



EFICACIA DE DOS TÉCNICAS EDUCATIVAS: INFORMATIVA  
Y DEMOSTRATIVA DIRIGIDAS A PADRES DE PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD MENTAL DEL C.E.B.E “SAN JUAN DE  
DIOS”, AYACUCHO 2018.

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTADO POR:**

Bach. Yoselin Karen Villanueva Espinoza

**ASESOR:**

Mg. C.D. José Antonio Ruiz Ninapaytan

**Ayacucho – Perú**

**2019**

*Lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.*

*A mi madre, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ella he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.*

*A mis hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de mi vida.*

*A todos las personas y docentes de la Universidad Alas Peruanas, que me han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.*

*A mi novio por su apoyo incondicional.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es la vida y lo justa que puede llegar a ser, gracias a mi familia por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis.

A mi Gloriosa Institución Policía Nacional del Perú, por permitirme culminar mi segunda carrera.

Gracias a los docentes de la Universidad Alas Peruanas, que compartieron conocimientos sabios con cada uno de sus alumnos.

A mi hermosa familia por su apoyo incondicional.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho; durante el período agosto – noviembre 2018. *Metodología:* se realizó un estudio aplicado, descriptivo, observacional, cuasi experimental, longitudinal y transversal con las personas matriculadas en el CEBE “San Juan de Dios” (N=62). La muestra se determinó a través de un muestreo no probabilístico a conveniencia y estuvo conformada por 60 personas y sus respectivos padres o madres de familia. Se empleó una ficha clínica para registrar el índice de higiene oral de las personas. *Resultados:* al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (informativa y demostrativa), se observó que no existe significancia estadística ( $p=0,548$ ), lo que significa que las frecuencias fueron semejantes en los dos grupos. Antes de aplicar una intervención educativa, el índice de higiene oral fue malo en un 96,7%. Después de aplicar una intervención educativa, se observó que las frecuencias inicialmente descritas sufrieron importantes modificaciones. Al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (informativa y no intervenido), se observó que existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), evidenciando que la intervención informativa logró el objetivo de mejorar el índice de higiene oral. Al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (demostrativa y no intervenido), se observó que existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que significa que las frecuencias fueron diferentes en los dos grupos, evidenciando que la intervención demostrativa logró el objetivo de mejorar el índice de higiene oral. Al comparar los resultados de la intervención en los tres grupos (informativa, demostrativa y no intervenido), se observó que existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que significa que las frecuencias fueron diferentes en los tres grupos, principalmente referido al grupo no intervenido.

**Palabras claves:** personas con discapacidad mental, índice de higiene oral, técnicas educativas, técnica informativa, técnica demostrativa.

## ABSTRACT

The objective of this research was to determine the effectiveness of two oral hygiene education techniques for parents of people with mental disabilities at the Special Basic Education Center "San Juan de Dios", Ayacucho district, Huamanga province, department of Ayacucho ; during the period August - November 2018. *Methodology:* an applied, descriptive, observational, quasi-experimental, longitudinal and transversal study was carried out with the people enrolled in the CEBE "San Juan de Dios" (N = 62). The sample was determined through a non-probabilistic sample at convenience and consisted of 60 people and their respective parents. A clinical record was used to record the oral hygiene index of people. *Results:* when comparing the results of the intervention in the two groups (informative and demonstrative), it was observed that there is no statistical significance ( $p = 0.548$ ), which means that the frequencies were similar in the two groups. Before applying an educational intervention, the oral hygiene index was bad in 96.7%. After applying an educational intervention, it was observed that the frequencies initially described underwent important modifications. When comparing the results of the intervention in the two groups (informative and not intervened), it was observed that there is statistical significance ( $p = 0.000$ ), evidencing that the informative intervention achieved the objective of improving the oral hygiene index. When comparing the results of the intervention in the two groups (demonstrative and not intervened), it was observed that there is statistical significance ( $p = 0.000$ ), which means that the frequencies were different in the two groups, demonstrating that the demonstration intervention achieved the objective of improving the oral hygiene index. When comparing the results of the intervention in the three groups (informative, demonstrative and not intervened), it was observed that there is statistical significance ( $p = 0.000$ ), which means that the frequencies were different in the three groups, mainly referring to the group not intervened.

**Key words:** people with mental disabilities, oral hygiene index, educational techniques, informative technique, demonstrative technique.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Descripción de la realidad problemática .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Problemas de investigación.....</b>	<b>15</b>
1.2.1 Problema general .....	16
1.2.2 Problemas específicos.....	16
<b>1.3 Objetivos de la investigación .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Objetivo general.....	17
1.3.2 Objetivos específicos.....	17
<b>1.4 Justificación de la investigación .....</b>	<b>18</b>
1.4.1 Importancia de la investigación .....	18
1.4.2 Viabilidad de la investigación .....	18
<b>1.5 Limitaciones del estudio .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1 Antecedentes de la investigación.....</b>	<b>20</b>
2.1.1 Antecedentes internacionales .....	20
2.1.2 Antecedentes nacionales .....	20
2.1.3 Antecedentes regionales.....	22
<b>2.2 Bases teóricas .....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Definición del paciente especial o discapacitado .....	22
2.2.2 Definición y clasificación internacional de deficiencias, discapacidad y minusvalías.....	23

2.2.2.1 Deficiencia .....	23
2.2.2.2 Discapacidad .....	23
2.2.2.3 Minisvalía .....	24
2.2.3 Discapacidades y deficiencias más frecuentes .....	24
2.2.4 Odontología en pacientes con necesidades especiales .....	28
2.2.5 Técnicas educativas sobre la higiene bucal .....	29
2.2.5.1 Técnica informativa .....	29
2.2.5.2 Técnica demostrativa .....	30
2.2.6 Estrategia educativa módulo de promoción de la salud bucal .....	31
2.2.7 Papel de los padres en la educación para la salud .....	32
2.2.8 Salud bucal .....	33
2.2.9 Higiene oral .....	33
2.2.10 Elementos de higiene oral .....	33
2.2.11 Hábitos de higiene oral .....	35
2.2.12 Enfermedades relacionadas a una mala higiene oral .....	35
<b>2.3 Definición de términos básicos .....</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Formulación de hipótesis .....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 Variables; definición conceptual y operacional .....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 Diseño metodológico .....</b>	<b>39</b>
4.1.1 Tipo de investigación .....	39
4.1.2 Nivel de investigación .....	39
4.1.3 Método de investigación .....	39
4.1.4 Diseño de investigación .....	39

<b>4.2</b>	<b>Diseño muestral .....</b>	<b>39</b>
4.2.1	Población de estudio .....	40
4.2.2	Criterios de selección .....	40
4.2.2.1	Criterios de inclusión.....	40
4.2.2.2	Criterios de exclusión.....	40
4.2.3	Muestra .....	40
<b>4.3</b>	<b>Técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad .....</b>	<b>41</b>
4.3.1	Técnicas de recolección de datos .....	41
4.3.2	Instrumentos de recolección de datos.....	44
<b>4.4</b>	<b>Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información .....</b>	<b>45</b>
<b>4.5</b>	<b>Aspectos éticos .....</b>	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>		<b>47</b>
<b>5.1</b>	<b>Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos.....</b>	<b>47</b>
<b>5.2</b>	<b>Discusión .....</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>		<b>62</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>		<b>64</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN .....</b>		<b>65</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>71</b>
Anexo N° 1:	Carta de presentación.....	72
Anexo N° 2:	Consentimiento informado .....	73
Anexo N° 3:	Ficha clínica .....	74

Anexo N° 4: Ficha de validación del instrumento mediante juicio de expertos .	
.....	76
Anexo N° 5: Matriz de consistencia.....	79
Anexo N° 6: Fotografías .....	83

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018 .....	48
Tabla N° 2. Índice de higiene oral de personas con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018 .....	50
Tabla N° 3. Índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.....	52
Tabla N° 4. Eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018 .....	54
Tabla N° 5. Eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018 .....	56
Tabla N° 6. Eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018 .....	58

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.....	48
Gráfico N° 2. Índice de higiene oral de personas con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018 .....	50
Gráfico N° 3. Índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.....	52
Gráfico N° 4. Eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018 .....	54
Gráfico N° 5. Eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.....	56
Gráfico N° 6. Eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018 .....	58

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Primer examen del índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de una técnica educativa a sus padres .....	83
Figura N° 2. Aplicación de la técnica informativa a los padres de familia .....	83
Figura N° 3. Aplicación de la técnica informativa a los padres de familia .....	84
Figura N° 4. Segundo examen del índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica informativa .....	84
Figura N° 5. Aplicación de la técnica demostrativa a los padres de familia .....	85
Figura N° 6. Aplicación de la técnica demostrativa a los padres de familia .....	85
Figura N° 7. Segundo examen del índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica demostrativa .....	86
Figura N° 8. Alumnos del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, después de la fase clínica .....	86

## INTRODUCCIÓN

En Perú existen 1 millón 575 mil personas con algún tipo de discapacidad. La discapacidad es un problema de salud pública que afecta no solo al individuo que la padece sino también a su entorno familiar y es por la misma condición y la falta del conocimiento de los padres de familia y/o cuidadores y la discapacidad de los niños (Síndrome de Down, Retardo Mental, Autismo, y otros) que tienen mayor predisposición a tener caries, enfermedad periodontal, y otras patologías bucales<sup>1</sup>.

