual requieren de cuidados especiales de sus progenitores y personal a cargo en el colegio, por lo cual es necesario que ambostengan el conocimiento sobre hábitos tanto higiénicos como dietéticos para que puedan transmitir a este grupo tan vulnerable y ayuden a mejorar el estado de salud bucal. El objetivo de esta investigación fue determinar el conocimiento de los padres de familia y docentes sobre hábitos higiénico-dietéticos en niños y adolescentes con discapacidad intelectual en el Instituto Fiscal de Educación Especial. Se evaluó a través de encuesta a 60 padres de familia y 40 docentes del Instituto. Se concluyó que los padres de familia tienen un conocimiento regular-bajo y los docentes un conocimiento medio. Se recomienda capacitar a padres de familia y docentes en relación a hábitos higiénicos y dietéticos para que brinden apoyo en cuidados de salud bucal.³

Pineda Vásquez, Carla Sofía (Ecuador 2016), la lesión cariosa es una alteración común en la cavidad oral, y puede producirse por varios factores, entre ellos el conocimiento sobre higienización bucal, elemento que la literatura no la ha estudiado a fondo. Por tal razón, el deseo del trabajo de investigación, fue establecer la relación entre el nivel de conocimientos sobre higiene bucal en mamás y papás la Unidad Educativa en una agrupación determinada, y asociarlo con la cantidad de caries de sus representados, lo cual se usó el sistema ICDAS. Los resultados soltaron que no halló lazo de las variables estudiadas y gran parte de los colaboradores tenían un nivel regular de conocimiento. Además, los individuos examinados, tuvieron entre 11 y 15

piezas dentales afectadas por caries, donde las de código 1 fueron las más notorias (primer cambio en el esmalte seco) y código 2 (cambio en esmalte húmedo).⁴

Mina Bedoya, Carina Elizabeth (Ecuador 2016), el propósito de este estudio fue asociar el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres con el estado de salud bucodental de los niños con discapacidad, del Instituto de Educación Especial del Norte. Se evaluó el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres mediante una encuesta de 15 preguntas, dividido en cinco partes: se examinaron los índices de higiene oral (IHO-S) y de caries (CPOD y ceod) de los niños con discapacidad. Los resultados determinaron, un regular nivel de conocimiento sobre salud oral en los padres, con un 64,9%, el Índice de higiene oral en los niños, fue regular con un 74,2%, el índice (ceod) fue 1,37, indica un nivel bajo de piezas afectadas, mientras que el índice (CPOD) fue de 3,78, indica un nivel moderado de piezas afectadas por la enfermedad. Se concluye que hay una relación entre el IHO-S y el nivel de conocimiento, es decir, a mayor conocimiento de los padres de niños con discapacidad, menor es el IHOS.⁵

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Vásquez Mejía, Marisabel (Perú 2009), la finalidad fue hallar la relación entre el conocimiento de padres y el estado de higiene bucal de niños con habilidades diferentes. La muestra estuvo constituida por 90 niños de ambos géneros agrupados según la discapacidad intelectual, reportada por la ficha de matrícula, y sus correspondientes padres. La evaluación de saber el grado de

conocimiento, fue mediante un cuestionario semi-estructurado, los que dieron como producto el nivel bueno, regular y malo; al clasificar los niños fue intencionalmente seleccionados de acuerdo a la evaluación de conocimiento de los padres y evaluados clínicamente dependiendo de la aparición de placa dental blanda, reportando de esta manera la presencia de una óptima higiene, si resultaban con IHOs bueno. Al relacionar el grado de lo que saben los papás sobre higiene, con la limpieza bucal de sus hijos, observamos que el 84.21% de niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno coincidió con una buena higiene bucal; de esta manera también se encontró que el 100% de ellos presentaron un mal conocimiento y no presentaron buena higiene bucal. Se halló diferencia estadísticamente significativa al manejar la prueba χ^2 ($p < 0.05$) para la existencia de asociación de variables, la correlación es significativa al nivel 0.01 bilateral. por lo tanto, se deduce que el conocimiento que poseen los padres, está vinculado con la presencia de buena higiene.⁶

Holguin Chumacero, Leslye Estefany. Oyola Burgos, MariajoseStephanie (Perú 2014), el propósito fue definir el conocimiento de la sanidad oral de los padres y/o cuidadores de los discapacitados de la Clínica San Juan de Dios de Pimentel en el período 2014. Incluyo un total de 70 papás y cuidadores. Se usó un cuestionario, de 12 preguntas sobre elementos, hábitos de higiene, patologías bucales y técnicas de higiene. Los datos fueron procesados en los programas de Microsoft Excel y SPSS versión 20.0.⁷

Los resultados determinaron un conocimiento regular en cuanto a salud de la boca con un 68,6% en los padres y 2,9% en los cuidadores. Esto concluyó que

sí existe un rango de conocimiento regular sobre salud en los padres y cuidadores de la Clínica San Juan de Dios.⁷

Tobler Garcia, Diana Carolina. Casique Gonzales, Lorena Desiree (Perú 2014), el propósito era precisar la relación entre la lesión cariosa en preescolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las mamás en salud oral. Distrito Iquitos – Maynas 2014. La muestra fue un total de doscientos cuarenta y seis preescolares en edades de 3 a 5 y sus respectivas madres cumpliendo con la norma de inclusión y exclusión. Se preparó un instrumento para medir los conocimientos sobre higienización oral, validados por la técnica de juicio de expertos y prueba piloto. Fue confiable por la prueba estadística de Kuder-Richardson (K20) donde la fiabilidad fue de 0,75%. Los resultados fueron: El 14,6% de las mamás con un nivel bajo sus niños presentaron un I-ceo muy alto. La predominación de caries en niños de edades de 3 a 5 “Los honguitos”, fue de 95,9%. Encontrando un I-ceo promedio de 5,03 (alto). El conocimiento de las madres fue moderado en un 51,6% con un puntaje promedio de 11, 21. Los resultados nos proveerá a concluir que hay conexión significativa entre prevalencia de caries dental en preescolares y el nivel de conocimiento de las mamás sobre salud oral ($p = 0.01$).⁸

Pérez Sánchez, Rosa Milagros (Perú 2015), fue descriptivo, transversal y observacional, el objetivo: determinar el grado de conocimiento en padres y la salud de niños con habilidades especiales del distrito de Trujillo, 2015. 192 padres con hijos que tenían de uno a dieciocho años fueron la muestra total y debían estudiar en alguna de los establecimientos educativos especiales mencionados. Se halló que los padres obtuvieron un regular conocimiento

(40.10%).⁹El nivel de conocimiento fue regular (46.55%) según el género y no se vio diferencia estadísticamente significativa. Conforme a la edad el aprendizaje encontramos regular 41.46% y 41.27% para los grupos de 20 - 30 y 30 - 45 años respectivamente, hallando diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años, siendo 36.17% ($p=0.0425$). De igual manera, viendo la instrucción encontramos que el nivel de conocimiento fue de 33.78% regular siendo para los de primaria, 47.89% para los de secundaria, y 38.30% para los de superior, hallando diferencia significativa entre el primario, el secundario y superior ($p=0.0289$). Llegando al fin que el conocimiento de padres fue regular optando por que sea necesario implementar en las horas escolares cursos prácticos de limpieza personal introduciendo la limpieza oral en padres y en sus hijos.⁹

Reyes Jorge, Paz Soldan Paúl, Egoavil Mónica, Garcia Victor (Perú 2015), el objetivo fue de conocer la relación entre conocimientos sobre caries dental e higiene oral de los padres o tutores entre el Índice IHOS y el índice CPOD en los pacientes adolescentes con discapacidad intelectual atendidos en el servicio de Odonto-estomatología del Hospital Hermilio Valdizán (Hospital Psiquiátrico en Lima Perú), en el periodo de Abril - Octubre del 2015. Material y Método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional. La muestra fue de 167 adolescentes. Además, se registró datos sociodemográficos, donde se evaluó edad del padre o tutor, grado de instrucción del padre o tutor distrito donde reside, edad del adolescente, grado de instrucción del adolescente y diagnóstico de discapacidad mental. Se elaboró un instrumento conocimientos sobre caries dental e higiene oral validado por juicio

de expertos, índice CPOD e Índice IHOs Resultados: El 61.08% eran de sexo masculino, mientras el 38.92% era femenino. El mayor rango de edad de los padres y tutores era 40-50 años, mientras en los adolescentes 15 años. Se encontró un CPOD de 7.5 y un índice IHOS de regular con 56.29%. El 22.75% tenía problemas de depresión, el 20.97% trastornos hiperkinéticos, el 19.76%. Conclusiones: La discapacidad intelectual en cualquiera que sea, influye en la higiene oral y la aparición de caries dental. El conocimiento sobre la caries dental no influye en la aparición de las mismas, sin embargo, el conocimiento sobre higiene oral influye significativamente sobre la aparición de problemas gingivo periodontales.¹⁰

Marchena Pejerrey, Zoila Emperatriz (Perú 2015), tuvo como objetivo determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del Centro de Educación Básica Especial La Victoria – 2015. La muestra estuvo conformada por 34 padres y sus respectivos hijos con habilidades diferentes. En la primera etapa de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres, para lo cual se aplicó un cuestionario de 16 preguntas, dividido en 4 segmentos: 1er segmento sobre elementos de higiene bucal, 2do segmento sobre hábitos de higiene bucal, 3er segmento sobre patologías bucales y el 4to segmento sobre técnicas de higiene bucal. Se encontró un nivel de conocimiento regular de los padres (52.9%). Se recomienda implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal, incluyendo la higiene bucal, involucrando a los padres de familia.¹¹

Luna Cauna, Yéssica (Perú 2016), la investigación 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, para el procesamiento de los datos se usó el programa estadístico SPSS, la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson, el nivel de conocimiento tanto de padres de familia como profesores de la institución educativa especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno fue regular (56,4%); y tiene relación con el Índice de higiene oral que también fue regular (75%). se 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.¹²

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Concepto de Necesidad de Cuidados Especiales de Salud

Un paciente que tiene una necesidad de cuidados especiales de salud (NCES) es aquel con compromiso o situación de limitación motora, sensorial, cognitiva, conductual, y/o emocional, cuya causa puede ser natural o adquirida, y que requiere de intervención, manejo médico y apoyo de asistencias o programas especializados en salud, por ejemplo, los individuos con autismo, parálisis cerebral, Síndrome de Down, Asperger, retraso mental, sordera, ceguera,

dificultad de atención e hiperactividad, asmáticos, epilépticos, secuela de traumatismos o accidentes, psicosis, cáncer, entre otros.¹³

Estas personas tienen un incremento de riesgo para adquirir afecciones orales, las cuales pueden tener un impacto directo y fatal en su salud, mayormente en aquellos que tienen problemas, como inmuno-compromiso o con problemas cardiovasculares, la enfermedad dental se puede complicar ocasionando septicemia, endocarditis, entre otras patologías.¹³

2.2.2. Paciente con Síndrome de Down

Según la OMS “La Deficiencia mental supone un desarrollo incompleto. Insuficiente de capacidad mental que da como resultado un funcionamiento intelectual generalmente inferior al término medio, unido a perturbaciones en el aprendizaje, maduración y ajuste familiar y social”.¹⁴

2.2.2.1. Etiología

Es producido por una alteración en la cifra de cromosomas del par 21.¹⁵

La Trisomía 21 o Síndrome de Down es una deformación congénita explicado y mejor conocida. Su incidencia es de uno sobre 750 nacimientos, dándose en ambos sexos por igual. La incidencia varía con la edad materna, siendo más peligrosa para gestar iniciando los 40 años. De los 35 a los 39 años, es la edad con factor de riesgo.¹⁶

2.2.2.2. Manifestaciones Orales

Son muchas manifestaciones orales que podemos hallar. En la cara podemos observar.¹⁷

Áreas:

- **Lengua:**
 - Macroglosia.
 - Fisurada,
 - Depilación lingual
 - Protrusión lingual.
- **Labios:**
 - Gruesos, Blanquecinos
 - Labio superior corto
 - Descendida de la comisura labial
 - Labio inferior evertido y con grietas
 - Respiración oral incluyendo babeo
 - Queilitis angular.
- **Dental:**
 - Microdoncia
 - Alteraciones de números y formas
 - Taurodontismo
 - Hipoplasia del esmalte
 - Retraso eruptivo

- **Periodontal:**

- Más riesgo de gingivitis a edades muy tempranas de forma agresiva.

- **Oclusión:**

- Clase III
- Mordida cruzada anterior y posterior
- Mordida abierta anterior.¹⁷

2.2.2.3. Manejo odontológico del paciente con Síndrome de Down

Suelen acostumbrar ser muy afectuosos y colaboradores y los tratamientos odontológicos carecen de dificultades. Son niños muy educables y que responden positivamente a la modulación conductual.¹⁸

El tratamiento odontológico para una persona con retraso mental requiere ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional.¹⁸

Son caracterizados por el limitado tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática. Para esto es necesario mostrar una actitud cuidadosa y amigable, así como evitar siempre todo aquello que aumente la timidez y miedo de estas personas.¹⁸

Maneras de atender a estos pacientes:

1. Con técnicas para modificar la conducta, donde se trata de llegar a la desensibilización y la modulación de la conducta, es decir la preparación de una conducta correcta. Normalmente estos pacientes responden muy bien a estas técnicas, sólo requiere un poco de paciencia, entrenamiento y refuerzo positivo.¹⁸

2. Técnicas con restricción o inmovilización: Son muy útiles en pacientes que presentan retardo intelectual profundo.¹⁸

Un factor importante a deber es que muchos de los familiares y/o tutores no están mentalizados de la magnitud del tratamiento preventivo. Y es por ello que a menudo postergan la cita odontológica hasta que se desarrolla una enfermedad oral significativa.¹⁶

En gran parte de los pacientes con incapacidad psíquica hay que implantar un sistema de atención buco-dentaria cuyo principal objetivo es lograr una buena salud buco-dentaria. Así que, hay que plantear una correcta atención sanitaria para el paciente, si sus facultades lo permiten, y para sus padres o tutores y lograr el móvil suficiente para conservarla.¹⁸

Gran parte de los estudios realizados demuestran que, si controlamos la placa, es fundamental conseguir la contribución de los papás y/o tutores, ya que, si estos no están convencidos de las ganancias que posee para la salud personal el tener una boca sana, difícilmente contribuirán al mantenimiento de un paciente que presenta, en ocasiones, no pocas dificultades para él mismo.¹⁸

Un aspecto muy importante a observar para ganar la motivación de un paciente así es lo que describió el propio JhonLangdon Down cuando describió en el año 1866 las características: “facilidad para imitar y mímica”. Atributos que si son bien trabajados por padres y personas a cargo podrían inclusive ser utilizadas a favor de la higienización oral y la prevención.¹⁸

2.2.3. Paciente con Autismo

El autismo es un Trastorno Generalizado Del Desarrollo, considerado grave por la incapacitación que produce.¹⁹

Es muy heterogéneo dando lugar a abundantes diferencias intersujetos. Principalmente es un desorden que cabe en tres áreas principales; esto es, una alteración de la facilidad de relacionarse, problemas al comunicarse y el lenguaje y rigidez mental y comportamental. Se detectan conductas como aislamiento, falta de sonrisa social, problemas de succión, pero, sobre todo, nulo o escaso progreso del lenguaje o alteración social del niño.¹⁹