Los niños con discapacidades y necesidades especiales son los más susceptibles a padecer enfermedades bucales debido que para ellos es difícil cuidar su aseo personal y más el bucal, siendo así que necesitan de los cuidados e intervención de los padres de familia, educadores y odontólogos especializados para formar un equipo multidisciplinario que se vea involucrado en la prevención y cuidado de estos pacientes.

Sin el conocimiento adecuado de los familiares y cuidadores sobre salud oral, los pacientes con habilidades diferentes no tendrán la oportunidad de mejorar su calidad de vida y optimizar su condición; para ello tenemos una herramienta fundamental que es la promoción y la prevención en educación para la salud, que consiste, de acuerdo a la OMS<sup>2</sup>, en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y la sociedad.

Teniendo en cuenta que todas las discapacidades necesitan atención médica y conociendo el difícil acceso a consultas y que en nuestro medio, no se han establecidos programas educativos que brinden conocimiento acerca de salud oral para personas con habilidades diferentes, se considera tan importante la atención odontológica para optimizar su estado de salud bucal y lograr no solo cambios cognoscitivos, sino cambios de conducta y estilos de vida; de ahí la necesidad de la realización de esta investigación.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que unos 600 millones de personas viven con discapacidades de diversos tipos y el 80 % de ellas vive en países de bajos recursos<sup>3</sup>.

Dos terceras partes de esta población no reciben atención bucodental alguna y aunque los porcentajes estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación bucodental<sup>4</sup>. En el 2005, OMS informó que en el Perú existe un aproximado de 2,5 millones de personas con alguna discapacidad<sup>5</sup>.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) en el año 1947 define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia. Quinientos millones de personas en el mundo padecen algún tipo de discapacidad o minusvalía. En 1993, la OMS y el INR (Instituto Nacional de Rehabilitación) y el Ministerio de Salud en el Perú realizaron un estudio que reveló que 45,4%, es decir casi la mitad de la población peruana sufría algún tipo de deficiencia. Este mismo estudio encontró que la tasa de prevalencia de la discapacidad era de 31,28% y que 13 de cada 100 peruanos padece de algún tipo de minusvalía. Aunque los tipos de discapacitados varían según los países, en todo el mundo parece estar aumentando el número de niños discapacitados. Este aumento puede deberse a que estos niños tienen hoy una esperanza de vida más larga gracias a los progresos de la medicina<sup>6</sup>.

Los niños discapacitados tienen un gran problema a nivel bucal, la principal enfermedad de la cavidad oral que presentan estos niños es la enfermedad periodontal, además de otros factores sistémicos,

farmacológicos y ambientales dado esto por una deficiente higiene bucal, encontrándose un elevado Índice de Higiene Oral, presencia de placa blanda, calculo dental, sarro y gingivitis. Estos hallazgos se encuentran en niños de edades muy precoces, los padres de estos niños juegan un papel muy importante en su higiene bucal, porque de ellos depende una adecuada y frecuente técnica de cepillado. Como es obvio, todo esto nos lleva a afirmar que la salud bucal de los discapacitados es mas deficiente que la de la población normal, pues existe una prevalencia universal de la enfermedad periodontal y una mala higiene bucal. La alta incidencia de dientes cariados no tratados y la mayor incidencia de dientes ausentes se observa con frecuencia<sup>7, 8</sup>.

Es necesario mencionar a Horwitz S y col. (2009), quienes mediante un estudio establecieron que para esta población el cuidado dental no es generalmente una prioridad ya que las complicaciones médicas de las que no escapan son tomadas en cuenta con mayor interés por los familiares y por las autoridades de salud. Cabe resaltar que los problemas dentales se encuentran entre las diez primeras causas que limitan la actividad de estas personas, entre ellos la caries dental; pérdida dentaria y la enfermedad periodontal son las afecciones más frecuentes en esta población<sup>9, 10</sup>.

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Educación Básica Especial "San Juan de Dios" y se determinó que técnica didáctica dirigida a padres sobre higiene bucal fue más eficaz, para lo cual se los capacitó con una técnica educativa didáctica: técnica informativa o técnica demostrativa y el aprendizaje adquirido fue demostrado con la mayor reducción del índice de higiene oral en sus hijos (personas con discapacidad) después de la aplicación de la técnica educativa dirigida a los padres.

## **1.1 Problemas de investigación**

### **1.3.1 Problema general**

¿Cuál es la eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?

### **1.3.2 Problemas específicos**

**PE1** ¿Cuál es el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?

**PE2** ¿Cuál es el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?

**PE3** ¿Cuál es la eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?

**PE4** ¿Cuál es la eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?

**PE5** ¿Cuál es la eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?

## **1.2 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar la eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

**OE1** Determinar el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.

**OE2** Determinar el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.

**OE3** Determinar la eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.

**OE4** Determinar la eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.

**OE5** Determinar la eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de

Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.

### **1.3 Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Importancia de la investigación**

La importancia de la buena salud oral de los pacientes afectados con discapacidades neuropsicológicas ha motivado a varios autores a preparar un programa de higiene oral y de prevención de enfermedades dentales y periodontales, demandando la participación de los demás miembros de las respectivas familias, los educadores y los profesionales especializados.

El presente trabajo de investigación tiene importancia social ya que recaerá a la población peruana tanto como profesionales y estudiantes para así poder aumentar el conocimiento sobre estos casos de personas con discapacidades mentales, poder enseñar a las personas sobre una buena higiene bucal y la prevención en este tipo de casos especiales.

Tiene importancia teórica y práctica, porque se espera que los resultados de esta investigación ayuden a mejorar la higiene bucal de las personas con discapacidad mental, ya que se probarán dos técnicas educativas didácticas dirigidas hacia sus padres.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

El presente trabajo de investigación fue viable porque se tuvo los recursos humanos, económicos y materiales suficientes para realizar el estudio en el tiempo previsto.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

En el presente trabajo de investigación se encontraron limitaciones a nivel de los recursos materiales, ya que no se pudo encontrar ninguna

investigación acerca del tema a nivel local, tan solo una investigación a nivel nacional y ninguna investigación a nivel internacional.

A nivel de los recursos humanos, se encontró limitaciones en el momento de la recolección de la muestra, debido a la discapacidad de las personas en estudio.

## CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1 Antecedentes internacionales

Se revisaron diversas fuentes referentes a la eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa, dirigidas a padres de personas con discapacidad mental; pero hasta la actualidad no hay investigaciones al respecto a nivel internacional.

#### 2.1.2 Antecedentes nacionales

**Flores D´A.; Tacna (2017):** en su trabajo titulado “Influencia de la estrategia educativa módulo de promoción de la salud bucal aplicada a los padres sobre el nivel de higiene oral de los alumnos con discapacidad intelectual del Centro Educativo Básico Especial Beata Ana Rosa Gattorno del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa. Septiembre – Noviembre 2016”. **Objetivo:** determinar la influencia de la aplicación de la estrategia educativa Módulo de promoción de la salud bucal aplicada a los padres sobre el nivel de higiene oral de los alumnos con discapacidad intelectual del centro educativo básico especial Beata Ana Rosa Gattorno del Distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa. **Marco metodológico:** investigación aplicada, pre experimental y longitudinal. Se examinaron 44 estudiantes, a los cuales se les realizó una primera evaluación con el IHO-S de Green y Vermillon y se aplicó la estrategia educativa Módulo de promoción de la salud bucal a los padres de los alumnos, finalmente se tomó una segunda evaluación del IHO-S de Green y Vermillon a los alumnos después de la aplicación de dicha estrategia. **Resultados:** antes de la estrategia los valores de IHO-S fueron: bueno 0%, regular 56,82%, deficiente 43,18% y después de la aplicación de la estrategia

fueron: bueno 36.36%, regular 63,64%, deficiente 0%.

**Conclusiones:** la estrategia educativa módulo de promoción de la salud bucal aplicada a padres influye mejorando los índices de higiene oral de los alumnos puesto que la media de IHO-S de la población fue de 2,9 antes de la aplicación de la estrategia, mejorando luego a 1,48 después de la aplicación de la estrategia<sup>11</sup>.

**Morales O.; Lima (2006):** en su trabajo titulado “Eficacia de dos técnicas educativas: demostrativa e informativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental en el centro Ann Sullivan del Perú”. **Objetivo:** la presente investigación evaluó el IHO de las personas con discapacidad mental (Síndrome Down, Autismo, Retardo mental), antes y después que sus padres recibieran una técnica educativa: informativa sobre higiene bucal o técnica demostrativa sobre higiene bucal, contándose además con un grupo control, con el fin de establecer la mayor eficacia de una de las técnicas educativas, que fue medido a través de la variación del IHO de sus hijos, personas con discapacidad mental. **Marco metodológico:** la muestra constó de 90 personas con discapacidad mental ( 41 Autistas, 15 con Síndrome Down y 34 con Retardo mental) de un universo de 360 alumnos del Centro Ann Sullivan del Perú, se aplicó muestreo aleatorio simple para seleccionar el grupo de padres, los 90 padres fueron divididos en 3 grupos de 30 padres cada uno, un primer grupo de padres (30) recibió la técnica educativa: informativa sobre higiene bucal, un segundo grupo de padres (30) recibió la técnica educativa: demostrativa sobre higiene bucal y un tercer grupo de padres que no recibió ninguna técnica fue denominado “grupo control”. **Resultados:** antes de la aplicación de la técnica educativa se evaluó el IHO en sus hijos, 90 personas con discapacidad mental, luego se procedió a dar la técnica educativa planeada para cada grupo de padres, la primera técnica educativa fue: la informativa sobre higiene bucal fue una exposición con audiovisuales y tuvo

una duración de 40 minutos, consto de tres partes: importancia del diente, cepillado dental, y técnica de cepillado, cumpliendo con todos los requisitos establecidos para una Charla. La segunda técnica educativa fue: la demostrativa sobre higiene bucal, para lo cual se formo 6 grupos de 5 padres cada uno, de acuerdo a un cronograma establecido por el Centro, esta técnica tuvo una duración de 40 minutos y se realizó con la ayuda de material tipo maquetas, tipodones, afiches, cepillo dental, pasta dental, bajalenguas, dentro de un aula del Centro. **Conclusiones:** después de la observación clínica se procedió a la tabulación de datos y análisis estadístico, encontrándose que la técnica educativa mas eficaz fue la demostrativa en comparación con la técnica educativa informativa, ya que obtuvo mayor reducción de IHO estadísticamente significativa con un ( $p < 0,05$ ), y el grupo control no mostró variación significativa<sup>12</sup>.

### **2.1.3 Antecedentes regionales**

Se revisaron diversas fuentes referentes a la eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa, dirigidas a padres de personas con discapacidad mental; pero hasta la actualidad no hay investigaciones al respecto a nivel regional.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Definición del paciente especial o discapacitado**

El paciente niño especial, discapacitado o con habilidades especiales; es aquel cuya condición física, mental clínica o social le impide alcanzar su pleno desarrollo en comparación con otros niños de su misma edad<sup>3</sup>.

Cabellos en su investigación citó que en el acta de rehabilitación de 1973 se define como "Persona incapacitada" a aquella persona que<sup>13</sup>:

- Presenta un impedimento físico que limita las actividades principales de la vida, como el comer, ver, hablar, aprender, trabajar, etc.
- Presentan algún registro de cierto impedimento.
- Es considerado como que tiene algún impedimento.

La amplitud del impedimento o discapacidad del niño depende del grado en el cual, su habilidad de funcionabilidad normal ha sido afectada. Está dividido en tres categorías principales de discapacidad: física, mental y sistémica<sup>13, 14</sup>.

## **2.2.2 Definición y clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías**

### **2.2.2.1 Deficiencia**

Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica<sup>14</sup>.

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental<sup>15</sup>.

Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales y psíquicas<sup>16</sup>.

### **2.2.2.2 Discapacidad**

Es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Las discapacidades

se clasifican en sensoriales y de la comunicación, motrices, mentales y múltiples<sup>15</sup>.

### **2.2.2.3 Minusvalía**

Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso; esto en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales<sup>15</sup>. Es un fenómeno social que representa las consecuencias sociales y ambientales que se derivan para el individuo por el hecho de tener deficiencias y discapacidades<sup>17</sup>.

### **2.2.3 Discapacidades y deficiencias más frecuentes**

A la base de toda habilidad especial en pacientes, existen limitaciones en el funcionamiento cognitivo de la persona originadas por distintos factores causales, de orden personal o ambiental, que pueden ejercer su acción en diferentes momentos, más o menos críticos, del desarrollo del individuo. Estos factores causales pueden ser:

- Genéticos: se diagnostican generalmente en etapas tempranas y en ocasiones en la vida intrauterina por ejemplo: El Síndrome de Down.
- Del Parto: prematuro (condicionada por el peso de nacimiento o edad gestacional) hipoxias, traumas.
- De la primera infancia: enfermedades virales que afectan el sistema nervioso central, (meningitis, encefalitis, entre otras), intoxicaciones, traumatismo, desnutrición extrema.
- Socio-culturales: situación de extrema pobreza, maltrato infantil, ambiente carenciado de afecto y estímulos, deficiente cuidado de los niños, inadecuado tratamiento médico<sup>18</sup>.

### **a. Síndrome de Down**

El síndrome de Down es un trastorno genético, causada por un cromosoma extra del par 21, lo que posteriormente daría origen a la también denominación de “trisomía 21”. Más tarde también se encontró que algunos niños tenían una traslocación del cromosoma 21 y mosaicismo (en parte de sus células la fórmula cromosómica es normal, sin embargo en la otra parte dicha fórmula es de un cromosoma 21 extra)<sup>19</sup>.

Es uno de los síndromes más frecuentes que cursa con discapacidad intelectual de causa genética en el que los pacientes presentan retraso de crecimiento y disminución intelectual de grado variable. Actualmente, se sabe que el 96% de los pacientes con S.D presentan una trisomía del cromosoma 21, y el 4% restante presentan traslocación y mosaicismo. Desde la implantación del diagnóstico prenatal de la trisomía 21 su incidencia se ha reducido de 1 caso entre 800 y 1.100 recién nacidos hasta 3 casos por cada 10.000. Es una enfermedad universal en la que la edad de la madre es un factor favorecedor dándose, más frecuentemente, en hijos de madres mayores de 35 años<sup>20</sup>.

Las características clínicas del Síndrome de Down son muy reconocibles e incluyen retraso mental moderado, estatura corta, complexión robusta, hipotonía, disposición amigable y casi siempre bondadosa, conducta terca ocasional y anomalías congénitas<sup>21</sup>.

También presenta múltiples malformaciones asociadas: cardíacas, ortopédicas, digestivas, renales, genitales y del SNC. Como enfermedades asociadas, tienen una incidencia mayor de epilepsia, neoplasias y enfermedad de Alzheimer de inicio precoz. Presentan, también, trastornos de la inmunidad con disminución en el número de células T y alteración de las inmunoglobulinas G y M, que condiciona un aumento en el número de infecciones, un mayor

riesgo de leucemia, alta incidencia de úlceras aftosas, infecciones orales por *Candida* y gingivitis úlcero-necrótica aguda<sup>19</sup>.

Boca: Pese a ser de tamaño normal, la lengua sale a veces hacia afuera, por la pequeñez de la boca y la falta de tonicidad muscular. En algunos niños ya más grandes, se observa lengua geográfica y los labios parpan fácilmente por efecto del aire<sup>22</sup>.

#### **b. Retraso mental / Discapacidad intelectual**

Se ha cuestionado el uso del término “retraso mental”, por su connotación peyorativa, existiendo la tendencia creciente a utilizar el término de “discapacidad intelectual” (DI). La DI debe verse no como una enfermedad o una discapacidad en sí misma, sino como un agrupamiento de síndromes o metasíndrome. Incluye un grupo heterogéneo de condiciones clínicas que van desde genéticas a nutricionales, infecciosas, metabólicas o neurotóxicas<sup>23</sup>.

El Retardo Mental (RM) se define como una condición caracterizada por una capacidad intelectual significativamente menor que el promedio de la población total. Produce disturbios en el aprendizaje y la socialización asociados a desajustes en la conducta adaptativa del individuo<sup>22</sup>. Aproximadamente en cada país el 1% de la población tiene retraso mental. Empieza antes de la madurez y tiene un efecto duradero en el desarrollo, produciendo<sup>24</sup>.

La discapacidad intelectual es una entidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años<sup>25</sup>.

Un niño con retraso mental de grado leve es aquel que, debido a su menor inteligencia, no puede aprovechar de forma completa la educación normal. En el entorno académico, estos niños se clasifican como retrasados mentales educables. Existen diversos estados de retraso mental, dependiendo de la gravedad de dicha alteración. Afortunadamente la mayoría de los niños con retraso mental, están afectados levemente (representan aproximadamente el 80% de todas las personas retrasadas mentales). Un niño retrasado leve es aquel que por su bajo nivel intelectual no puede obtener plenos beneficios en la educación<sup>26</sup>.

### **c. Autismo**

Es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Se da aproximadamente en 15 de cada 10,000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas. Se encuentra en todo tipo de razas, etnias y clases sociales en todo el mundo<sup>27</sup>.

Las principales características involucran dificultades con la interacción y comunicación social, intereses limitados y conductas repetitivas<sup>27</sup>.

El autismo no se caracteriza por alteraciones específicas a nivel bucodental. La situación oral va a depender, en gran medida, de la higiene diaria dental, así como de una adecuada dieta no cariogénica. A nivel bucodental hay que buscar signos de erosiones dentales debidas a la regurgitación de la comida y del contenido gástrico por reflujo gastroesofágico, bruxismo que puede aparecer en el 20-25% y caries. Los padres pueden observar que el niño deja de comer, ya que su umbral para el dolor es alto, y determinar la presencia de patología dental puede ser muy difícil<sup>28</sup>.

El autismo es un trastorno físico ligado a una biología y química anormal en el cerebro, cuyas causas exactas se desconocen. Es un trastorno complejo del desarrollo que aparecen en los primeros 3 años de la vida, aunque algunas veces el diagnóstico se hace mucho después. Este trastorno afecta el desarrollo normal del cerebro en las habilidades sociales y de comunicación<sup>29</sup>.

Las características comunes del autismo comprenden: deterioro en las relaciones sociales, en la comunicación verbal y no verbal, problemas para procesar información proveniente de los sentidos, al igual que patrones de comportamiento restringidos y respectivos<sup>29</sup>.