2.2.3.1. Descripción Original de Leo Kanner (1943)

- Extrema soledad autista. Incapacidad para establecer relaciones con las personas.
- Persistencia obsesiva de que el ambiente no cambie.
- Memoria excelente.
- Buen potencial cognitivo.
- Aspecto físico común y semblante inteligente.
- Hipersensibilidad a los estímulos.
- Retraso y alteración en el logro de la palabra y el lenguaje. Mutismo o lenguaje sin la pretensión comunicativa real.
- Desde que nace se ven los primeros síntomas.²⁰

2.2.3.2. Patología Oral en el Niño Autista

Un cuidado integral incluye la recomendación a los padres, la crianza especial (con mayor energía en la modificación de conducta) en un ambiente altamente

estructurado, terapia del lenguaje y entrenamiento de destrezas sociales con el último fin de alcanzar la independencia en actividades del día a día y de autocuidados, para la conservación de la salud oral.²¹

La salud oral y necesidades dentales, en niños y jóvenes autistas fueron estudiadas por *Shapira*. Donde compararon la salud oral de los autistas y esquizofrénicos institucionalizados y encontraron que estos pacientes, presentaban mayor reiteración y severidad en problemas periodontales.²¹

Pero menores niveles de caries. Comprobando que la necesidad considerable de prestación de servicio dental para ellos, fue cirugía periodontal y la instrucción sobre una correcta higiene oral y nutrición.²¹

2.2.3.3. Manejo Odontológico en el Niño Autista

Deberían tener la responsabilidad de asistir lo más pronto posible a la consulta con el odontólogo pediatra para tratar de establecer una familiarización con la misma y crear así una costumbre en la preparación de una correcta higiene oral. Asimismo, debemos destacar la imagen del educador como el motor para conservar una correcta salud bucal. Es fundamental recordar que con el autista no hay espacio para improvisar.²¹

De esto se procede el apuro de recurrir a **un protocolo de desensibilización sistemática** que comenzará primero con que el niño vaya a la consulta dental. Por ello, el dentista se deberá entrevistar primero con los padres, educadores y psicólogos si el caso lo necesitara, evitando la presencia del niño, para recolectar en la historia clínica, todos los datos relevantes acerca de las características peculiares de cada autista.²¹

Una vez obtenida toda la información, pondremos en marcha el protocolo de desensibilización sistémica para el acceso del niño a la consulta dental. Realizaremos un material relativo a la desensibilización consistentes en imágenes, videos o ambas, realizado a base de la visita dental, con exploración oral en situación real.²¹

Se presentará a todo nuestro equipo y personal de trabajo. Con ello conseguiremos que el joven pueda reconocer a quien lo asistirá en un futuro.²¹

2.2.3.4. Mantenimiento de la Salud Oral en el Niño Autista

Deberemos dar las sugerencias necesarias a los padres y educadores para tener un continuo procedimiento, en casa y el colegio. Lo que enfatizaremos será el modo de cepillado. Lo primero que debemos enseñar al niño y/o a los padres y educadores.²¹

Para ello es apropiado recurrir a la utilización de pictogramas, que se manejan rutinariamente con los autistas. Mediante dibujos mostraremos los momentos de las comidas: desayuno, comida y cena, indicando que, tras ellas, se debe recurrir al cepillado.²¹

Recordaremos la colocación del pictograma en un lugar visible para ellos, de manera que no caiga en el olvido y permita integrar la actividad representada en la vida cotidiana.²¹

2.2.4. Conducta

La conducta es un conjunto de actos, comportamientos externos del ser humano. El comportamiento no solo es un conjunto de interacciones, estímulo

y respuesta, sino que es una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona.²²

2.2.5. Conocimiento

El conocimiento es una disciplina llamada Epistemología, esta define al conocimiento como un conjunto de saberes que poseemos sobre algo. El conocimiento nos permite convertir datos e informaciones en acciones efectivas, carece de valor si no es utilizado, solo tiene valor en medida que se mueve, ósea, cuando es transmitido o transformado.³

2.2.6. 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. Es un componente fundamental de la salud, donde involucran complejos procesos donde se ve aspectos biológicos, sociales, de género, económicos y culturales. Se considera una parte integral del complejo cráneo facial donde participa en funciones vitales como son, la alimentación, la comunicación y el afecto y sexualidad.²⁵

Hay enfermedades infecciosas y crónicas que afectan a la cavidad bucal, como son el sida y la diabetes. Entre las enfermedades principales encontramos a la caries, la periodontitis y las maloclusiones. En la salud pública vemos que los problemas más comunes son: la caries y las enfermedades periodontales, estas pueden evitarse mediante medidas preventivas en el hogar y el consultorio.²⁵

2.2.7. Hábitos de Higiene Bucodental

Es la realización de una serie de actividades para retirar residuos que se encuentran sobre las superficies, utilizando diversos aditamentos. El cepillado manual es el recurso más utilizado en los países industrializados para la higiene oral, donde el cepillado de dientes en la gente es de uso diario, el cual deberíamos asociar a la higiene inter-proximal y del dorso de la lengua con los diferentes aditamentos.²⁶

Cuando la higiene es deficiente, se deberá realizar la modificación conductual seguida por una revaloración, lo cual es esencial lograr un nivel satisfactorio de aseo y una correcta salud oral.²⁷

Podremos realizar modificaciones a la rutina del niño, con ayuda de familiares, además de la atención clínica dada por el odontólogo. Las estrategias preventivas para optimizar la salud gingival y periodontal son las más efectivas cuando se requiere educar y motivar tanto al niño como a su familia para así establecer y mantener medidas adecuadas en la limpieza oral que puedan desorganizar y remover la placa. Será esencial el cepillado minucioso mínimo dos veces al día, con mayor énfasis a la hora de dormir para la remoción completa de la placa bacteriana.²⁷

Es común encontrar que los pacientes pediátricos presente una destreza manual limitada y para obtener una mejor limpieza será necesario utilizar cepillos dentales de apropiado tamaño y un auxiliar para el hilo dental. Se puede utilizar un reloj para asegurar que se esté cepillando el tiempo necesario, por lo general se recomienda dos minutos.²⁷

Con frecuencia, el uso apropiado del hilo para remover de placa inter-dental va a requerir de la ayuda o supervisión de un adulto; los auxiliares para hilo dental puedan ayudar a la verdadera higienización oral en muchos pacientes.²⁷

El esfuerzo positivo y la motivación que dará la familia vienen a ser herramientas motivacionales valiosas para optimizar los esfuerzos de higiene. La manera de controlar la placa será mediante enjuagues o tabletas reveladoras los cuales pueden ser recomendados por el odontólogo viendo las necesidades personales del paciente. La valoración casera cuidadosa, el ejemplo de los padres, y el progreso exitoso de rutinas y prácticas de higiene oral en casa ayudan a asegurar resultados óptimos para el niño.²⁷

2.2.7.1. Cepillo Dental

La medida de higiene bucal que más efectúan las personas es el cepillado dental. Éste será realizado con ayuda del cepillo dental diseñado para tal fin y junto con los dentífricos. El cepillo es un artefacto de material plástico de forma prismática o cilíndrica de unos 16 a 19cm de largo, que puede sostener con la mano y que tiene en un extremo en una parte activa o llamada también cabeza, donde salen perpendicularmente entre dos o cinco hileras de cerdas de nylon con puntas redondeadas y agrupados en penachos de aproximadamente 1cm de altura. La cabeza del cepillo permite efectuar con las cerdas el cepillado bucal y gingival.²⁸

Debemos tener en cuenta para un cepillado efectivo, el tipo y tamaño del cepillo deben ser adecuados para cada persona, debe encontrarse en buen estado y tener agarre para manipularlo eficazmente. Además,

independientemente de la manera que use el paciente para cepillarse, debe hacerlo en orden y cubriendo todas las caras dentales y superficies.²⁹

Las cerdas del cepillo, por la humedad y la maniobra sobre las superficies dentales, van perdiendo consistencia y flexibilidad, lo cual reducirá su eficacia. Por esta razón, el cepillo debe cambiarse con frecuencia al momento que se evidencie que éste se halla “despelucado”. También, debido a la humedad habitual del cepillo éste no deberá guardarse en espacios cerrados, como son las cajas o estuches, sino, todo lo contrario, en lugares donde halla ventilación.²⁹

Siendo la boca en condiciones normales un ecosistema que favorece el incremento de microorganismos de diferente patogenicidad, el cepillo debe tener un buen cuidado, el cual debe lavarse muy bien después de cada uso y prevenir que ingrese en contacto con los demás miembros de la familia; y si se presenta enfermedades infectocontagiosas (varicela, hepatitis, etc.), el cepillo deberá ser cambiado.²⁹

Debemos prestar mayor atención a los menores de 6 años para supervisar y ayudarlos durante el cepillado, ya que el desarrollo de su motricidad fina antes de esta edad no le permite realizar una adecuada remoción de placa bacteriana. Lo mismo se aplicará para discapacitados y ancianos.²⁹

Igualmente debemos recomendar el cambio de cepillo antes de que se concluyan etapas de desinfección bucal como son periodontitis y caries, ya que el cepillo al ser poblado por bacterias se puede construir en vehículo de re-infección.²⁹

2.2.7.1.1. Técnicas del cepillado dental en niños

- Técnica de Starkey:

Técnica donde los padres sitúan al niño de espaldas, apoyándolo sobre su pecho o su pierna. Cuando el niño ya tiene entre 2 ó 3 años esta técnica se realiza parada y frente de un espejo. La posición del cepillo debe ser angulada a 45° al eje vertical del diente hacia el ápice, realizando movimientos horizontales. El objetivo será obtener la costumbre de higiene, y se aconseja realizarlo hasta los 7 años.²⁶

- Técnica de Charters (1928)

Los filamentos se van a posicionar en un ángulo de 45° respecto al eje longitudinal, dirigiéndose hacia el borde incisal. Éste se realizará con la boca entreabierta y con una ligera presión para que así los filamentos ingresen al espacio interdental.²⁸ Para realiza un masaje en las encías se deberá realizar un movimiento vibratorio. Este requiere de gran habilidad manual y se recomienda en problemas periodontales.³⁰

- Técnica de Bass:

Es recomendada por ser sencilla y eficaz. Se coloca el cepillo en ángulo de 45° con relación al eje mayor del diente, de este modo que las cerdas penetrarán suavemente en el espacio entre encía y diente, y se efectúen movimientos de vaivén de unos 2mm. Este cepillado se practica en todo el diente. Las caras oclusales se cepillan de forma circular.³¹

- Técnica de Stillman Modificado:

Las cerdas se colocan a 45° en relación con la raíz de los dientes sobre la encía, en una posición muy parecida a la manera rotatoria, reposando relativamente en la encía. Es decir que se hace un movimiento desde la encía hacia el diente. Así limpiando la zona inter-proximal y masajeando tejido gingival.³¹

2.2.7.2. Hilo Dental

Esta implementación es la maniobra más usada que se hace con eficacia en casi todas las situaciones clínicas. Se le acredita a Levi Spear Parmly, un dentista oriundo de Nueva Orleans, ya en 1815 Parmly recomendaba el uso del hilo dental con un trozo de hilo de seda.³²

Cuando se usa de forma apropiada eliminan hasta el 80% de la placa proximal. También se elimina la placa subgingival porque el hilo interdental puede introducirse hasta 2 – 3.5mm debajo del extremo de la papila.³²

El hilo sin cera es aconsejado en contacto dentario normal porque se desliza con facilidad por la zona de contacto. El hilo encerado para cuando hay contactos dentarios proximales ajustados.³²

Procedimiento:

- Tome aproximadamente 40 cm de hilo y enrolle los extremos sin apretar alrededor del dedo medio. Deje que queden 10 cm entre los dedos medios, después sostenga el hilo entre los dedos pulgar e índice quedando unos 3 cm entre los pulgares.

- Mediante un meneo de vaivén, como de serrucho haga que el trozo de hilo tenso pase entre el frente y posterior del diente. Puede ser difícil cuando los dientes están tan juntos que el espacio entre ellos es limitado. No deje que el hilo se deslice tan rápido que lastime la encía.
- Estire el hilo en torno a uno de ellos y deslícelo con cuidado hacia la encía, aquí también con un movimiento de vaivén.
- Guíe el hilo hasta el punto de contacto con un movimiento de vaivén, y repita el procedimiento sobre el otro diente que bordea el espacio ocupado por la encía.
- Saque el hilo de los dientes, aquí con un movimiento de vaivén, y repita lo mismo en otros espacios de la boca.
- Debe utilizar un trozo limpio de hilo para cada espacio así que desenrosque una parte del hilo de un dedo medio mientras lo enrosca en el otro dedo medio.³²

No se preocupe si la encía sangra levemente. El sangrado cesará una vez que use el hilo varias veces. ¡No se rinda!³²

2.2.7.3. Colutorio Dental

Los enjuagues bucales son soluciones acuosas que generalmente se encuentran concentrada, que contiene uno o más componentes activos y excipientes, se utilizan por medio de desplazamientos de líquido dentro de la boca. Un colutorio o enjuague bucal puede cumplir dos objetivos: terapéutico y cosmético. Los colutorios o lavados terapéuticos pueden tener por finalidad reducir las placas, la gingivitis, las caries dentales y la estomatitis y los

colutorios cosméticos pueden estar destinados a combatir la halitosis mediante uso de agentes antimicrobianos o aromatizantes.³³

Algunos datos obtenidos recientemente indican que los colutorios se están utilizando para combatir trastornos específicos en la cavidad oral, como, por ejemplo. Se desarrollaron enjuagatorios bucales cuyo contenido es la combinación de antihistamínicos, hidrocortisona, nistatina y tetraciclina en suspensiones, polvos, jarabes o soluciones comercialmente disponibles paratratar la estomatitis.³³

Otras drogas utilizadas en los enjuagues bucales son el alopurinol, también por tratar la estomatitis, la pilocarpina para tratar la xerostomía (sequedad bucal), y para evitar sangrado después de una cirugía oralel ácido tranexámico.³³

2.2.8. Medidas Dietéticas: Hidratos de Carbono

Los efectos cariógenos de cualquier azúcar van a derivar, sobre todo, de su capacidad de favorecer el crecimiento de ciertas bacterias y la siguiente formación de ácidos y polisacáridos.²⁰

La glucosa y el almidón, probablemente son los hidratos de carbono con capacidad cariógena; siendo los cereales y las legumbres las fuentes del almidón, resultando más perjudicial tras su transformación por los procedimientos de refinado industrial.²⁴

Así pues, los azúcares refinados y pegajosos, vienen a ser alimentos con mayor potencial cariogénico, pensando el número de veces que uno lo ingiere, es más importante que la cantidad ingerida en un tiempo. En total, y dado que

el tipo de hidratos de carbono y el tiempo de la retención bucal llegan a ser más importantes que la cantidad consumida, se debe:

- Evitar comer entre comidas, así como tener alimentos azucarados en boca como el chupón para dormir y los chupetes endulzados.
- Procurar que los carbohidratos sean en forma diluida o acuosa, para que haya una menor retención, evitando los azúcares de textura pegajosa o adhesiva.
- Evitar utilizar los caramelos como regalos entre las comidas.
- Los refrescos azucarados entre las comidas son una fuente no despreciable de azúcares.²⁴

En resumen: se debe evitar consumir en la niñez los azúcares y bebidas o refrescos azucarados para conseguir evitar la caries, sobre todo su ingesta entre las comidas y al acostarse.²⁴