El autismo es una psicosis precoz grave que sobreviene en la primera infancia. La etiología es desconocida y su prevalencia es de 2 a 4 de cada 10,000 niños menores de 12 a 15 años, siendo más frecuente en niños que en niñas. Aproximadamente el 80% presentan retardo mental, siendo este profundo en más de la mitad de los casos. El pronóstico depende, en gran parte, de su coeficiente intelectual<sup>19</sup>.

#### **2.2.4 Odontología en pacientes con necesidades especiales**

Los pacientes con minusvalías, tanto psíquicas como sensoriales, suelen presentar importantes necesidades de atención odontológica. En este grupo de pacientes, un alto porcentaje tiene grandes dificultades a la hora de recibir dicha atención; unas veces por falta de colaboración, y otras por la dificultad para efectuar tratamiento seguros en un medio no hospitalario como es una clínica dental.

El odontólogo que trate a estos pacientes, generalmente un odontopediatra, debe conocer los fundamentos médicos de las diferentes patologías para poder establecer un correcto plan

preventivo, con el fin de mejorar el estado de la salud oral de estos pacientes<sup>19</sup>.

## **2.2.5 Técnicas educativas sobre la higiene bucal**

Los programas de salud tienen por conveniencia emplear una estrategia de comunicación, esto se refiere a la combinación de métodos y técnicas didácticas<sup>30</sup>.

### **2.2.5.1 Técnica informativa**

Esta es una de las técnicas de enseñanza más utilizadas en educación para la salud. Una persona frente a un grupo grande o pequeños, hace una presentación hablada de uno o más temas. Se sabe de las limitaciones de esta técnica pero también se sabe que es fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. La efectividad de una charla depende de la calidad de presentación, centrarse de lleno en el tema principal de forma amena y con un timbre de voz fuerte de manera que atraiga la atención de la audiencia<sup>30</sup>.

- a. Limitaciones:** una charla que consiste solo en un monólogo no es un buen método de enseñanza. La efectividad de una charla depende principalmente de la calidad de su presentación. No es suficiente conocer el tema para saber presentarlo. Ser experto en un tema no es garantía de saber como enseñarlo. La preparación para una charla incluye varios pasos<sup>30</sup>:
- Utilizar material que sea novedoso, interesante y útil para la audiencia.
  - Evitar recargar la charla con demasiados tópicos.
  - Preparar una introducción para motivar la atención del grupo, se debe referir a situaciones locales o contar una

anécdota que ilustre en forma dramática la importancia del tema.

- Asignarle un tiempo a cada componente de su charla.

**b. Consejos o sugerencias para una charla:**

- Conviene presentar al grupo un esquema de la charla al inicio de la sesión.
- Verificar a través de preguntas si el grupo esta captando el mensaje de la charla.
- Adaptar el lenguaje al nivel de los participantes utilizando términos y expresiones que sean familiares a la audiencia.
- No leer su charla.
- En todo momento observar las reacciones de la audiencia.
- Al final presentar un resumen de la charla.

**2.2.5.2 Técnica demostrativa**

Una demostración es una técnica utilizada para mostrar a alguien como hacer algo en forma correcta y permitir que practique lo aprendido. Una explicación verbal será más efectiva si al mismo tiempo se realizan las acciones que se están explicando. Muchas enseñanzas solo cobran sentido cuando se demuestran en la práctica. La mayor parte del conocimiento relacionado con el cuidado de la salud es de tipo práctico y no teórico, por lo cual su aprendizaje debe ser de esa misma naturaleza. Siempre es útil que luego de la demostración que se haga, los participantes tengan una oportunidad de practicar los mismos procedimientos en su presencia<sup>30</sup>.

**a. Limitaciones**

Durante la demostración se descubre si se tiene todos los utensilios o si se presentaron problemas imprevistos o reacciones de la audiencia que no había contemplado el

demostrador, también existe el peligro que se mecanice y no se concentre en mostrar claramente cada paso a seguir o que se realice la demostración demasiado rápido.

A veces se ignora la necesidad de explicar el porqué de las diversas acciones y las consecuencias de no seguir procedimientos apropiados. La posición del demostrador respecto a la audiencia puede ser motivo de problema, ya que podrían existir problemas de percepción.

En comunidades pobres los usuarios no tienen todos los materiales y las buenas condiciones del instructor, distando mucho de la situación de la vida real de los usuarios<sup>30</sup>.

#### **b. Sugerencias**

- Planear cuidadosamente la demostración.
- Permitir a los participantes practicar lo demostrado bajo supervisión.
- Complementar la demostración con explicaciones, discusiones y materiales visuales<sup>30</sup>.

#### **2.2.6 Estrategia educativa módulo de promoción de la salud bucal**

Se entiende por estrategia educativa al conjunto de actividades que se pretenden realizar con la finalidad de obtener un resultado determinado sobre una población definida. Los elementos fundamentales de un programa de salud son: los resultados u objetivos que se quieren lograr en términos de mejora a nivel de salud, las actividades y recursos necesarios para lograr los objetivos, la población y el tiempo en el que se lleva a cabo<sup>31</sup>.

El programa educativo tiene como fin fomentar la promoción y la prevención de la salud, por medio un proceso de capacitación a la

población para realizar acciones destinadas a mejorar o mantener su bienestar físico, mental y social<sup>32</sup>.

### **2.2.7 Papel de los padres en la educación para la salud**

El niño y sus padres deben ser conservadores permanentes de las normas higiénico-sanitarias, pero en esta labor participarán también el equipo de salud, los educadores y otros sectores sociales<sup>33</sup>.

Ante las limitaciones médicas, físicas y sociales que dificultan el tratamiento odontológico de los niños con discapacidad, es muy importante la vinculación de los padres en las tareas de la educación para la salud de los mismos, ya que así la influencia educativa sobre ellos será directa<sup>34</sup>.

De igual manera los padres de familia son el factor más importante en la educación de una persona con alguna discapacidad, son el elemento primordial para su desarrollo en todos los aspectos. El profesional de la salud debe saber cómo influir en estos niños y enfatizar la ayuda, la atención y el amor de sus padres para lograr un mayor desarrollo, se debe transmitir a estos padres los mensajes de salud que queremos hacer llegar a los niños y hacerlos confiar en que ellos sí pueden ser receptivos a estas enseñanzas. La salud se enriquece cuando la enfocamos desde el punto de vista del grupo familiar. Cuando vislumbra la acción de la familia como un todo sobre cada uno de sus integrantes, la salud adquiere nuevas dimensiones<sup>35</sup>.

Así mismo el educador ha de contribuir también con la educación para a salud oral de los niños o asumir esta tarea cuando el medio socioeconómico es adverso y no podemos contar con los padres. Ningún niño y mucho menos aquel con discapacidad debe abandonar la escuela, sin los conocimientos básicos de salud. El

maestro educa en todo momento, desde su asignatura y a través de ella. La escuela constituye el espacio ideal para desarrollar la promoción y educación para la salud, por convertirse la misma en el eslabón integrador y coordinador entre la familia y la comunidad, donde se fomentan actitudes, conductas y prácticas sanas<sup>34</sup>.

La educación de los padres, educadores y personal de apoyo es crítica para la apropiada ejecución y supervisión de la higiene oral diaria de los niños con discapacidad. Se recomienda realizar la instrucción de higiene oral demostrando al paciente y cuidador las posiciones más adecuadas para realizarla. En el caso que el paciente tenga autonomía para realizar la higiene oral, se debe estimular a que la realice sin ayuda. Cuando esto no es posible, el cuidador debe realizar los cuidados necesarios para mantener una correcta higiene bucal<sup>34</sup>.

### **2.2.8 Salud bucal**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud oral como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros<sup>36</sup>.

### **2.2.9 Higiene oral**

Los beneficios de una correcta higiene bucal son prevenir la acumulación de placa dentobacteriana y sarro en los dientes, evitando con ello enfermedades tales como la caries, periodontitis, gingivitis y halitosis, entre otros<sup>37</sup>.

### **2.2.10 Elementos de higiene oral**

#### **a. Cepillo dental**

Los cepillos de dientes deben adaptarse a las exigencias individuales de tamaño, forma y aspecto, y deben ser manejados con soltura y eficacia. Como las principales áreas que alojan la placa son la lengua, el tercio cervical del diente y el surco gingival, lo mejor es un cepillo muy adaptable y que no lesione los tejidos blandos<sup>38</sup>.

#### **b. Pasta dental o dentífrico**

El dentífrico es una pasta que permite limpiar los dientes con ayuda de un cepillo de dientes. La pasta de dientes tiene varias funciones como la desaparición de placa dental, la protección de las encías y los dientes, y el mantenimiento de un aliento agradable<sup>38</sup>.

#### **c. Colutorios o enjuagatorios**

Los colutorios o enjuagatorios bucales son soluciones que suelen usarse después del cepillado de dientes para eliminar las bacterias causantes de la caries. Al ser aplicadas sobre la cavidad oral tienen función local antiséptica, astringente o calmante<sup>39</sup>.

#### **d. Hilo dental**

Es un hilo especial de seda formado por varios filamentos, los cuales se separan al entrar en contacto con la superficie del diente y garantiza la remoción de detritos que el cepillo no elimina. Sus características radican no solamente en el efecto mecánico de eliminar la placa en los espacios interproximal reduciendo el riesgo de caries, sino también ayuda al proceso de remineralización de esa área específica<sup>39, 40</sup>.

#### **e. Flúor**

El flúor tiene como finalidad la remineralización y fortalecimiento del esmalte y administrado en dosis óptimas reduce la incidencia de caries en un 60 o 70%. Las vías de administración pueden ser por ingesta, en gotas o comprimidos; por vía tópica, pastas dentales

con flúor; y la aplicación profesional (topicación con flúor). La absorción se realiza de forma rápida, el 40% se absorbe en la primera media hora, llegando a ser absorbido el 90% a las 4 horas<sup>40, 41</sup>.

### **2.2.11 Hábitos de higiene oral**

Los hábitos de higiene oral son imprescindibles para la eliminación de la placa y prevención de su acumulación sobre dientes y superficies gingivales adyacentes<sup>42</sup>; por lo que se debe fomentar el hábito de higiene oral desde niños, con el uso de materiales como el cepillo oral, hilo dental, etc., que contribuyen a la limpieza y mantenimiento de la buena salud oral y no pueden ser sustituidos por otras sustancias<sup>43</sup>.

### **2.2.12 Enfermedades relacionadas a una mala higiene oral**

#### **a. Caries dental**

La caries dental es el resultado de un proceso dinámico en el que los microorganismos, transmisibles o no, presentes en la placa dental pueden llevar a un disturbio del equilibrio entre la fase mineral del diente y el medio bucal circundante a través de la producción de ácidos por parte de la micro biota<sup>44</sup>.

#### **b. Enfermedad periodontal**

Las enfermedades periodontales son infecciones bacterianas graves que destruyen las encías y los tejidos que rodean la boca. Si esta inflamación continua sin tratar, los huesos subyacentes alrededor de los dientes se desintegrarán, hasta que ya no podrán mantener los dientes en su lugar y por lo tanto terminara en una perdida dentaria<sup>45</sup>.

#### **c. Placa bacteriana**

La placa bacteriana es una masa coherente y densa de bacterias, que se adhiere a la superficie de los dientes o a las restauraciones

y que continúa adherida a pesar de la acción muscular<sup>38</sup>. La formación de la placa puede variar debido a factores determinantes como la higiene bucal y elementos relativos al huésped (dieta, composición salival y velocidad del flujo)<sup>43</sup>.

### 2.3 Definición de términos básicos

- **Discapacidad:** es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano<sup>46</sup>.
  
- **Higiene oral:** referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos<sup>47</sup>.
  
- **Prevención en salud bucal:** dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad<sup>48</sup>.
  
- **Salud bucodental:** ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial<sup>49</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Formulación de hipótesis**

La técnica educativa informativa dirigida a los padres tiene mayor eficacia en la reducción de índice de higiene oral de las personas con discapacidad mental en comparación con la técnica demostrativa.

La técnica educativa demostrativa dirigida a los padres tiene mayor eficacia en la reducción de índice de higiene oral de las personas con discapacidad mental en comparación con la técnica informativa.

#### **3.2 Variables; definición conceptual y operacional**

– **Variable 1**

Eficacia de una técnica educativa (informativa) sobre higiene bucal dirigida a padres.

– **Variable 2**

Eficacia de una técnica educativa (demostrativa) sobre higiene bucal dirigida a padres.

### 3.2.1 Operacionalización de variables

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
Eficacia de una técnica educativa (informativa) sobre higiene bucal dirigida a padres.	El logro de una correcta remoción de placa microbiana.	Variación de la presencia de placa microbiana en la persona, medida con el Índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillion (IHOS).	Ordinal	Buena (0.0 a 0.6)
Eficacia de una técnica educativa (demostrativa) sobre higiene bucal dirigida a padres.	La demostración de una técnica de cepillado de forma correcta.			Regular (0.7 a 1.8)
				Mala (1.9 a 3,0)

## **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

#### **4.1.1 Tipo de investigación**

- Aplicada; ya que busca la aplicación de los conocimientos adquiridos durante toda la preparación de pregrado.

#### **4.1.2 Nivel de investigación**

- Descriptiva; porque va a caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores.

#### **4.1.3 Método de investigación**

- Observacional; debido a que se refiere a la observación del índice de higiene oral en un grupo de niños con habilidades diferentes.

#### **4.1.4 Diseño de investigación**

- Cuasi experimental; debido a que se realizó un conjunto de procedimientos o estrategias de investigación orientado a la evaluación del impacto del tratamiento (técnica educativa) en aquellos contextos donde la asignación de las unidades no es al azar, y al estudio de los cambios que se observan en los sujetos en función del tiempo, comparando el antes y después de la técnica empleada.
- Longitudinal: porque estudió y evaluó a las mismas personas por un período de tiempo.
- Transversal; porque los datos de cada sujeto representan un momento en el tiempo.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **4.2.1 Población de estudio**

La población de la investigación estuvo conformada por 62 personas con discapacidad mental y sus respectivos padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, durante el período setiembre – diciembre del año 2018.

#### **4.2.2 Criterios de selección**

##### **4.2.2.1 Criterios de inclusión**

- Personas con discapacidad mental que estuvieron matriculados al Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”.
- Personas que permitieron la revisión bucal.
- Madres o padres de familia de personas con discapacidad mental que desearon colaborar con las técnicas educativas y firmaron el consentimiento informado para que sus hijos sean evaluados.

##### **4.2.2.2 Criterios de exclusión**

- Personas que no permitieron la revisión bucal.
- Madres o padres de familia que no desearon participar con la implementación de las técnicas educativas y no permitieron que sus hijos sean evaluados.

#### **4.2.3 Muestra**

La muestra estuvo conformada por 60 personas con discapacidad mental que cumplieron con los criterios de selección y sus respectivos padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”.

El tipo de muestreo empleado para determinar el tamaño de la muestra fue no probabilístico por conveniencia.

### 4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

#### 4.3.1 Técnicas de recolección de datos

La técnica empleada para la recolección de la información fue:

- Observación; esta técnica consiste en obtener información mediante la percepción de un fenómeno determinado.

Los procedimientos que se realizaron para la recolección de datos fueron:

Se envió de una carta de presentación de la Coordinadora de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Ayacucho hacia la directora del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios” (Anexo N° 1).

Luego se realizó una reunión donde se les explicó a todos los padres de familia de forma clara y concisa el propósito de este estudio. Se procedió al llenado y firma del consentimiento informado (Anexo N° 2).

Se planificó la examinación a los alumnos, 2 visitas por cada uno, para la toma del índice de higiene oral simplificado.

**Primera visita:** se tomó el índice de higiene oral simplificado, antes de que sus padres reciban una de las técnicas educativas (informativa o demostrativa).

**Segunda visita:** se tomó el índice de higiene oral simplificado, después de que sus padres o apoderados recibieran una de las técnicas educativas (informativa o educativa). Los alumnos que conformaron el grupo control, se les tomó el índice de higiene oral simplificado tanto en la primera visita como en la segunda visita, sin que sus padres recibieran alguna técnica educativa.

Para la toma del índice de higiene oral se utilizó una solución reveladora de placa, después se procedió a la evaluación de la tinción de esta solución en las superficies dentarias. Todo lo observado se registró en una ficha. El índice de higiene bucal que se utilizó fue el índice simplificado de Greene y Vermillion para placa blanda.

Los dientes a evaluar fueron:

- Molar superior derecho vestibular
- Molar superior izquierdo vestibular
- Molar inferior derecho lingual
- Molar inferior izquierdo lingual
- Incisivo central superior derecho vestibular
- Incisivo central inferior izquierdo vestibular

Ante la ausencia de alguna pieza dentaria evaluada se escogió la pieza adyacente.

**Calcular el IHO:**

$$\text{Índice} = \frac{\text{Suma de resultados parciales}}{\text{N}^\circ \text{ de dientes evaluados}}$$

**Valor del IHO-S – Placa blanda:**

- Bueno: 0.0 – 0.6
- Regular: 0.7 – 1.8
- Malo: 1.9 – 3.0

A los padres se dirigieron las técnicas educativas, divididas en tres grupos, de la siguiente manera:

**Primer grupo de padres que recibió la técnica educativa:  
Informativa**

La técnica educativa fue sobre higiene bucal, esta sesión tuvo una duración de 40 minutos y se realizó con la ayuda de audiovisuales y todos los requisitos establecidos para su ejecución.

La técnica informativa se realizó en un aula del centro de educación siendo dictada exclusivamente a los padres, esta constó de 3 partes (importancia de los dientes, cepillado dental y técnica de cepillado dental), la exposición se realizó con la participación activa de los padres de familia (preguntas y respuestas).

Al cabo de una semana de recibida la técnica informativa sobre higiene bucal se procedió a evaluar el índice de higiene oral simplificado final en los alumnos con discapacidad mental.

**Segundo grupo de padres que recibió la técnica educativa:  
Demostrativa**

La técnica educativa fue sobre higiene bucal, esto se dio en grupos de 5 padres de acuerdo a un cronograma. La técnica fue netamente demostrativa, constó de 3 partes (importancia de los dientes, cepillado dental y técnica de cepillado dental), a cada uno de los padres se los hizo participar formulando y respondiendo preguntas, donde ellos plantearon sus inquietudes sobre higiene bucal, el ambiente donde se realizó fue un salón del centro de educación, que contó con sillas, mesas y una pizarra acrílica, la demostración se realizó propiamente con materiales tipo maquetas (tipodones, cepillos, pasta dental, estructura de un diente, etc.), la duración fue de 40 minutos aproximadamente por cada grupo de padres.