2.2.9. Flúor

El fluoruro es la forma iónica del flúor. Los fluoruros tienen carga negativa, que se unen a los iones positivos. En el humano, la mayor parte del fluoruro lo encontramos en los tejidos calcificados como son los huesos y los dientes, debido a los fluoruros concentrados en la placa y la saliva inhiben la desmineralización del esmalte sano y estimulan su remineralización. Mientras las bacterias cariógenas van metabolizando los hidratos de carbono y produciendo ácidos, la baja del pH promueve la liberación de fluoruros de la placa, los cuales, junto a los fluoruros de saliva son atraídos al calcio y el

fosfato por la desmineralización del esmalte, haciéndolos más resistentes al ácido y mejorando su estructura. Los ciclos de desmineralización y remineralización serán continuos a lo largo de la vida dentaria. Los fluoruros inhiben también el proceso donde las bacterias cariógenas metabolizan los carbohidratos para la producción de ácidos y alterar la producción bacteriana de polisacáridos adhesivos.³⁴

2.2.10. Etiología de Mala Higiene Oral

2.2.10.1. La Placa Bacteriana

El origen de enfermedades periodontales se demostró claramente en estudios experimentales de gingivitis de *Loe et al*, donde se demostró que el depósito de placa siempre se sigue de inflamación gingival y que la remoción de placa controla este proceso. La placa bacteriana dental no es un cóctel de bacterias residentes en la superficie dentaria, sino que forma una comunidad bacteriana (biofilm bacteriano) altamente organizada y resistente tanto a su disgregación como a su eliminación.²⁶

2.2.10.2. Caries Dental

La etiopatogenia fue propuesta por W. Miller en 1882; Según Miller “El factor más importante del origen de la enfermedad era la capacidad de gran número de bacterias bucales de producir ácidos a partir de carbohidratos de la dieta”, hipótesis que sustentó experimentalmente al aislar varios grupos de microorganismos bucales que eran criogénicos.³⁵

Paul Keyes en 1960, en forma experimental y teórica, estableció que “El origen de la caries se debe a la interacción a la vez de tres elementos o factores

principales: el “microorganismo”, que en presencia de un “sustrato” logra afectar a un “diente” (también denominado Hospedero)”. La representación esquemática de estos tres factores básicos se conoce como tríada de Keyes.³⁵

2.2.10.3. Gingivitis

La gingivitis es un estado reversible de tejidos blandos gingivales, cuya consecuencia de inflamación, sangrado y cambio de color, tamaño y consistencia. El proceso inflamatorio es de origen infeccioso, debido a la aparición progresiva de gérmenes anaerobios estrictos.³⁶

La existencia de inflamación en la porción marginal de encía se puede valorar mediante el sondaje o a partir del cambio de color de la encía. Desde 38 años atrás y gracias a estudios de gingivitis experimental en humanos que fueron llevados a cabo por *Löe y cols.* Sabemos que el control de placa supra-gingival previene de manera inequívoca la gingivitis, considerando la relación placa bacteriana-gingivitis como una asociación causa-efecto.³⁶

Löe estableció en 1965 mediante el sencillo experimento de gingivitis experimental, el vínculo entre la gingivitis y la higiene oral, demostrando además que, cuando las medidas de higienización oral se restituyen, la salud se recupera. La gingivitis puede evolucionar a la destrucción permanente de soporte periodontal dando paso a la periodontitis.³⁶

- Diagnóstico de la gingivitis:

La gingivitis, considerado como proceso inflamatorio que se detecta histológicamente a los cuatro días de acumulada la placa, que se expresan clínicamente, por sangrar al sondaje hacia los siete días. Se afecta

exclusivamente el componente más superficial del periodonto, la encía marginal y el proceso inflamatorio no se esparce más allá del epitelio de inserción.³⁶

Así, debemos ver dos aspectos fundamentales en el diagnóstico, por un lado, la detección de cambios inflamatorios y, por otro lado, la destrucción de los tejidos periodontales profundos. Para su diagnóstico registramos los signos visuales de encías inflamadas, enrojecimiento, engrosamiento del margen gingival con agrandamiento de las papilas interdientales y desadaptación al contorno dental, entre otros. Sin embargo, el signo más relacionado con la aparición de una gingivitis viene a ser el sangrado, ya sea espontáneo o provocado al sondar.³⁶

La actuación de diversos factores modificadores, locales (respiración bucal) o generales (embarazo, toma de anticonceptivos, tratamientos con medicamentos, pueden alterar los signos clínicos de la gingivitis. En estos casos puede aparecer un agrandamiento gingival notable, formando pseudo-bolsas (profundidades de bolsa al sondaje mayores de 3 mm por sobrecrecimiento de los tejidos blandos por encima del límite amelocementario.³⁶

En la gingivitis no se afecta el resto del periodonto; por lo tanto, no encontramos profundidades de bolsa al sondaje mayores de 3 mm (a no ser que haya pseudo-bolsas), ni detectamos pérdida ósea radiológica. Las lesiones son reversibles con el tratamiento.³⁶

2.2.10.4. Periodontitis

Lesión inflamatoria que daña a los componentes del periodonto. La evolución destructiva da lugar a la migración apical del epitelio de inserción y tejidos periodontales profundos afectados, quedando expuesto el cemento de la raíz y tanto como el ligamento periodontal y el hueso alveolar que estaban rodeando a la superficie de la raíz expuesta se destruyen. Las profundidades de sondaje, van a ser superiores a 3 mm y de recesión gingival son las manifestaciones clínicas principales, que objetivan la llamada *pérdida de inserción clínica* que viene a ser la suma de la retracción gingival más la profundidad de bolsa al sondaje.³⁷

Por otro parte, la falta de soporte óseo se puede intuir mediante la exploración clínica, pero se detecta de forma objetiva mediante una radiografía que permitirá analizar la llamada pérdida ósea radiológica. Hemos de considerar tres aspectos para diagnosticar la periodontitis; los motivos de consulta, los cambios de la encía como la inflamación y signos de destrucción periodontal.³⁷

2.3. Definición de Términos Básicos

1. **Autismo:** Incapacidad del complejo desarrollo, es una condición en la que el cerebro no funciona correctamente.³⁸
2. **Síndrome de Down:** Alteración congénita que está ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21, retraso en el desarrollo normal.³⁹
3. **Asperger:** Trastorno generalizado del desarrollo, caracterizado por una marcada alteración social. A menudo es considerado una forma de autismo de alto funcionamiento. Puede tener dificultad para la interacción social, repetición de conductas y torpeza. Este integra la categoría más amplia de trastorno del desarrollo llamado trastorno de espectro autista.⁴⁰
4. **Septicemia:** Infección grave y generalizada de todo el organismo provocada por existencia de un foco infeccioso en el interior del cuerpo del cual pasan gérmenes patógenos a la sangre.⁴¹
5. **Gingivitis:** Inflamación de las encías, se localizan exclusivamente sobre la encía; no afectan de ningún modo a la inserción ni al resto del periodonto.⁴²
6. **Periodontitis:** Es considerada una enfermedad infecciosa-inflamatoria, que de acuerdo al grado de compromiso puede llevar a la pérdida total de los tejidos de soporte del diente.⁴³
7. **Ligamento Periodontal:** Fija el diente al hueso alveolar, el Ligamento Periodontal tiene la función de soportar las fuerzas de la masticación.⁴⁴

- 8. Encía:** Parte de la mucosa oral que cubre los procesos alveolares de los maxilares, rodeando el cuello de los dientes.⁴⁵
- 9. Cemento Radicular:** Tejido conectivo mineralizado, compuesto por un 50% de material inorgánico.⁴⁶
- 10. Periodonto:** Es el conjunto de estructuras que conforman el órgano de sostén y protección del elemento dentario.⁴⁶
- 11. Recesión Gingival:** Exposición de la superficie radicular del diente debido a la migración del margen gingival; el cual se localiza apical a la unión amelocementaria.⁴⁷
- 12. Cepillado dental:** Eliminación mecánica de la placa dental supragingival y subgingival, llevada a cabo en casa por el propio individuo o, si sus capacidades psicomotrices están limitadas, por los cuidadores del mismo.⁴⁸
- 13. Placa bacteriana (Biofilm):** Es una película incolora, pegajosa componiendo bacterias en una matriz intermicrobiana y azúcares que se forma y adhiere constantemente sobre nuestros dientes o a las restauraciones.⁴⁸
- 14. Desmineralización:** Pérdida seguida de los minerales que conforman el esmalte, y como resultado este se debilita, siendo más propenso a padecer algún tipo de patología.⁴⁹
- 15. Remineralización:** Proceso de ganancia neta de minerales que son atraídos a la estructura molecular del diente en sí mismo. Material calcificado en la estructura dental.⁴⁹

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de Hipótesis Principal y Derivados

3.1.1. Hipótesis Inicial

Hi: Existirá relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes en centros educativos de Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja y María Auxiliadora” de la ciudad de lima 2016.

Ho: No existirá relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes en centros educativos de Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja y María Auxiliadora” de la ciudad de lima 2016.

3.2. Variables; Dimensiones e Indicadores y Definición Conceptual y Operacional

VARIABLE	DEFINICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	CATEGORÍA
VARIABLE INDEPENDIENTE Conocimiento de Salud Bucal	Es un conjunto de información que se almacena mediante la experiencia o el aprendizaje.	Ordinal	Salud bucal	Cuestionario de 12 preguntas: Nivel de conocimiento de salud bucal y conductas de hábitos de higiene oral. ° ¿Cómo prevenir la formación de Caries dental? ° ¿Cómo prevenir el sangrado de las encías? ° ¿Cómo prevenir el mal aliento de la boca? ° De los alimentos que ves a continuación ¿Cuáles crees que pueden favorecer la aparición de Caries dental? ° ¿Qué es el Herpes oral? ° ¿Qué es la Candidiasis oral?	Buena (9-12 puntos). Regular (5-8 puntos).
			Higiene Bucal	° ¿Cuántas veces es recomendable cepillarse los dientes al día? ° ¿Cómo prevenir la formación del sarro en sus dientes? ¿Qué instrumentos se necesitan para obtener una buena higiene oral? ° ¿Cuánto tiempo debe durar su cepillado dental? ° ¿cada cuánto debe cambiar su cepillo de dientes? ° ¿Cuántas veces debe visitar al odontólogo al año?	Mala (0- 4 puntos).
VARIABLE DEPENDIENTE Hábitos de higiene oral	Hábito muy importante para la salud de los dientes de la boca y del organismo completo	Ordinal	Hábitos de Bucal	° Sabe ud, ¿Cuántas veces es recomendable cepillarse los dientes al día? ° ¿Consumes chicle, caramelos o chocolates habitualmente? ° ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes? ° ¿Crees que es importante cepillar tus dientes todos los días para mantener una boca sana? ° ¿Ud. Fuma o ha fumado alguna vez? ° ¿Con qué frecuencia usas seda dental o enjuague bucal?	Buena (5-6 puntos). Regular (3-4 puntos). Mala (0- 2 puntos).

COVARIABLES					
Edad del padre		Ordinal			20 - 29 30 a 39 40 a 49 Mayor de 49
Sexo del padre		Nominal dicotómica		DNI	Masculino Femenino
Grado de instrucción		Ordinal		Último nivel académico logrado	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior
Diagnóstico del niño		Nominal dicotómica		Síndrome de Down Autismo	Síndrome de Down Autismo

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

Cuantitativo, porque es medible. No Experimental, porque no se manipula arbitrariamente ninguna variable. Transversal, porque es en un único tiempo. Correlacional, para ver la relación que existe entre el conocimiento de salud y los hábitos de higiene.

4.2. Diseño muestral

- **Población**

112 padres de niños con habilidades diferentes de centros educativos de “Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja, y María Auxiliadora” de la Ciudad de Lima 2016.

- **Criterios de inclusión**

- Padres de familia cuyos niños presenten habilidades especiales como autismo y síndrome de down.
- Padres donde sus hijos se encuentren matriculados en el colegio Madre Admirable del distrito de San Luis.
- Padres que sus hijos estén matriculados en el centro Educativo María Auxiliadora del distrito de San Borja.
- Padres de familia de niños que se encuentren matriculados en el centro Educativo San Rafael Instituto del distrito de San Borja.

- **Criterios de exclusión**

- Padres que no tengan hijos con habilidades especiales como autismo y síndrome de down.
- Papás que sus hijos no estén matriculados en el centro Educativo Madre Admirable del distrito de San Luis.
- Padres cuyos hijos no estén matriculados en el centro Educativo María Auxiliadora del distrito de San Borja.
- Padres donde sus hijos no se encuentren matriculados en el centro Educativo San Rafael Instituto del distrito de San Borja.

- **Muestra**

La muestra está constituida por un grupo representativo de la población y

Dónde:

$$n^{\circ} = \frac{Z^2 * p * q}{e^2} \quad n' = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{(n^{\circ}-1)}{N}}$$

n= tamaño de la población esperada (para un 95% de IC); n': es el tamaño de la muestra; N= tamaño de la población final; Z= 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%); e= límite de error = 0.05; p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05); q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.5).

Desarrollo de la fórmula:

$$n = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = \frac{3.84 * 0.25}{0.0025} = 384$$

$$n' = \frac{384}{1 + \frac{384-1}{112}} = \frac{384}{1 + \frac{383}{112}} = \frac{384}{\frac{112 + 383}{112}} = \frac{384 * 112}{495} = 87$$

Luego de aplicar la fórmula, se determinó un número muestral de 87 padres que fueron elegidos mediante muestreo probabilístico sistemático.

4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

4.3.1. Técnicas

- **Carta de presentación**

Para la realización del estudio, se necesitó de una carta de presentación de la Escuela de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, donde se mencionó que la investigadora está realizando su Tesis de Titulación.

- **Solicitud de permiso a los centros educativos “Madre Admirable”, “María auxiliadora” y “San Rafael Instituto de San Borja”**

Se llevó a la dirección de cada centro educativo, dirigida a los directores solicitando la autorización para la elaborar la recolección de datos, haciendo preguntas a los padres.

- **Coordinación y obtención de datos**

Una vez obtenida la autorización, se coordinó con cada director la fecha para la realización de las encuestas a los papás de los colegios, la información fue extraída usando la encuesta y un lapicero.

- **Selección de la población de estudio.**

Conforme llegaron los alumnos junto con sus papás, se arrancó a la elección de la población teniendo presente los criterios de selección previamente establecidos.

4.3.2. Instrumento

Se presentó una encuesta que constó de 18 preguntas referidas sobre Conocimientos preventivos de la Salud oral y hábitos de higiene oral para identificar su cultura preventiva, agrupados en 2 secciones, de acuerdo a los objetivos de la investigación:

- a. La primera parte: Contenía 12 preguntas sobre conocimientos preventivos de la Salud oral.

Los puntajes para cada escala fueron:

- Buen (9-12 puntos).
- Regular (5 - 8 puntos).
- Mal (0- 4 puntos).

- b. La segunda parte: 6 preguntas sobre hábitos de higiene bucal.

Los puntajes para cada escala fueron:

- Buena (5 – 6 puntos).
- Regular (3 - 4 puntos).
- Mala (0- 2 puntos).

La encuesta que se utilizó para determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal fue tomada de la tesis “Cultura preventiva y condición de salud oral de los pacientes con VIH/SIDA atendidos en el servicio de Infectología del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo de setiembre a diciembre del 2012” cuyo autor es Pérez Cahuaya, Lisbeth Cynthia. Se le entregó a cada padre la encuesta para ser llenada y atendiendo a cada duda que tuvieran.