Al cabo de una semana de recibida la técnica demostrativa sobre higiene bucal se procedió a evaluar el índice de higiene oral simplificado final en los alumnos con discapacidad mental.

**Tercer grupo de padres (control):** este grupo no fue sometido a ninguna técnica educativa, pero si se evaluó el índice de higiene oral simplificado de los alumnos con discapacidad mental al inicio, y después de una semana se evaluó el índice de higiene oral simplificado final.

#### **4.3.2 Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

El instrumento para la recolección de datos fue una ficha clínica de evaluación.

##### **a. Instrumentos de recolección de datos**

- **Ficha clínica:** se empleó una ficha clínica de evaluación elaborada para la presente investigación y constó de 2 partes: datos generales e IHOS (Anexo N° 3).

##### **b. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos**

Para la confirmación y posterior aplicación de la ficha clínica elaborada, se realizó lo siguiente:

**Juicio de expertos:** en función de verificar el instrumento, se seleccionó la validez de contenido por medio del panel de expertos en conocimientos de la variable de estudio y en metodología de investigación, quienes emitieron su opinión o evaluación acerca de los ítems que conforman la ficha clínica.

Se seleccionarán tres expertos, quienes recibieron información acerca de los objetivos de la investigación, variables, ficha clínica y

un formato de evaluación dirigido a evaluar aspectos como la claridad, objetividad, actualidad, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y oportunidad. Una vez evaluada la ficha clínica se procedió a realizar las correcciones respectivas y revisar la redacción de los ítems (Anexo N° 4).

N°	Experto	Promedio de evaluación
1	Espejo Tipacti, Mariela Del Rosario	83,0%
2	Flores Yataco, Tatiana Francisca	93,0%
3	Pizarro Morales, Miguel	95,0%

Obteniendo como promedio de evaluación final 90,4%; que equivale a una validez excelente.

#### **4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información**

Una vez recolectados los datos en su totalidad, se procedió a incorporar la información en una base de datos para ser analizados con el Software estadístico IBM SPSS versión 24 en entorno Windows. Los resultados fueron presentados en cuadros de doble entrada y gráficos.

#### **4.5 Aspectos éticos**

El siguiente protocolo fue revisado y aprobado para su ejecución por la Comisión de Revisión del área de investigación de la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas – Filial Ayacucho.

Se elaboró una hoja de consentimiento informado que se le otorgó al sujeto que fue parte del estudio previamente al iniciar la investigación, donde se detalló la debida confiabilidad, respeto y anonimato durante el manejo de la información por parte del investigador.

Se solicitó la autorización correspondiente a la directora del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios” para la realización de la investigación.

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

#### **5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia y gráficos**

Siguiendo los criterios de selección, el estudio incluyó un total de 60 personas con discapacidad mental y sus respectivos padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.

En cuanto a la técnica educativa dirigida a los padres, 20 recibieron la técnica informativa, 20 la técnica demostrativa y 20 no recibieron técnica alguna (grupo control).

Del análisis de los datos se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla N° 1**

*Eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*

Resultado de la intervención	Técnica educativa				Total	
	Informativa		Demostrativa		N°	%
	N°	%	N°	%		
Mejora	18	90,0%	19	95,0%	37	92,5%
Sigue igual	2	10,0%	1	5,0%	3	7,5%
<b>Total</b>	20	100,0%	20	100,0%	40	100,0%

Fuente: elaboración propia.

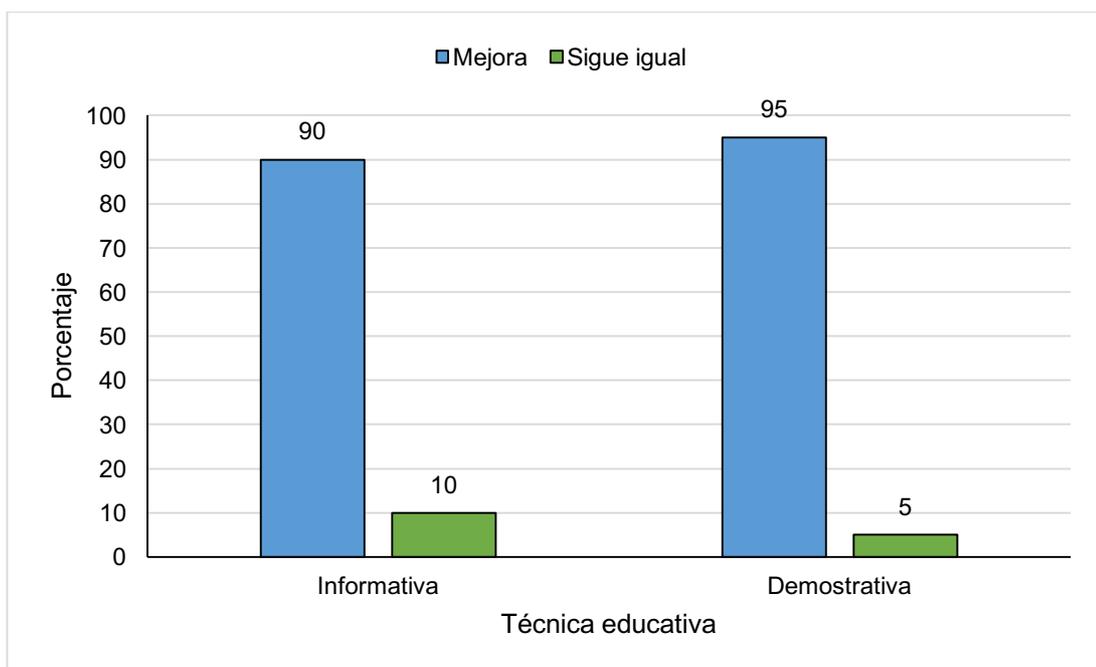
$$X^2 = 0,360$$

$$gl = 1$$

$$p = 0,548$$

**Gráfico N° 1**

*Eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*



Fuente: elaboración propia.

La tabla N° 1 y el gráfico N° 1 nos presenta la eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.

Del 100% de padres (20) que se les aplicó la técnica informativa, el 90% de sus hijos mejoró la higiene bucal y del 100% de padres (20) que se les aplicó la técnica demostrativa, el 95% de sus hijos mejoró la higiene bucal.

Se concluye que al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (informativa y demostrativa) de cómo mejora el índice o sigue igual, se observa que de acuerdo a los resultados del análisis de Chi cuadrado no existe significancia estadística ( $p=0,548$ ), lo que se interpreta que las frecuencias de las categorías mencionadas son semejantes en los dos grupos, es decir que tanto con la técnica informativa y demostrativa se logran mejoras de igual magnitud en el índice de higiene bucal; sin embargo se debe considerar que en la técnica demostrativa existe una mayor frecuencia de mejora.

**Tabla N° 2**

*Índice de higiene oral de personas con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*

Índice de higiene bucal (antes)	Técnica educativa						Total	
	Informativa		Demostrativa		No intervenido		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Regular	0	0,0%	0	0,0%	2	10,0%	2	3,3%
Mala	20	100,0%	20	100,0%	18	90,0%	58	96,7%
<b>Total</b>	20	100,0%	20	100,0%	20	100,0%	60	100,0%

Fuente: elaboración propia.

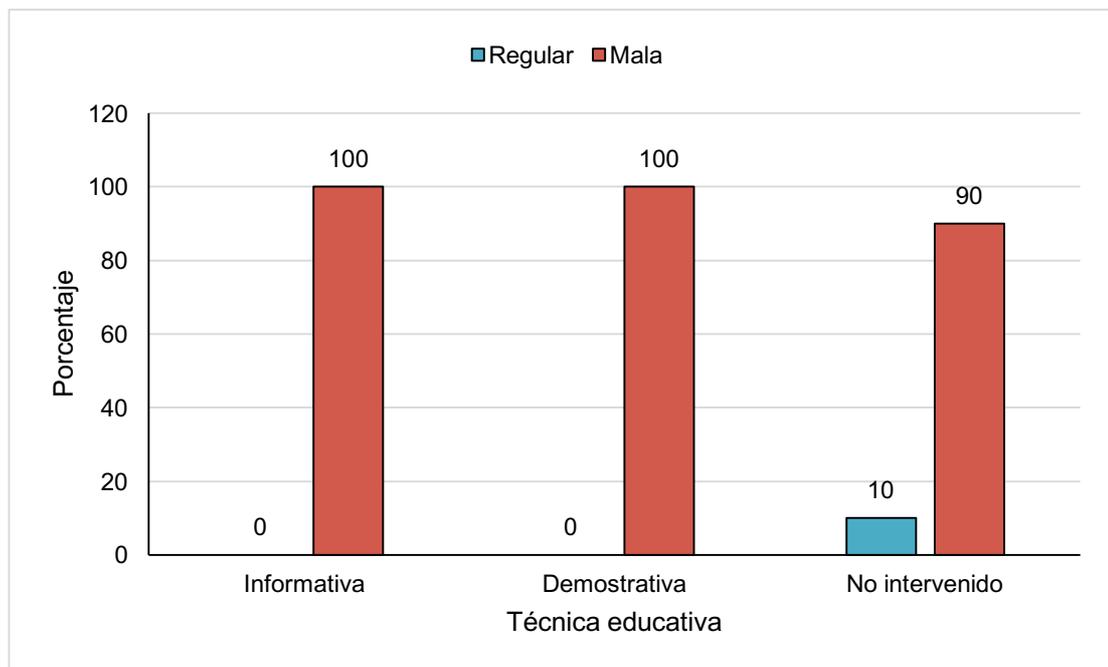
$$X^2 = 4,138$$

$$gl = 2$$

$$p = 0,126$$

**Gráfico N° 2**

*Índice de higiene oral de personas con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*



Fuente: elaboración propia.

La tabla N° 2 y el gráfico N° 2 nos presenta el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.

Del 100% de las personas con discapacidad mental, el 96,7% presentó un índice de higiene bucal malo y el 3,3% un índice regular.

Se concluye, que al realizar la prueba de Chi cuadrado no se obtuvo significancia estadística ( $p=0,126$ ), debido a que los tres grupos (informativa, demostrativa y no intervenido) son estadísticamente iguales en cuanto a las frecuencias de los índices de higiene oral.

**Tabla N° 3**

*Índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*

Índice de higiene bucal (después)	Técnica educativa						Total	
	Informativa		Demostrativa		No intervenido		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Buena	0	0,0%	14	70,0%	0	0,0%	14	23,3%
Regular	18	90,0%	5	25,0%	2	10,0%	25	41,7%
Mala	2	10,0%	1	5,0%	18	90,0%	21	35,0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	<b>60</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia.

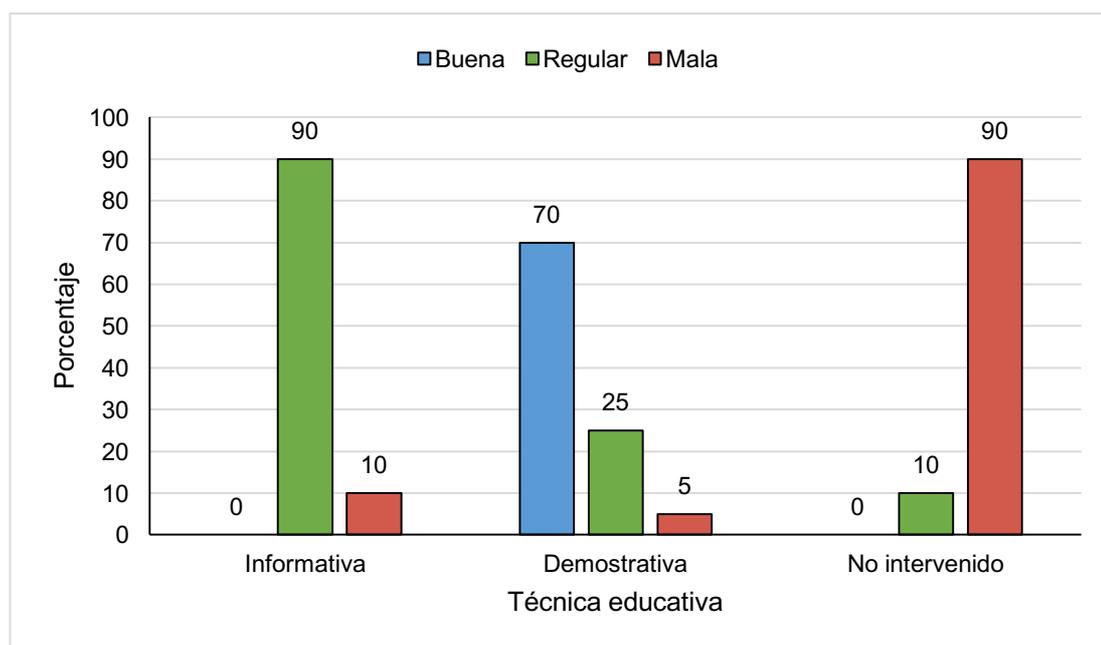
$$X^2 = 71,360$$

$$gl = 4$$

$$p = 0,000$$

**Gráfico N° 3**

*Índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*



Fuente: elaboración propia.

La tabla N° 3 y el gráfico N° 3 nos presenta el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.

Luego de la intervención realizada a los padres de las personas con discapacidad mental, se observa que las frecuencias inicialmente descritas han sufrido importantes modificaciones; es así que para el grupo intervenido con la técnica informativa se observa que el 90% muestran un índice regular, habiéndose reducido la frecuencia del índice malo a solo 10% (inicialmente fue de 100%). En el grupo intervenido mediante la técnica demostrativa, se observa cambios aún más notorios, es así que la frecuencia del índice de higiene bucal bueno representa al 70% de individuos cuyos padres participaron en dicho grupo. Por otro lado, en el grupo no intervenido la frecuencia del índice malo se mantiene en 90%.

Se concluye que al realizar la prueba de Chi cuadrado se halló significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que quiere decir que existe diferencias en los tres grupos comparados, resultado diferente a lo hallado inicialmente.

**Tabla N° 4**

*Eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*

Resultado de la intervención	Técnica educativa				Total	
	Informativa		No intervenido			
	N°	%	N°	%	N°	%
Mejora	18	90,0%	0	0,0%	18	45,0%
Sigue igual	2	10,0%	20	100,0%	22	55,0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	<b>40</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: elaboración propia.

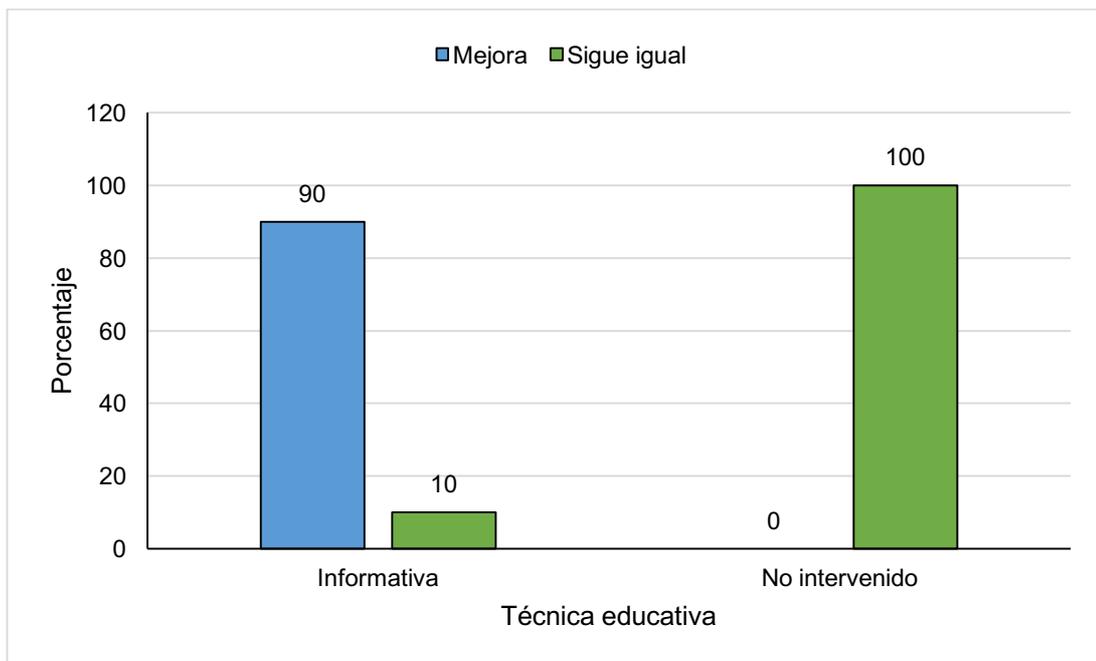
$$X^2 = 32,727$$

$$gl = 1$$

$$p = 0,000$$

**Gráfico N° 4**

*Eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*



Fuente: elaboración propia.

La tabla N° 4 y el gráfico N° 4 nos presenta la eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.

Del 100% de padres (20) que se les aplicó la técnica informativa, el 90% de sus hijos mejoró la higiene bucal, mientras que el 10% sigue igual. Por otro lado, en el grupo no intervenido las frecuencias se mantuvieron iguales en un 100%.

Se concluye que al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (informativa y no intervenido) de cómo mejora el índice o sigue igual, se observa que de acuerdo a los resultados del análisis de Chi cuadrado existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que se interpreta que las frecuencias de las categorías mencionadas son diferentes en los dos grupos, por lo tanto se evidencia que la intervención informativa logró el objetivo de mejorar el índice de higiene oral.

**Tabla N° 5**

*Eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*

Resultado de la intervención	Técnica educativa				Total	
	Demostrativa		No intervenido			
	N°	%	N°	%	N°	%
Mejora	19	95,0%	0	0,0%	19	47,5%
Sigue igual	1	5,0%	20	100,0%	21	52,5%
<b>Total</b>	20	100,0%	20	100,0%	40	100,0%

Fuente: elaboración propia.