4.4. Técnicas del procesamiento de la información

4.4.1. Plan de acciones

Se continuó a la selección de los padres que cumplían con los criterios de selección establecidos; luego realizamos el consentimiento informado explicándoles a los directores de los centros educativos ya mencionados en qué consistía la investigación.

Se comenzó a explicar a los papás en qué consistían el cuestionario. Se inició el llenado de las encuestas para luego pasarlos a revisar.

4.4.2. Implicaciones éticas

La investigación sobre conocimiento de salud bucal y conducta de hábitos de higiene oral, será evaluada por personal capacitado en el campo, sin comprometer la integridad del entrevistado y sin ser expuesto ante el público, preservando la confidencialidad, promoviendo privacidad en los datos que nos brinden y lo que hallemos serán informados al paciente en este caso a los padres. Sin ofrecimiento de estímulos para continuar con la investigación y en caso de que el entrevistado requiera retirarse se le brindará ese derecho.

La prueba a realizar no compromete la integridad física del entrevistado realizándole unas preguntas sobre el tema ya mencionado.

Esta investigación contó con los recursos económicos adecuados, y con la práctica y conocimientos adecuados, cumpliendo las leyes y las normas debidas, que serán realizadas con mucho juicio, empleando la justicia, la responsabilidad y la ética que se le debe brindar al entrevistado, promoviendo un ambiente cómodo y haciendo que se sienta libre de realizar las preguntas.

La información obtenida será confidencial con fines didácticos y si se requiere exponerlo será con el permiso del entrevistado.

4.4.3. Procesamiento de datos

Una vez recolectados los datos éstos fueron registrados y tabulados en una hoja de cálculo, Microsoft Excel XP y el Programa Estadístico SPSS 22.0. Para el análisis correspondiente y se evaluaron los resultados para obtener la información deseada finalmente.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Los datos están presentados en tablas y gráficos. Los datos de los papás evaluados son presentados en tablas de frecuencia agrupadas y gráficos de sectores.

Para la asociación de variables, se utilizó el análisis de Chi cuadrado y tablas de contingencia para las variables nominales, y la prueba de Kruskal-Wallis para la asociación de variables ordinales.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis de tablas y gráficos

Tabla N°1

Relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y los hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima.

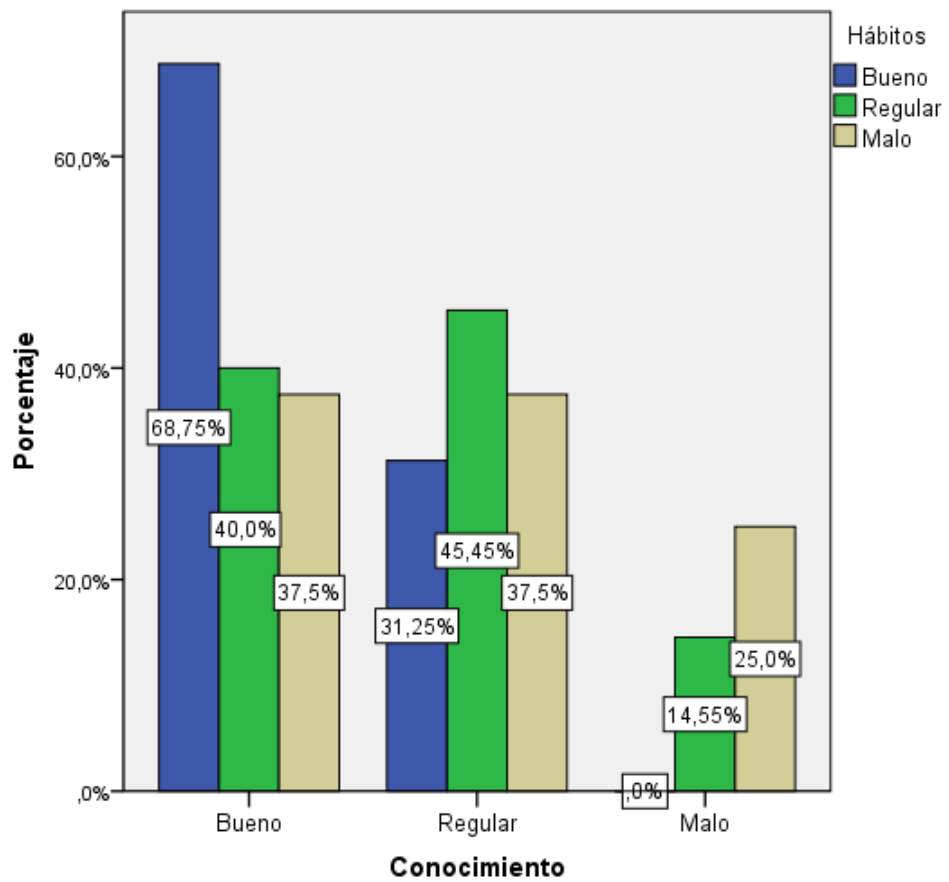
		Hábitos						Valor p
		Bueno		Regular		Malo		
		N	%	N	%	N	%	
Conocimien to	Bueno	11	68,8%	22	40,0%	6	37,5%	0,055
	Regular	5	31,3%	25	45,5%	6	37,5%	
	Malo	0	,0%	8	14,5%	4	25,0%	

Fuente: Propia del autor.

Se observa que, de acuerdo al análisis de Kruskal-Wallis, no se halla relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes ($p > 0,05$).

Gráfico N°1

Relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y los hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima.



Fuente: Propia del autor.

Tabla N°2

Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según sexo.

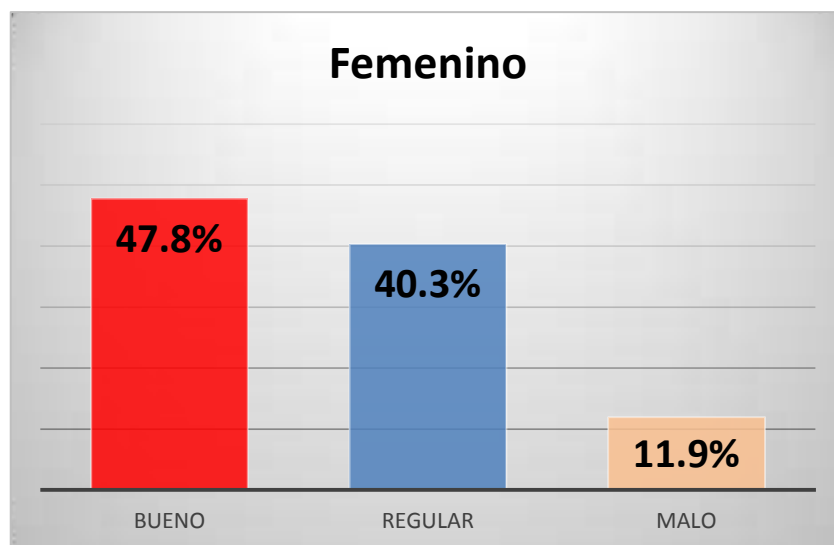
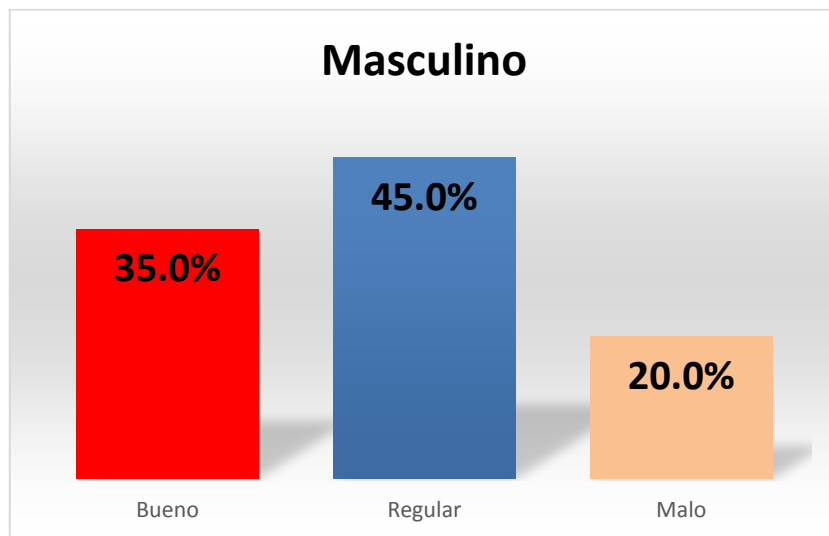
		SEXO				
		Masculino		Femenino		
		N	%	N	%	Valor p
Conocimiento	Bueno	7	35,0%	32	47,8%	0,505
	Regular	9	45,0%	27	40,3%	
	Malo	4	20,0%	8	11,9%	

Fuente: Propia del autor.

En la tabla se observa que 7 padres (35%) tuvieron un conocimiento bueno sobre salud bucal, 9 (45%) regular y 4 (20%) malo. Por otro lado, 32 madres (47,8%) tuvieron un buen conocimiento, 27 (40,3%) regular y 8 (11,9%) malo. Además, se observa que, de acuerdo a la prueba Chi cuadrado, no existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el sexo de los padres. ($p > 0,05$).

Gráfico N°2

Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según sexo



Fuente: Propia del autor.

Tabla N°3

Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según edad.

		EDAD								
		20 a 29		30 a 39		40 a 49		Mayor de 49		
		N	%	N	%	N	%	N	%	Valor p
Conocimiento	Bueno	2	100,0%	6	27,3%	21	55,3%	10	40,0%	0,056
	Regular	0	,0%	11	50,0%	14	36,8%	11	44,0%	
	Malo	0	,0%	5	22,7%	3	7,9%	4	16,0%	

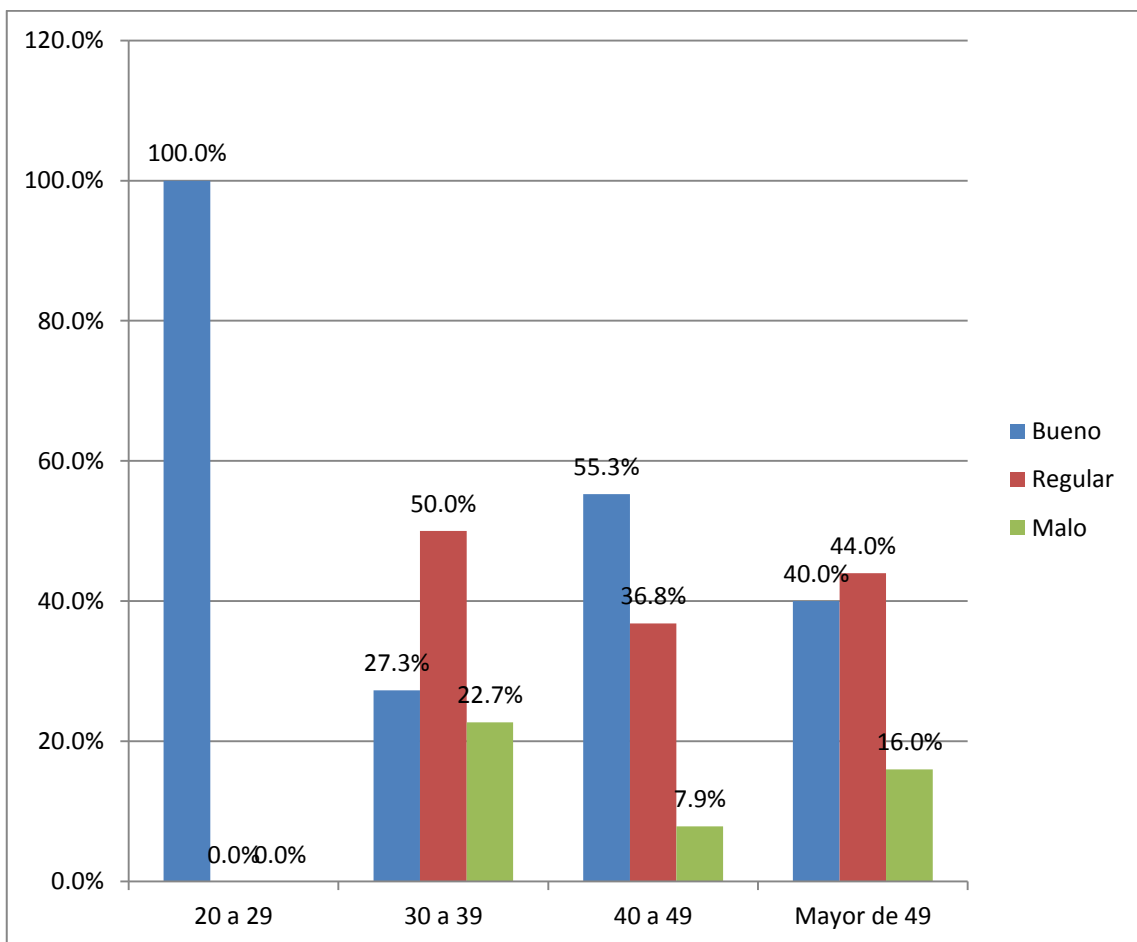
Fuente: Propia del autor.

Observamos que, de los padres entre 20 a 29 años, 2 (100%) tuvieron un buen conocimiento. Entre los 30 a 39 años, 6 (27,3%) un conocimiento bueno, 11 (50%) regular y 5 (22,7%) malo. De los padres de 40 a 49 años, 21 (55,3%) tuvieron un conocimiento bueno, 14 (36,8%) regular y 3 (7,9%) malo. De los mayores de 49 años, 10 (40%) se vio conocimiento bueno, 11 (44%) regular y 4 (16%) malo.

Además, se observa que, al análisis de Kruskal-Wallis, no se halló relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la edad de los padres ($p > 0,05$).

Gráfico N°3

Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según edad.



Fuente: Propia del autor.

Tabla N°4

Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, conforme al diagnóstico del niño.

		Diagnóstico				
		Síndrome de				
		Down		Autismo		
		N	%	N	%	Valor p
Conocimien to	Bueno	11	34,4%	28	50,9%	0,098
	Regular	18	56,3%	18	32,7%	
	Malo	3	9,4%	9	16,4%	

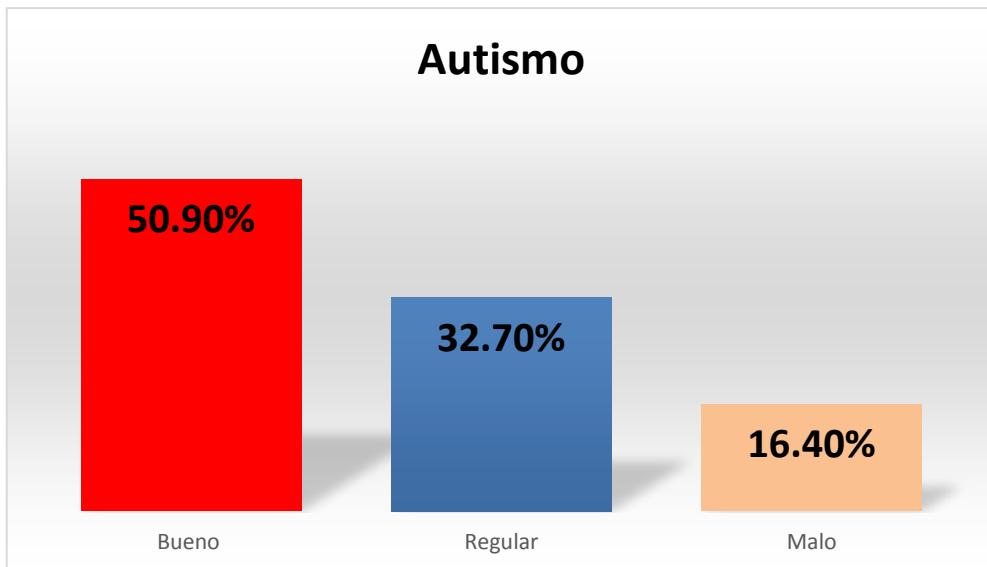
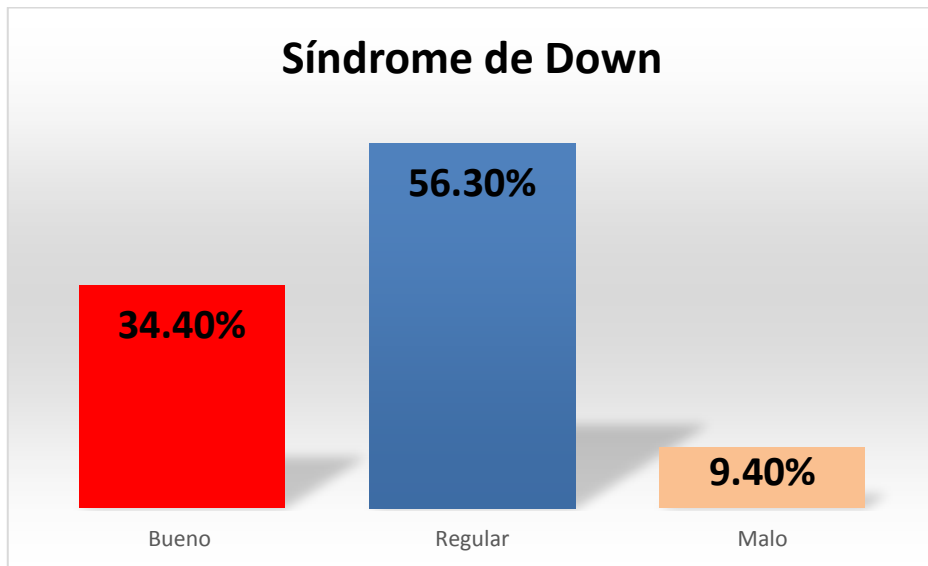
Fuente: Propia del autor.

En la tabla vemos que, de padres cuyos hijos fueron diagnosticados con síndrome de Down, 11 (34,4%) tuvieron un conocimiento bueno, 18 (56,3%) regular y 3 (9,4%) malo. De padres con hijos autistas, 28 (50,9%) tuvieron conocimiento bueno, 18 (32,7%) regular y 9 (16,4%) malo.

Asimismo, notamos que, a la prueba Chi cuadrado, no hay relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el diagnóstico ($p > 0,05$).

Gráfico N°4

Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, conforme diagnóstico del niño.



Fuente: Propia del autor.

Tabla N°5

Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, de acuerdo al grado de instrucción.

		Grado de instrucción						
		Primaria		Secundaria		Superior		
		N	%	N	%	N	%	Valor p
Conocimien to	Bueno	0	,0%	7	21,2%	32	65,3%	0,068
	Regular	3	60,0%	21	63,6%	12	24,5%	
	Malo	2	40,0%	5	15,2%	5	10,2%	

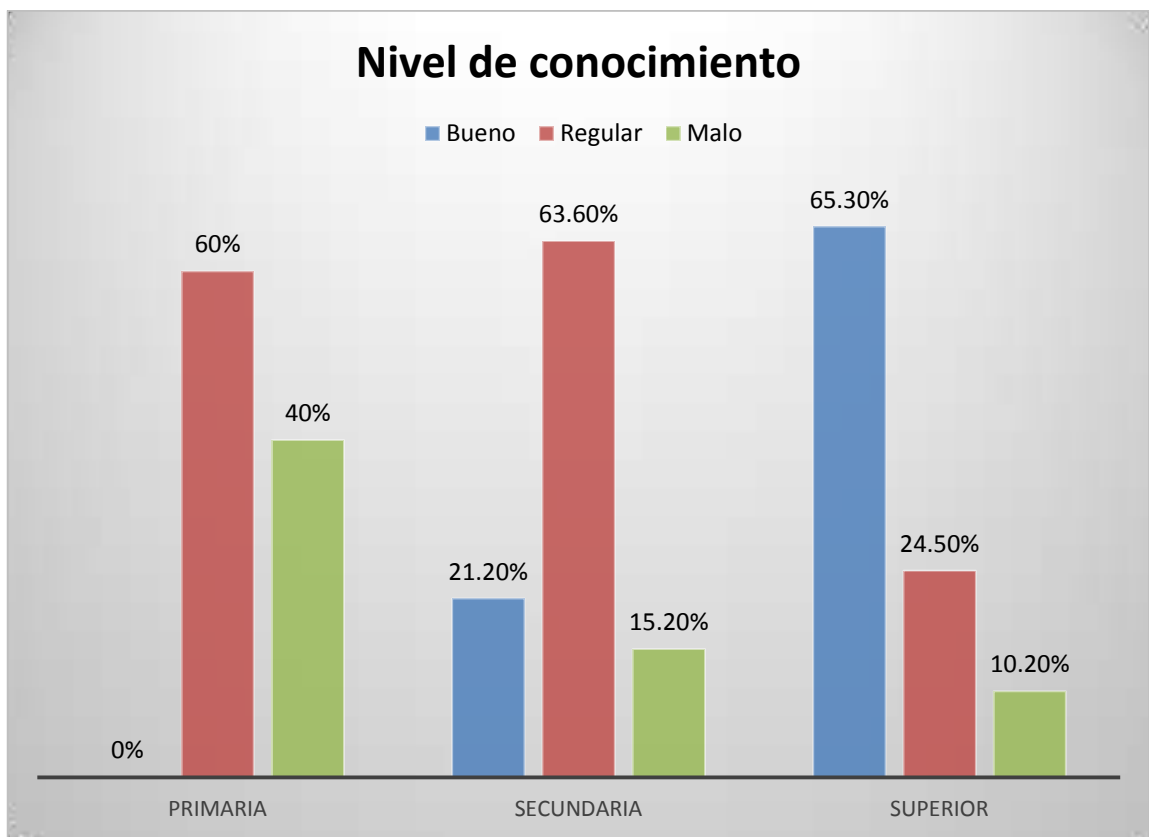
Fuente: Propia del autor.

Observamos en la tabla que, los padres con grado de instrucción primaria, 3 (60%) tuvieron regular conocimiento y 2 (40%) fue malo. Los padres con grado de instrucción secundaria, 7 (21,2%) obtuvo un buen conocimiento, 21 (63,6%) regular y 5 (15,2%) malo. De padres con grado de instrucción superior, 32 (65,3%) fue un buen conocimiento, 12 (24,5%) regular y 5 (10,2%) malo.

Asimismo, se notó que, al análisis de Kruskal-Wallis, no se halla relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción ($p > 0,05$).

Gráfico N°5

Nivel de conocimiento de salud bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, de acuerdo al grado de instrucción.



Fuente: Propia del autor.

Tabla N°6

Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según sexo.

		Sexo				
		Masculino		Femenino		
		N	%	N	%	Valor p
Hábitos	Bueno	2	10,0%	14	20,9%	
	Regular	13	65,0%	42	62,7%	0,444
	Malo	5	25,0%	11	16,4%	

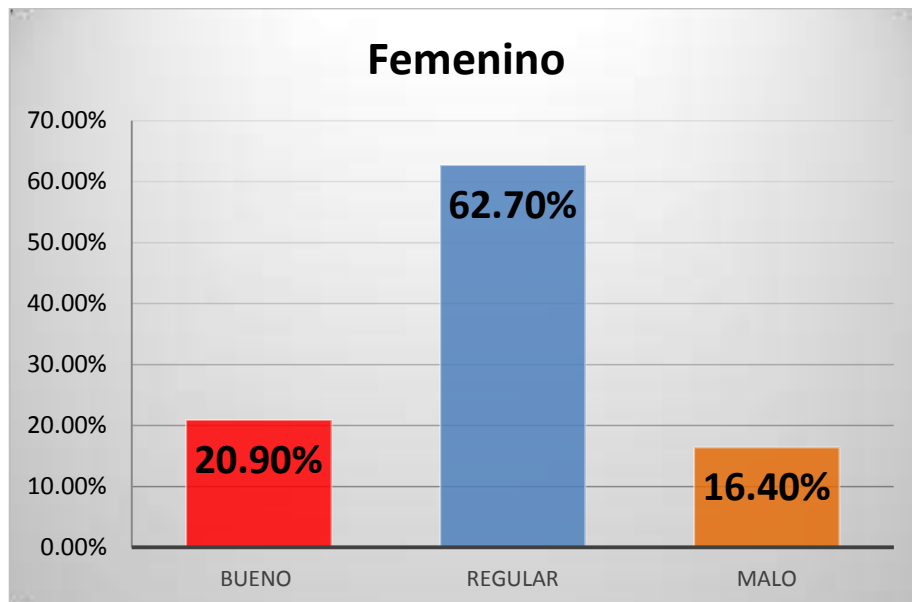
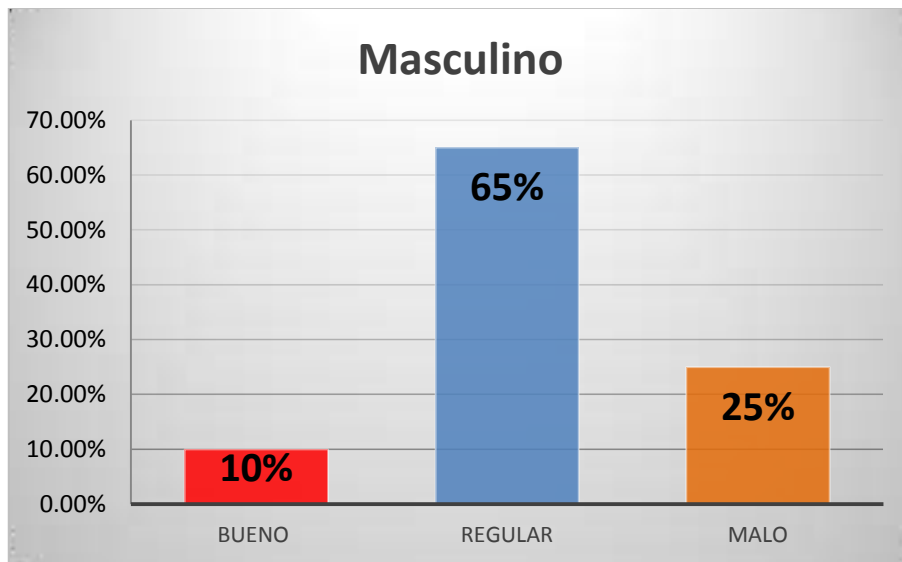
Fuente: Propia del autor.

Vemos que 2 padres (10.0%) tuvieron un buen hábito de higiene oral, 13 (65.0%) un hábito regular y 5 (25.0%) un hábito malo. Por otro lado, 14 madres (20.9%) obtuvieron un buen hábito, 42 (62.7%) un hábito regular y 11 (16.4%) un mal hábito.

Igualmente, se observa que, a la prueba Chi cuadrado, no existe relación estadísticamente significativa entre los hábitos y el sexo de los padres ($p > 0,05$).

Gráfico N°6

Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según sexo.



Fuente: Propia del autor.

Tabla N°7

Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según edad.

	EDAD								
	20 a 29		30 a 39		40 a 49		Mayor de 49		Valor p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hábitos Bueno	0	,0%	4	18,2%	10	26,3%	2	8,0%	
Regular	2	100,0%	18	81,8%	19	50,0%	16	64,0%	0,194
Malo	0	,0%	0	,0%	9	23,7%	7	28,0%	

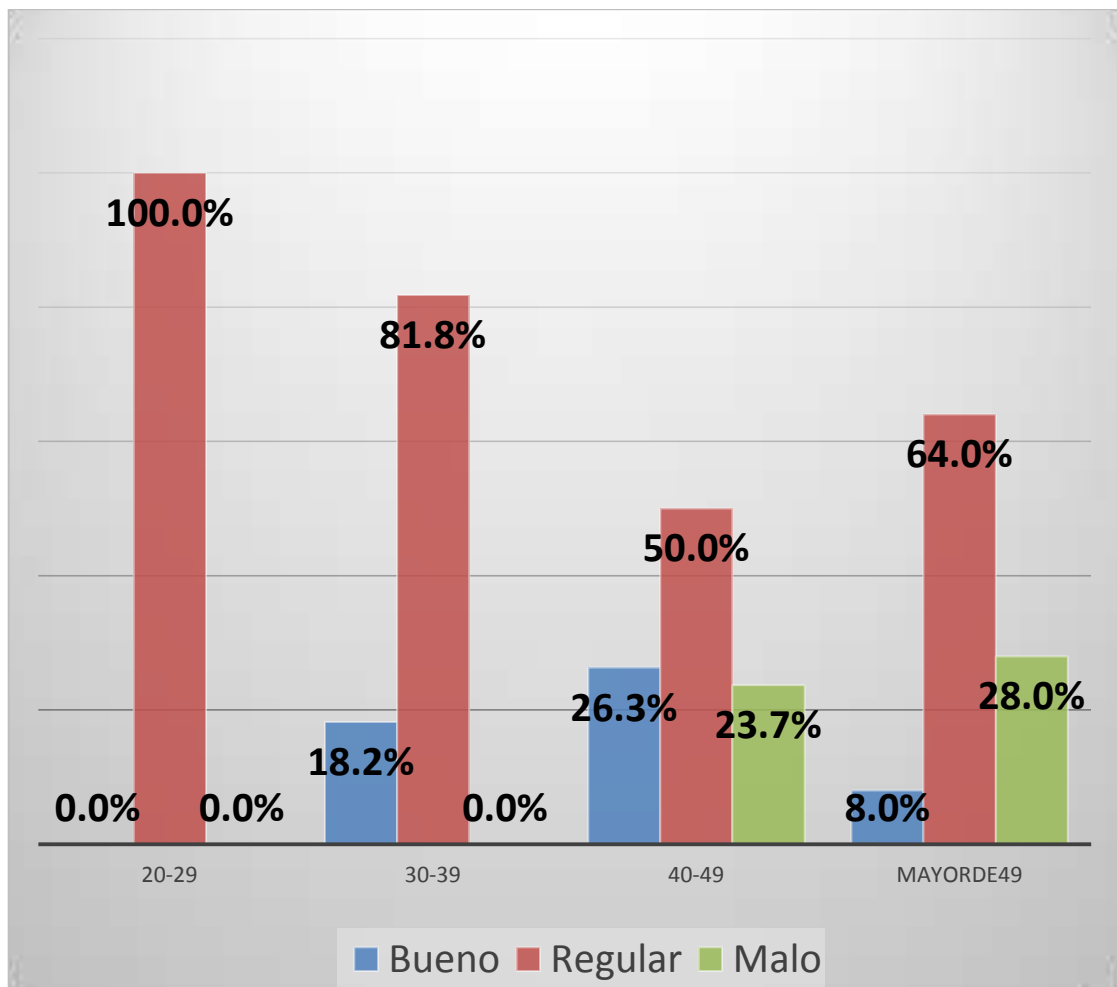
Fuente: Propia del autor.

Observamos que, de los padres entre 20 a 29 años, 2 (100%) se obtuvoun hábito de higiene oral regular. De los padres de 30 a 39 años, 4 (18.2%) un buen hábito, 18 (81.8%) un hábito regular. De los padres de 40 a 49 años, 10 (26,3%) se vio un buen hábito, 19 (50.0%) fue regular y 9 (23.7%) fue malo. De los padres mayores de 49 años, 2 (8.0%) se encontróun hábito bueno, 16 (64.0%) regular y 7 (28.0%) malo.

Igualmente, observamos que, al análisis de Kruskal-Wallis, no se halla relación estadísticamente significativa entre los hábitos y la edad de los padres ($p > 0,05$).

Gráfico N°7

Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, según edad.



Fuente: Propia del autor.

Tabla N°8

Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, conforme al diagnóstico del niño.

		Diagnóstico				
		Síndrome de				
		Down		Autismo		
		N	%	N	%	Valor p
Hábitos	Bueno	5	15,6%	11	20,0%	0,878
	Regular	21	65,6%	34	61,8%	
	Malo	6	18,8%	10	18,2%	

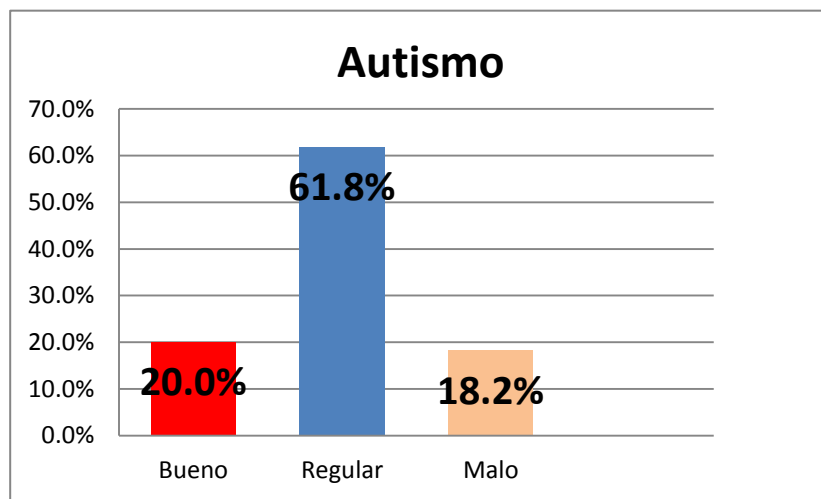
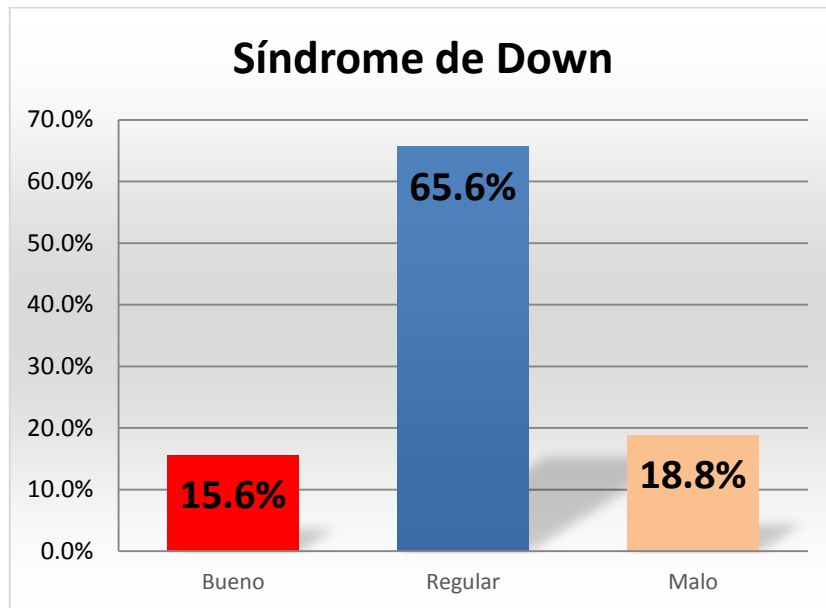
Fuente: Propia del autor.

Observamos en la tabla que, los padres cuyos hijos fueron diagnosticados con síndrome de Down, 5 (15.6) se vieron de hábitos buenos, 21 (65.6%) regular y 6 (18.8%) malo. Los padres cuyos hijos diagnosticados con autismo, 11 (20.0%) fueron de hábitos buenos, 34 (61.8%) regular y 10 (18.2%) malo.

También, observamos que, en la prueba Chi cuadrado, no hay relación estadísticamente significativa entre los hábitos y el diagnóstico ($p > 0,05$).

Gráfico N°8

Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, conforme al diagnóstico del niño.



Fuente: Propia del autor.

Tabla N°9

Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, de acuerdo al grado de instrucción.

	GRADO DE INSTRUCCIÓN						Valor p
	Primaria		Secundaria		Superior		
	N	%	N	%	N	%	
Hábitos Bueno	0	,0%	3	9,1%	13	26,5%	0,100
Regular	3	60,0%	23	69,7%	29	59,2%	
Malo	2	40,0%	7	21,2%	7	14,3%	

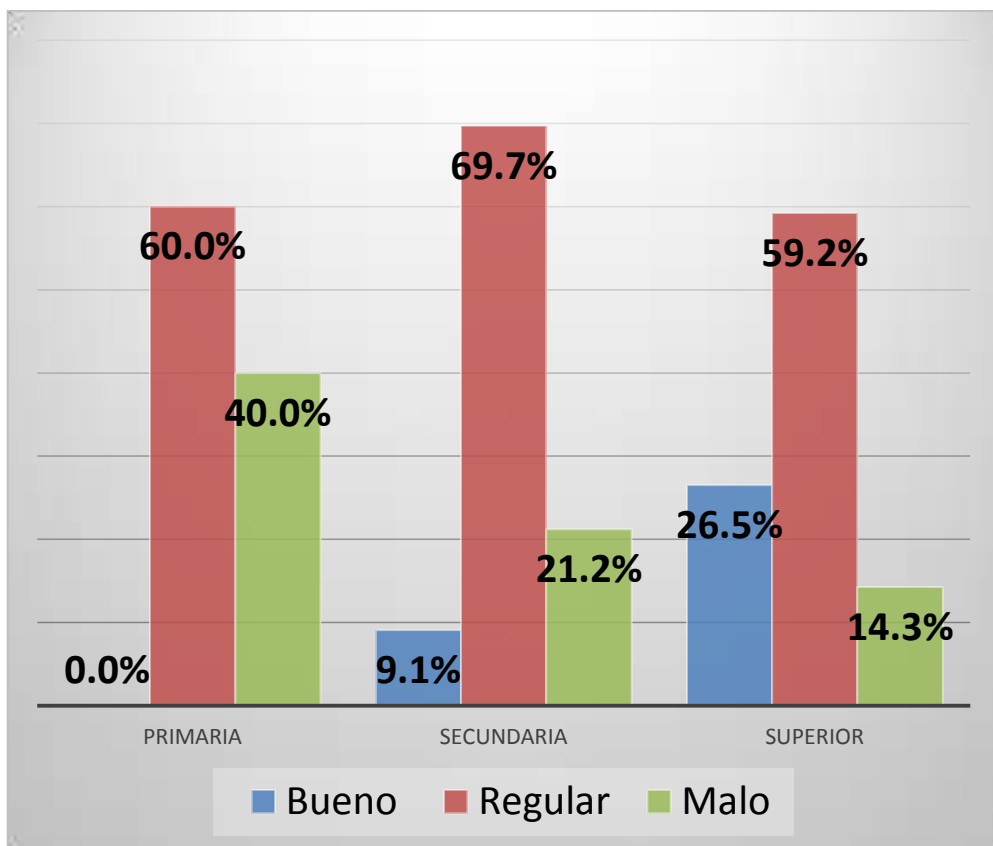
Fuente: Propia del autor.

En el cuadro, los padres con grado de instrucción primaria, 3 (60%) encontramos un hábito regular y 2 (40%) malo. Los padres con grado de instrucción secundaria, 3 (9.1%) fueron hábitos buenos, 23 (69.7%) regular y 7 (21,2%) malo. De padres con grado de instrucción superior, 13 (26.5%) buen hábito, 29 (59.2%) regular y 7 (14.3%) malo.

También, se observa que, al análisis de Kruskal-Wallis, no hay relación estadísticamente significativa entre hábitos y el grado de instrucción ($p > 0,05$).

Gráfico N°9

Hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de tres Centros Educativos de la ciudad de Lima, de acuerdo al grado de instrucción.



Fuente: Propia del autor.

5.2. DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación buscó determinar la relación entre el conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades especiales en centros educativos de San Borja y San Luis.

Se encuestaron a 87 padres de familia de los diferentes centros educativos, llegando a la conclusión de que no se encontró relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral.

Donde hallamos que los padres obtuvieron un buen conocimiento de salud bucal que iba de la mano con el hábito de higiene oral con un 68.8%, los que tuvieron un buen conocimiento obtuvo un regular hábito de higiene oral con un 40%, en el cual empleamos la frase “a veces no aplicamos correctamente el conocimiento que tenemos”, viendo también que a menor conocimiento de salud bucal tenían un mal hábito de higiene oral.

Hallando que los padres con mal conocimiento obtuvieron un mal hábito de higiene oral con un 25% de la población, y que a un regular conocimiento vemos que se obtuvo un regular hábito de higiene con un 45.5%.

En comparación con el estudio de Goveo² donde se vio en la población de madres que se obtuvo un conocimiento insuficiente sobre salud bucal, siendo en este estudio que la población mayor obtuvo un buen conocimiento de salud bucal con un 68.8% según el análisis de Kruskal-wallis. Y aquí la población fue de ambos sexos por ello vemos la diferencia.

En el trabajo de investigación de Pozo³, se evaluó el conocimiento de hábitos de higiene de los padres, donde se halló que fue regular con un 23.0%, en comparación a este trabajo donde se halló que el mayor porcentaje de la población tuvo un conocimiento bueno con un 68.8% del total. Pero se halló que el 45.5% no tenían un regular hábito en la higiene oral.

En el estudio realizado por Carina Mina (Ecuador 2016)⁵, se realizó un estudio basándose en el conocimiento de los padres sobre salud oral, y el estado que se encuentran sus hijos. Dando como resultado que realmente el conocimiento de salud tiene relación con el estado de higiene que se pueda emplear.

A diferencia de lo que se encontró en este trabajo ya que no se halló relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de higiene y los hábitos que emplean los padres de familia.

Vemos también en el estudio de investigación de Vásquez (Perú, 2009)⁶, en el cual se dedujo que el conocimiento que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes.

Los estudios obtenidos nos revelaron que el **nivel de conocimiento de salud bucal con relación al sexo**, fue que en el sexo femenino obtuvo un conocimiento bueno con un 47,8%, y que el sexo masculino obtuvo un conocimiento regular con un 45,0% dando, así como conclusión de que no existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y género. Haciendo mención que la mayor parte de la población eran del sexo femenino.

Así mismo en la investigación de Pérez (Perú 2015)⁹, el nivel de conocimiento en padres de niños con habilidades especiales fue en el varón un buen conocimiento de 38.16%, y la mujer fue un conocimiento regular 46.55%, donde no existió diferencia estadísticamente significativa, concordando en su resultado final.

En cuanto al **nivel de conocimiento de salud bucal con respecto a la edad**, se vio que los padres de familia que se encontraban entre el rango de 20 – 29 obtuvo un conocimiento bueno de 100% siendo solo 2 personas las encuestadas, y de 30 – 39 obtuvo un conocimiento regular de 50.0%, y en la edad de 49 a más años un 44%, concordando con los resultados de la investigación de Pérez (Perú 2015)⁹, donde se encontró el conocimiento fue regular siendo 41.46% y 41.27% para los grupos de 20 - 30 y 30 - 45 años respectivamente, existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años siendo 36.17%. Donde se ve que la población más adulta tiene un mejor conocimiento sobre salud bucal, creyendo posible que esto suceda por la mayor promoción de salud que se encuentra ahora por diversos medios como el internet.

En cuanto al **nivel de conocimiento de salud bucal con relación al grado de instrucción**, los resultados fueron el nivel primario fue un conocimiento regular siendo 60%, para los de nivel secundaria un 63.6% y los de nivel superior un conocimiento bueno 65.3%, llegando a la conclusión de que no hay relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y el grado de instrucción de los padres ($p>0,05$).

A diferencia del trabajo de investigación de Pérez⁹ donde hubo diferencia significativa entre los de nivel primaria con los de nivel secundaria y superior ($p=0.0289$), ya que ellos los relacionaron entre los niveles de instrucción y no relacionando a cada nivel con el conocimiento.

En el artículo de Jorge Reyes¹⁰, se encuestaron a 102 (61.8%) padres de familia y a 65 (38.92%) madres, trayendo consigo mayor cantidad de entrevistados en el sexo masculino, siendo todo lo contrario con este estudio ya que hubo mayor cantidad de mujeres entrevistadas que de hombres, ya que mayormente son ellas las que se encargan de los niños, en ocasiones se llegaba a entrevistar algunos tutores, ya que ambos padres se encontraban trabajando, pero no superaban la cantidad necesaria por ellos lo dividimos sólo en sexo femenino y masculino.

En el mismo artículo vemos que emplearon el conocimiento según la edad, donde los padres tenían mayormente entre 40 – 49 años, igual que en este estudio donde la mayor parte de padres de ambos sexos tenían las mismas edades al ser entrevistados.

Aquí mismo vemos que la mayoría de los padres de familia tenían un grado de instrucción secundaria con un 52.69%, contrario a este estudio donde el grado de instrucción de la mayoría de padres era superior, pero con un porcentaje de 59.2%. Trayendo como conclusión que existe relación entre el grado de instrucción y el conocimiento de higiene. Contrario a este estudio donde no se halló relación estadísticamente significativa.

El nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres con niños con habilidades diferentes observamos en el trabajo de Marchena¹¹, se halló que los padres tenían un conocimiento regular con 52.9%, diferente al que se halló en esta investigación, donde el 68.8% obtuvo un buen conocimiento.

En el trabajo de Luna¹², vemos que relacionan el conocimiento de salud bucal con el sexo de los padres, donde se halló que el sexo femenino obtuvo un conocimiento regular 55.60%, y el sexo masculino un conocimiento bajo 66.70%, en este trabajo se halló que el sexo masculino obtuvo un conocimiento regular con 45.0% y el sexo femenino un conocimiento bueno con un 47.8%, ambas coinciden que el sexo femenino está más informado sobre la salud bucal, cabe señalar que en esta investigación se trabajó con 3 rangos que son buen, regular y mal, y en el trabajo de Luna se trabajó solo con 2 rangos (bajo y regular).

En el mismo estudio vemos la relación del conocimiento según la edad de los padres donde se encontró que los de 51 años a más obtuvieron un conocimiento bajo del 71.40%, y las edades entre 36 a 50 años un regular conocimiento, en este trabajo los intervalos de las edades son diferentes y se ve que mayor de 49 años a más el conocimiento es regular diferente al ya dado, y las edades entre los 30-39 y 40-49 se encontró un conocimiento regular y bueno respectivamente, coincidiendo ahí con el estudio de Luna.

Los resultados llegan a ser diferentes en cada trabajo, en este quisimos ver si había relación entre el conocimiento de los padres y los hábitos de higiene que emplean al momento de realizarlos en sus hijos y en ellos mismos. Dando como resultado de que no presentaban relación, teniendo en cuenta que la falta o una mala técnica de higiene oral trae consigo enfermedades bucales más aún en personas especiales, donde necesitan la ayuda de alguien más. Viendo también los factores ambientales, socioculturales y económicos, que influyen mucho en el aprendizaje.

CONCLUSIONES

1. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento en salud bucal y los hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes.
2. No se halló relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de salud bucal y el sexo, al igual que el hábito de higiene oral y el sexo.
3. Se halló que el 45% del género masculino obtuvo un conocimiento de salud bucal regular. Mientras que el 47.8% del sexo femenino obtuvo un conocimiento bueno sobre la salud bucal.
4. Se halló que el 55.3% de las edades de 40 a 49 años obtuvieron un conocimiento bueno sobre salud bucal, seguido por el 50% de la población entre las edades de 30 a 39 años donde se halló un regular conocimiento.
5. Se halló que el 56.3% de padres de niños con Síndrome de Down obtuvo un regular conocimiento en salud bucal, a diferencia con la población de padres con niños Autistas que obtuvo un 50.9% de buen conocimiento.
6. Se halló que el 65.3% de la población de grado superior obtuvo un buen conocimiento sobre salud bucal. Seguido por la población de grado secundario que se obtuvo un regular conocimiento con 63.6%.
7. Se halló que el 65% de la población masculina y el 62.7% de la población femenina obtuvieron un regular hábito de higiene oral. Donde no se halló relación estadísticamente significativa.

- 8.** Se halló que el 81.8% de la población de edades de 30 a 39 años obtuvo un hábito de higiene oral regular, y la población de 40 a 49 años obtuvo un hábito bueno con 26.3%. Donde no se halló relación estadísticamente significativa entre el hábito de higiene oral y la edad de los padres.
- 9.** Se halló que el 65.6% de la población de padres de niños con Síndrome de Down, y 61.8% de padres de niños con autismo, obtuvieron un regular hábito de higiene oral. Donde no se halló relación estadísticamente significativa.
- 10.** Se halló que el 69.7% de la población secundaria y el 59.2% de la población superior, obtuvieron un regular hábito de higiene oral. Y el 26.5% del grado superior obtuvo un buen hábito de higiene oral. Donde no se halló relación estadísticamente significativa.

RECOMENDACIONES

- Realizar programas educativos y preventivos sobre salud bucal para los padres hijos con habilidades diferentes.
- Realizar programas didácticos sobre los hábitos de higiene oral tanto a padres como a los docentes y familiares encargados de los niños.
- Realizar un estudio en una población mayor, incluyendo otros diagnósticos como el Síndrome de Asperger y sordo – mudos, para obtener mayores datos que puedan enriquecer el tratamiento de estos pacientes.
- Incrementar charlas y talleres a los odontólogos para así poder brindar una mejor atención a los niños con habilidades diferentes.
- Implementar dentro de las actividades escolares, cursos prácticos de higiene oral a los niños con habilidades diferentes.
- La creación de una escuela para padres o tutores que tengan niños con habilidades diferentes, donde se pueda dar inicio o reforzar el conocimiento en salud bucal.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **Perdomo B., Torres D., Paredes Y.** Síndrome de Down e higiene bucal: lineamientos para padres, cuidadores y docentes. [internet]. RevVenezInvestOdont IADR 2014; 2 (2):156-169. Disponible en: <file:///C:/Users/Jackie/Downloads/5335-19918-1-SM.pdf>
2. **GoveoAndrangoVZ.** Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres del centro infantil de desarrollo integral de los niños con discapacidad la joya provincia de Imbabura Cantón Otavalo, periodo 2015. [Tesis]. Universidad Central de Ecuador. Quito; 2015.
3. **Pozo Villarreal LA.** Conocimiento de los padres de familia y docentes sobre los hábitos higiénico-dietéticos de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en el instituto fiscal de educación especial, periodo 2016. [Tesis]. Universidad Central de Ecuador, Quito; 2016.
4. **Pineda Vásquez CS.** Conocimiento sobre higiene oral en padres y madres de familia y su relación con el nivel de caries en individuos de 6 a 8 años de edad de la unidad educativa municipal “Eugenio Espejo”. [tesis] Universidad Central del Ecuador. Quito; 2016.
5. **Mina Bedoya CE.** Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral. [tesis] Universidad Central del Ecuador. Quito; 2016.
6. **Vásquez Mejía M.** Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. [Tesis]. Universidad Nacional Federico Villareal. Lima; 2009.

7. **HolguinChumacero LE.,Oyola Burgos MS.** Nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque. [Tesis]. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo. Chiclayo; 2014.
8. **ToblerGarcia DC.,Casique Gonzales LD.** Relación entre la caries dental en pre-escolares de la I.E. “Los Honguitos” y el nivel de conocimiento de las madres sobre salud oral. distrito Iquitos – Maynas 2014. [Tesis]. Universidad Nacional De Amazonia Peruana. Iquitos; 2014.
9. **Pérez Sánchez RM.** Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo 2015, [Tesis]. Universidad Privada Antenor Orrego; Trujillo 2015.
10. **Reyes Jorge., Paz Soldan Paúl.,et al.** Relación entre los conocimientos de los padres con hijos adolescentes con discapacidad intelectual con la caries e higiene oral. Rev. Evid. Odontol. Clinic. Ene-Jun 2016 – Vol. 2 – Num.1
11. **Marchena Pejerrey ZE.** Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la victoria. periodo 2015, [tesis]. Universidad Señor De Sipán; Lima 2015.
12. **Luna Cauna, Y.** Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales. Periodo 2016. [Tesis] Universidad Nacional Del Altiplano. Puno; 2016.

13. **Gutiérrez Lizardi P., Gutiérrez Jiménez H.** Urgencias Médicas en Odontología. [Internet]. 2da ed. México D.F. 2012.
14. **Ruiz Reyes R.** Síndrome De Down y Logopedia. Lenguaje de los deficientes mentales. 1era ed. España. Febrero 2009.
15. **Corretger JM., Serés A., Casadaliga J., Trias K.** Síndrome de Down: aspectos médicos actuales. Masson, S.A. Barcelona. 2005.
16. **Ruiz Reyes R.** Síndrome De Down y Logopedia. Lenguaje de los deficientes mentales. 2da ed. España. Marzo 2010.
17. **Culebras Atienza E., Silvestre-Rangil J., Silvestre Donat FJ.** Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de Down. Valencia. RevEspPediatr 2012; 68(6): 434-439
18. **Vela Gálvez I.** Efecto de la aplicación tópica de un enjuagatorio en base a Xilitol, flúor y manzanilla (Ortodent) en un grupo de pacientes con Síndrome de Down. [Tesis] Universidad San Francisco de Quito. Quito; 2007.
19. **Amodia De La Riva J., M^a Auxiliadora AF.** Trastorno de autismo y Discapacidad Intelectual. Valdecilla. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33079518/capitulo03.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492153183&Signature=pfucGFh%2FbmHV7F4Kcuxr%2BB87nTQ%3D&responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DFORAMINIFEROS_BENTONICOS_DEL_TALUD_CONTI.pdf
20. **Martos Pérez J., Pérez Juliá M.** Autismo: un enfoque orientado a la formación en logopedia, 1ª edición. Valencia. 2000.

21. **Gómez Legorburu B., Badillo Perona V., et al.** Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistemática. [Internet] CientDent 2009; vol. 6; n° 3: pag. 207-215.
22. **Santillán Condori JM.** Nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud. [Tesis] Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Perú; 2009.
23. **Enrile de Rojas F., Fuenmayor Fernández V.** Manual de Higiene Bucal. 1ª ed. Buenos Aires. 2009 XVI.
24. **Harpenau LA., Kao RT., et al.** Periodoncia e Implantología dental de Hall: Toma de decisiones. 1ª edición. Mexico. D.F 2014,
25. **Ferro Camargo MB., Gómez Guzmán M.** Fundamentos de la odontología. Periodoncia. Pontificia Universidad Javeriana. 2^{da} edición. Bogotá. noviembre de 2007.
26. **López Torres RG.** Eficacia de la técnica de Bass Modificada con cepillos dentales existentes en el mercado ecuatoriano para la eliminación de placa bacteriana en pacientes entre 15 y 18 años de edad. [Tesis]. Universidad de las Américas. Quito; 2015.
27. **Gutiérrez López E., Iglesias Esquiroz PA.** Técnicas de ayuda odontológicas/ estomatológicas. Madrid. 2009.
28. Recomendaciones sobre el uso de fluoruros para prevenir y controlar la caries dental en los Estados Unidos. [Internet]. ScieloPublicHealth. Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health 11(1), 2002.
Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n1/7900.pdf>

29. **Echeverría García JJ.,PumarolaSuñé J.** El manual de odontología. 1a edición. Barcelona; 1995.
30. **Barbería E., Cárdenas D., Suárez M., Maroto M.** Fluoruros tópicos: Revisión sobre su toxicidad. RevEstomatol Herediana 2005;15(1): 86 – 92
31. **Lindhe J.** Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ta Ed. Buenos Aires, 2009. Vol. 2.
32. **George Jack E.** El manual del autismo: información fácil de asimilar, visión, perspectivas y estudios de casos de un maestro de educación especial. 1º Ed. Canadá. 2009. 180
33. **Corretger Josep M., Serés Agustín C., Jaume Trias K.** Síndrome de Down, aspectos médicos. España 2005. 201 – 203 p.
34. **Gennaro AR.** Remington Farmacia. 20ª ed. Buenos Aires. 2003. Vol. I, 1408 p.
35. **Naranjo Flórez RA.**Avances y perspectivas en Síndrome de Asperger. NOVA - Publicación Científica en Ciencias Biomédicas - Issn: 1794-2470 - Vol. 12 No. Colombia 21 Enero - Junio de 2014.
36. **Mayorga Espichán M.** Estrategias para mejorar la sobrevivencia de los pacientes con sepsis severa. Acta Med Per 27(4) 2010.
37. **MatesanzPérez P., Matos Cruz R., et al.** Enfermedades gingivales: una revisión de la literatura, AvPeriodonImplantol. 2008; 20, 1: 11-25. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/peri/v20n1/original1.pdf>
38. **Botero Bedoya.** Determinantes del diagnóstico periodontalRev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral vol.3 no.2 Santiago ago. 2010.

39. **G. Di Fabio de Cosso M.C., Nacucchio Y. Zabala, A.A.Cosso.**
Ligamento Periodontal Humano: comportamiento de sus células en cultivo in-vitro frente a un andamio tisular utilizado para reparar defectos óseos, FundaciónJuanJoséCarraro | N° 36 | Septiembre - Octubre 2012.
40. **Albright JJ.** Electron Microscope Studies of Keratinization as Observed in Gingiva and Cheek Mucosa. Ann. New York Acad. Se., 85:351, 1960
41. **PulitanoManisagian GE., Nuñez FL., et al.** El rol de los restos epiteliales de Malassez en el ligamento periodontal. Cátedra de Histología y Embriología. Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires. Rev. Fac. de Odon. UBA · Año 2012 · Vol. 27 · N° 62.
42. **InjanteOrmeño P., Tuesta Da Cruz Orlando., Estrada Vitorino M., Liñán DuránC.** Recesión gingival y tratamiento de ortodoncia. Reporte de caso interdisciplinario. RevEstomatol Herediana. 2012; 22(1):31-36.
43. **Gil Loscos F., Aguilar Agulló M.J., et al.** Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual. Periodoncia y osteointegración. Volumen 15 Número 1 Enero-Marzo 2005.
44. **Castellanos JE., Marín LM., et al.** La remineralización del esmalte bajo el entendimiento actual de la caries dental. UnivOdontol. 2013 Jul-Dic; 32(69): 49-59.

ANEXO

ANEXONº 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo..... Identificado con DNI N°
.....he sido informado por el bachiller JACKELYN SMITH PORRAS
JARA sobre el estudio que está realizando.

Por lo tanto, expreso mi consentimiento para participar del trabajo de investigación
**“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL Y LA CONDUCTA
DE HÁBITOS DE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON
HABILIDADES DIFERENTES EN LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LOS DISTRITOS DE
SAN LUIS Y SAN BORJA EN LIMA 2016”**, dado que he recibido toda la información
necesaria de lo que incluirá el mismo los cuales fueron proporcionadas por el
investigador.

Dejo certificado de mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el
momento que yo lo decida. Así mismo los datos que voy a proporcionar son fidedignos
y de carácter estricto para el siguiente trabajo y no para otros fines.

FECHA:

FIRMA

ANEXO N°2: CUESTIONARIO



Diagnóstico: Fecha:

Nombre y Apellido del niño.....

Nombre y Apellido del Padre o Apoderado.....

Edad del Niño: Edad del Padre.....

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 salud bucal y los hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

A) SALUD ORAL

1. Sabe Ud. ¿Cómo prevenir la formación de Caries dental?

- a) Cepillado de los dientes, con un método y cepillo adecuados, para conseguir la eliminación de la placa.
- b) Evitar el consumo de alimentos ricos en azúcares.
- c) Utilización de Flúor.
- d) Todas las anteriormente mencionadas son verdaderas
- e) No sé cómo prevenir la caries dental

2. Sabe Ud. ¿Cómo prevenir el sangrado de las encías?

- a) Cepillarse los dientes adecuadamente después de cada comida.
- b) Usar enjuague bucal después de cada cepillado.
- c) Usar seda dental después de cada comida.
- d) Evitar el consumo de tabaco
- e) Todas las anteriormente mencionadas son verdaderas
- f) No sé cómo prevenir el sangrado de las encías

3. Sabe Ud. ¿Cómo prevenir el mal aliento de la boca?

- a) Cepillarse los dientes adecuadamente después de cada comida.
- b) Usar enjuague bucal después de cada cepillado.
- c) Usar seda dental después de cada comida.
- d) Todas las anteriormente mencionadas son verdaderas
- e) No sé cómo prevenir el mal aliento.

4. De los alimentos que ves a continuación ¿Cuáles crees que pueden favorecer la aparición de Caries dental?

- a) Chocolate, helados, golosinas, caramelos
- b) Carne, pescado, ensalada
- c) Verduras, huevo, leche
- d) No sé

5. Sabe Ud. ¿Qué es el Herpes oral?

- a) Es una infección de los labios, la boca o las encías debido al virus del herpes simple y producen ampollas pequeñas y dolorosas.
- b) Se produce cuando mis defensas están muy altas.
- c) Se produce por cepillarme muchas veces los dientes.
- d) No sé la respuesta.

6. Sabe Ud. ¿Qué es la Candidiasis oral?

- a) Es producida por un hongo y aparece como lesiones blanquecinas en la boca y en la lengua.
- b) Es producida por la Caries dental
- c) Es similar a la enfermedad de las encías
- d) No sé la respuesta

B) HIGIENE BUCAL

7. Sabe Ud. ¿Cuántas veces es recomendable cepillarse los dientes al día?

- a) Sí, tres veces al día
- b) Sí, dos veces al día
- c) Sí, una vez al día
- d) No sé

8. Sabe Ud. ¿Cómo prevenir la formación del sarro en sus dientes?

- a) Cepillarte los dientes después de cada comida (mínimo tres veces al día)
- b) Usar la seda o hilo dental a diario.
- c) Usar pasta de dientes con flúor.

- d) Comer menos dulces porque es el alimento preferido de las bacterias de la boca.
- e) Visitar a tu dentista una o dos veces al año para que te haga una limpieza profunda.
- f) Todas las anteriormente mencionadas son verdaderas
- g) No sé cómo prevenir la formación del sarro en mis dientes.

9. Sabe Ud. ¿Qué instrumentos se necesitan para obtener una buena higiene oral?

- a) Sí, cepillo dental, pasta dental, enjuagatorio bucal y la seda dental
- b) Sí, solamente cepillo dental y pasta dental
- c) No sé

10. Sabe Ud. ¿Cuánto tiempo debe durar su cepillado dental?

- a) Entre 2 y 3 minutos
- b) Entre 1 y 2 minutos
- c) Menos de un minuto
- d) Más de 3 minutos
- e) No sé

11. Sabe Ud. ¿cada cuánto debe cambiar su cepillo de dientes?

- a) Sí, cuando las cerdas se desgastan y/o cada tres meses
- b) Sí, cuando las cerdas se desgastan y/o cada seis meses
- c) Una vez al año
- d) No sé

12. Sabe Ud. ¿Cuántas veces debe visitar al odontólogo al año?

- a) Sí, dos o más veces al año

b) Sí, una vez al año

c) No sé

C) HÁBITOS DE HIGIENE ORAL

13. Sabe Ud. ¿Cuántas veces es recomendable cepillarse los dientes al día?

a) Sí, tres veces al día

b) Sí, dos veces al día

c) Sí, una vez al día

d) No sé

14. ¿Consumes chicle, caramelos o chocolates habitualmente?

a) Sí esporádicamente

b) Menos de una vez a la semana

c) Cada 2 o 3 veces a la semana

d) Una vez al día

e) Más de una vez al día

f) Nunca

15. ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?

a) Tres o más veces al día

b) Dos veces al día

c) Una vez al día

d) De vez en cuando

e) Menos de una vez a la semana

16. ¿Crees que es importante cepillar tus dientes todos los días para mantener una boca sana?

- a) Muy importante
- b) Importante
- c) Poco importante
- d) Nada importante

17. ¿Ud. Fuma o ha fumado alguna vez?


- a) Nunca he fumado
- b) Fumaba, pero ya lo dejé hace más de un año
- c) Fumaba, pero ya lo dejé hace menos de un año
- d) Si, actualmente fumo

18. ¿Con qué frecuencia usas seda dental o enjuague bucal?

- a) Nunca
- b) Menos de una vez a la semana
- c) Menos de una vez al mes
- d) Al menos una vez a la semana
- e) Una o más veces al día

ANEXO N 3º

FIGURA N°1: SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDA A LOS DIRECTORES.

 **UAP** | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Pueblo libre, 17 de octubre del 2016

**DIRECTOR DE:
INSTITUCION EDUCATIVA MARIA AUXILIADORA**

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la alumna **PORRAS JARA JACKY SMIT**, con código de alumna **2010150886**, de la Escuela Académico Profesional de Estomatología -Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "INFLUENCIA SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL Y LA CONDUCTA DE HABITOS DE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS "MADRE ADMINRABLE, SAN RAFAEL INSTITUTO DE SAN BORJA Y MARIA AUXILIADORA" DE LA CIUDAD DE LIMA-2016."

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,




Dra. MIRIAM DE ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FIGURA N°2: SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDA A LOS DIRECTORES

 **UAP** | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Pueblo libre, 17 de octubre del 2016

**DIRECTOR DE:
INSTITUTO DE SAN BORJA "SAN RAFAEL"**

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la alumna **PORRAS JARA JACKY SMIT**, con código de alumna **2010150886**, de la Escuela Académico Profesional de Estomatología -Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud -Universidad Alas Peruanas, que me honro en dirigir, quien necesita recoger información que le permita realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "INFLUENCIA SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD BUCAL Y LA CONDUCTA DE HABITOS DE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES DE LOS CENTROS EDUCATIVOS "MADRE ADMINRABLE, SAN RAFAEL INSTITUTO DE SAN BORJA Y MARIA AUXILIADORA" DE LA CIUDAD DE LIMA-2016."

A efectos de que tenga usted a bien brindarle las facilidades del caso.

Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,


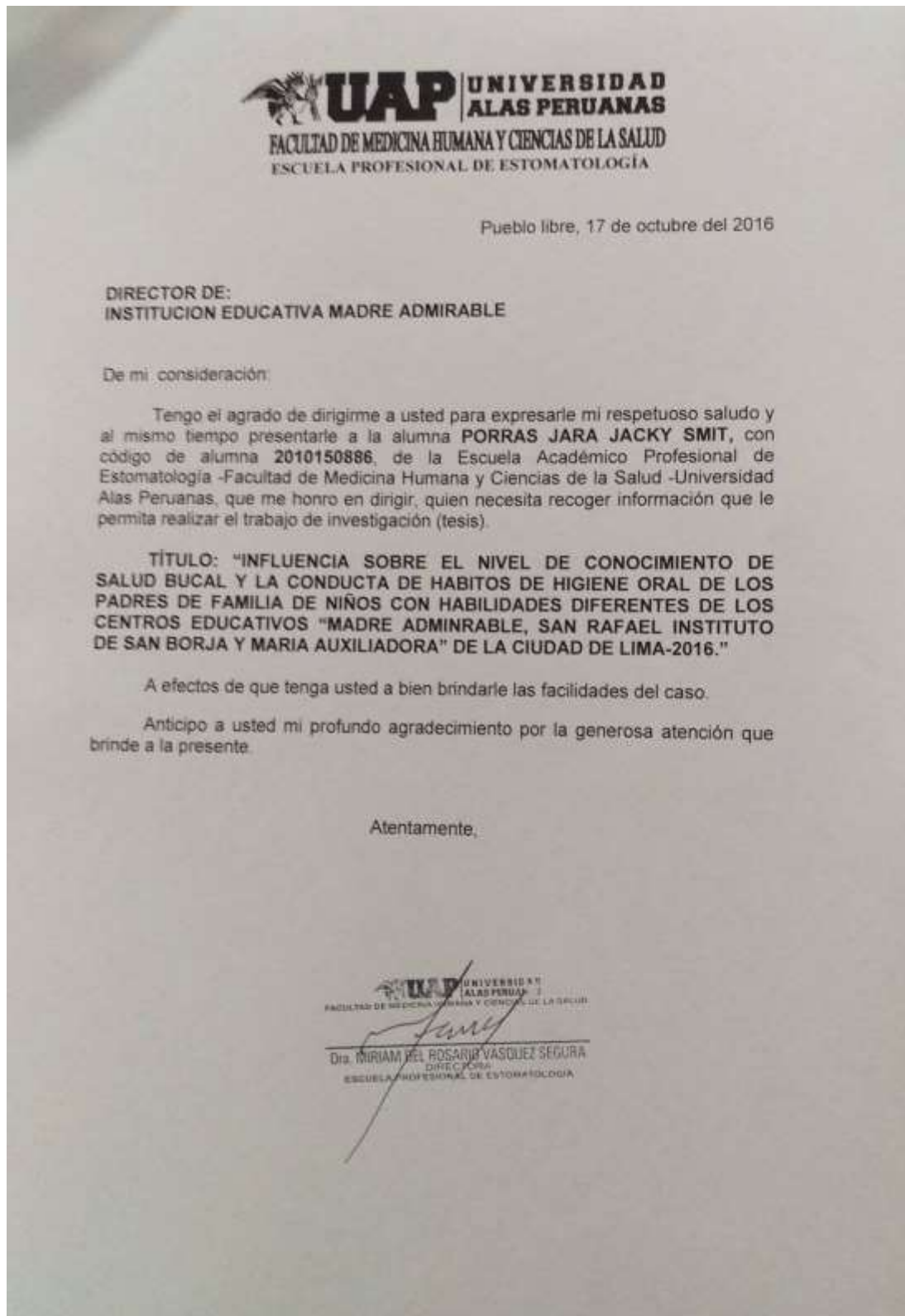

DR. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

FIGURA N°3: SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDA A LOS DIRECTORES



ANEXON° 4

FIGURA N°1: AUTORIZACIÓN DE PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDA A LOS DIRECTORES



FIGURA N°2: AUTORIZACIÓN DE PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDA A LOS DIRECTORES

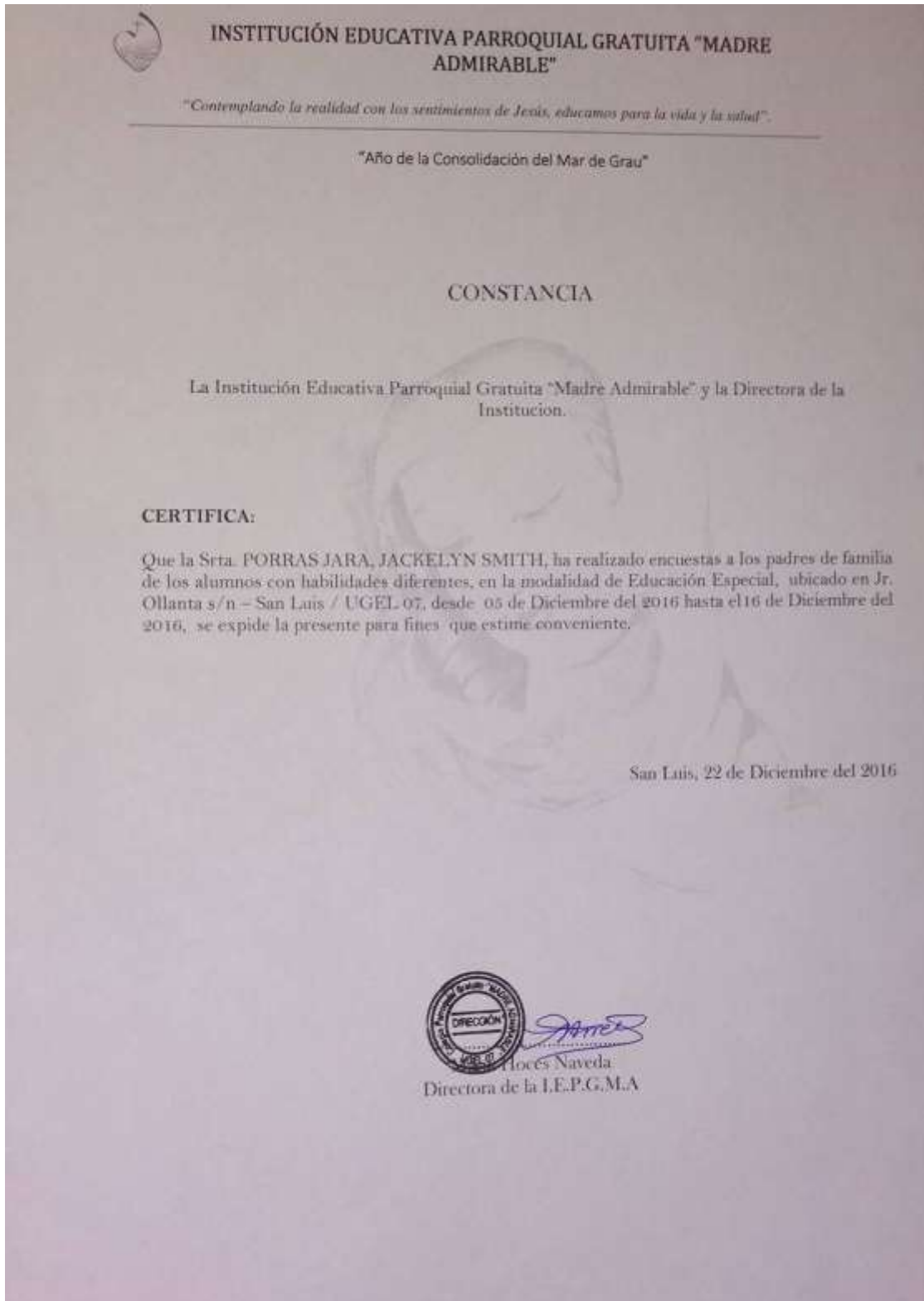


FIGURA N°3: AUTORIZACIÓN DE PERMISO PARA REALIZAR EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DIRIGIDA A LOS DIRECTORES

**CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL
MARÍA AUXILIADORA**
Av. Paul Linder Cdra. 5 s/n - San Borja
Teléfono: 225-6516 Email: cebemariaauxiliadora@hotmail.com

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"
"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú 2007 – 2016"

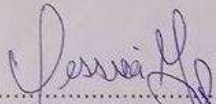
San Borja, 09 de diciembre de 2016

CONSTANCIA

LA DIRECTORA DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL "MARÍA AUXILIADORA" DE SAN BORJA DEJA CONSTANCIA:

QUE, LA JOVEN JACKELYN SMITH PORRAS JARA HA REALIZADO ENCUESTA A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES CON HABILIDADES DIFERENTES, DE ESTE CENTRO EDUCATIVO DESDE EL 21 DE NOVIEMBRE AL 09 DE DICIEMBRE DEL 2016.

SE EXPIDE LA PRESENTE CONSTANCIA A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA TRAMITAR SU DNI.



JESSICA E. GÓMEZ LONDOÑA
Directora del Centro de Educación
Básica Especial "María Auxiliadora"

ANEXONº 5: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA	PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
	PRINCIPAL	PRINCIPAL	PRINCIPAL	DEPENDIENTE	
Relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de los centros educativos de Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja, y María Auxiliadora de la ciudad de Lima 2016.	¿Existe relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de los centros educativos de Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja, y María Auxiliadora de la ciudad de Lima 2016.	Señalar la relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes de Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja, y María Auxiliadora de la ciudad de Lima 2016.		Hábitos de higiene oral. Los puntajes para cada escala fueron: * Buen (5-6 puntos) * Regular (3-4 puntos) * Mal (0-2 puntos)	
	ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS			
	<ul style="list-style-type: none"> * ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, según el sexo y la edad? * ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, según el grado de instrucción? * ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, según el diagnóstico del niño? * ¿Cuál es el nivel de conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, según el sexo y la edad? * ¿Cuál es nivel de conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, según el grado de instrucción? * ¿Cuál es el nivel de conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, según el diagnóstico del niño? 	<ul style="list-style-type: none"> * Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, según el sexo y la edad. * Definir el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, de acuerdo al grado de instrucción * Especificar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes, conforme al diagnóstico del niño. * Determinar la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, según el sexo y la edad. * Establecer la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, de acuerdo al grado de instrucción. *Precisar la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de niños con habilidades diferentes, conforme al diagnóstico del niño. 	Hay relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes en centros educativos de Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja, y María Auxiliadora de la ciudad de Lima 2016.	Conocimiento de salud bucal. Los puntajes para cada escala fueron: * Buena (9 - 12 puntos) * Regular (5 - 8 puntos) * Mala (0 - 4 puntos)	<ul style="list-style-type: none"> * Enfoque: Cuantitativa * Alcance: Descriptivo * Diseño: No experimental (transversal) * Técnica de Recolección: Encuestas, entrevistas, observación * Universo: 112 padres de familia con hijos con habilidades diferentes * Muestra: 87 padres de familia con hijos con habilidades diferentes

ANEXO N° 6: FOTOGRAFÍAS



FIGURA N°1: DIRECTORA DEL CENTRO EDUCATIVO “MARIA AUXILIADORA”.



FIGURA N° 2: DIRECTORA DEL CENTRO EDUCATIVO “SAN RAFAEL”.



FIGURA N° 3: LLENADO DE ENCUESTA DE MADRE DE FAMILIA DEL CENTRO EDUCATIVO “MARIA AUXILIADORA”.



FIGURA N° 4: LLENADO DE ENCUESTA DE PADRES DE FAMILIA DEL CENTRO EDUCATIVO “MADRE ADMIRABLE”.