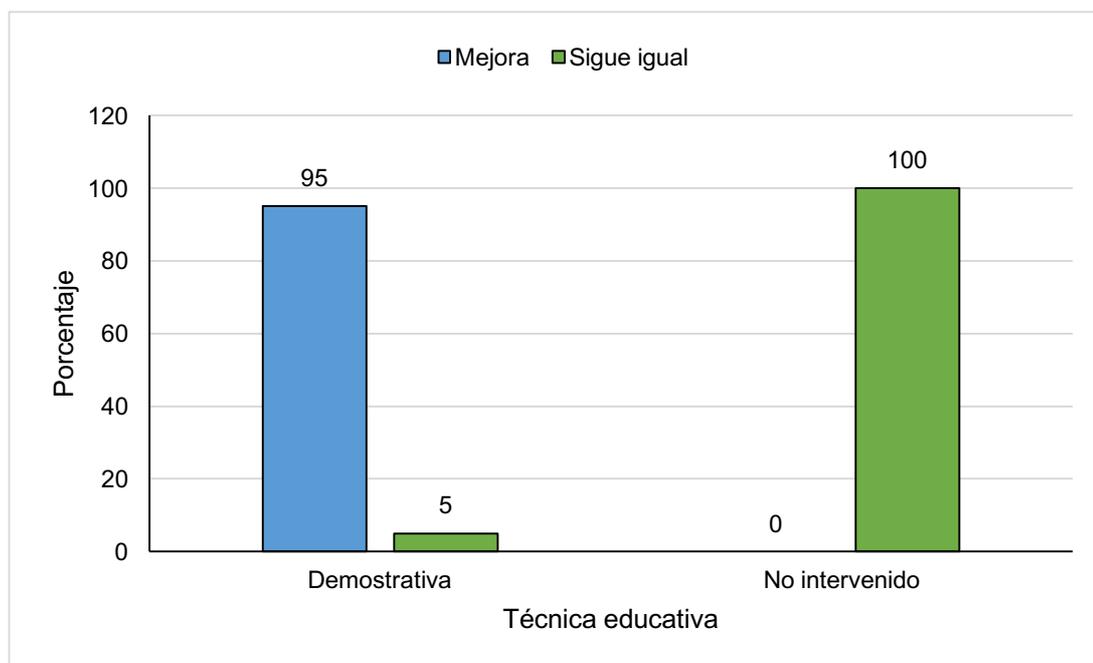
$$X^2 = 36,190$$

$$gl = 1$$

$$p = 0,000$$

**Gráfico N° 5**

*Eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*



Fuente: elaboración propia.

La tabla N° 5 y el gráfico N° 5 nos presenta la eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.

Del 100% de padres (20) que se les aplicó la técnica demostrativa, el 95% de sus hijos mejoró la higiene bucal, mientras que el 5% sigue igual. Por otro lado, en el grupo no intervenido las frecuencias se mantuvieron iguales en un 100%.

Se concluye que al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (demostrativa y no intervenido) de cómo mejora el índice o sigue igual, se observa que de acuerdo a los resultados del análisis de Chi cuadrado existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que se interpreta que las frecuencias de las categorías mencionadas son diferentes en los dos grupos, por lo tanto se evidencia que la intervención demostrativa logró el objetivo de mejorar el índice de higiene oral.

**Tabla N° 6**

*Eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*

Resultado de la intervención	Técnica educativa						Total	
	Informativa		Demostrativa		No intervenido		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Mejora	18	90,0%	19	95,0%	0	0,0%	37	61,7%
Sigue igual	2	10,0%	1	5,0%	20	100,0%	23	38,3%
<b>Total</b>	20	100,0%	20	100,0%	20	100,0%	60	100,0%

Fuente: elaboración propia.

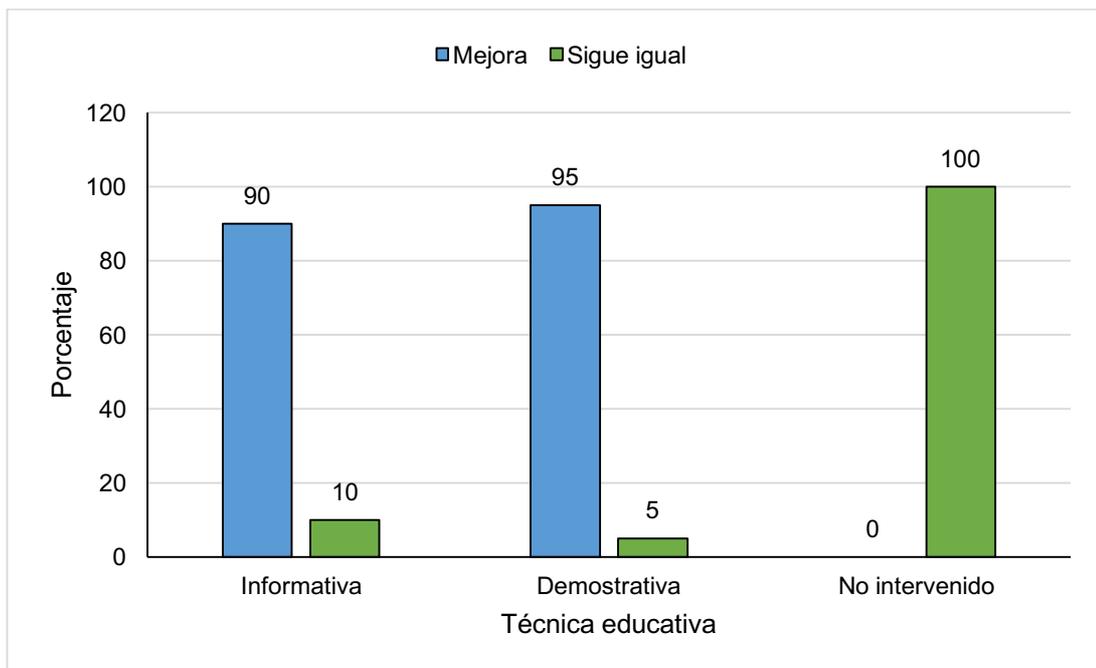
$$X^2 = 48,367$$

$$gl = 2$$

$$p = 0,000$$

**Gráfico N° 6**

*Eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.*



Fuente: elaboración propia.

La tabla N° 6 y el gráfico N° 6 nos presenta la eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.

Del 100% de padres (20) que se les aplicó la técnica informativa, el 90% de sus hijos mejoró la higiene bucal, mientras que el 10% sigue igual; 20 padres que se les aplicó la técnica demostrativa, el 95% de sus hijos mejoró la higiene bucal, mientras que el 5% sigue igual. Por otro lado, en el grupo no intervenido las frecuencias se mantuvieron iguales en un 100%.

Se concluye que al comparar los resultados de la intervención en los tres grupos (informativa, demostrativa y no intervenido) de cómo mejora el índice o sigue igual, se observa que en el 90% y 95% de los casos existe mejora en el grupo con técnica informativa y demostrativa, respectivamente; mientras que en el grupo no intervenido las frecuencias de los índices no han variado y esto se corrobora con los resultados obtenidos del análisis de Chi cuadrado, existiendo significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que nos hace ver que los grupos muestran diferencias en cuanto a las frecuencias, principalmente referido al grupo no intervenido.

## 5.2 Discusión

La tabla N° 1 nos presenta la eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental. Se observó que no existe significancia estadística ( $p=0,548$ ), ya que las frecuencias en las técnicas empleadas fueron semejantes (lograron mejoras); sin embargo se debe considerar que en la técnica demostrativa existió una mayor frecuencia de mejora. Este resultado es similar con la investigación de Flores D´A. (Perú, 2017), en la cual se mostró mejoras en sus índices de higiene oral después de la aplicación de una estrategia de salud bucal. A su vez este estudio difiere con Morales O. (Perú, 2006), en el cual se observó que la técnica educativa demostrativa dirigida a padres obtuvo una reducción en el IHO de las personas con discapacidad mental (hijos), siendo estadísticamente significativa ( $p<0,05$ ) con respecto a la técnica educativa informativa y en el grupo control no hubo variación significativa.

La tabla N° 2 nos presenta el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a sus padres. El 96,7% presentó un índice de higiene oral malo y el 3,3% un índice regular; resultados que difieren con el estudio de Flores D´A. (2017), el cual obtuvo un índice de higiene oral simplificado regular en un 56,82% y deficiente en un 43,18%.

La tabla N° 3 nos presenta el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a sus padres. El 41,7% presentó un índice de higiene oral regular, el 35% un índice malo y el 23,3% un índice bueno; resultados que difieren con la investigación de Flores D´A. (2017), el cual obtuvo un índice de higiene oral regular en un 63,64% y buena en un 36,36%. Encontramos frecuencias distintas en ambas investigaciones; sin embargo se debe considerar que en las técnicas educativas empleadas existió una mayor frecuencia de mejora de la higiene bucal.

La tabla N° 4 nos presenta la eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres. Se observó que existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), ya que las frecuencias de las categorías mencionadas son diferentes en los dos grupos, por lo tanto se evidencia que la intervención informativa logró el objetivo de mejorar el índice de higiene oral. Este resultado es similar con la investigación de Morales O. (2006) quien observó que la técnica informativa dirigida a padres, obtuvo una reducción en el IHO de las personas con discapacidad mental (hijos), siendo estadísticamente significativa ( $p<0.05$ ) con respecto al grupo control.

La tabla N° 5 nos presenta la eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres. Se observó que existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), ya que las frecuencias de las categorías mencionadas son diferentes en los dos grupos, por lo tanto se evidencia que la intervención demostrativa logró el objetivo de mejorar el índice de higiene oral. Este resultado es similar con la investigación de Morales O. (2006) quien observó que la técnica demostrativa dirigida a padres, obtuvo una reducción en el IHO de forma significativa ( $p<0,05$ ) con respecto al grupo control.

Los resultados de la tabla N° 6 no pudieron ser comparados con otras investigaciones, debido a la falta de estos datos en otros estudios.

## CONCLUSIONES

1. Al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (informativa y demostrativa), se observó que de acuerdo al análisis de Chi cuadrado no existe significancia estadística ( $p=0,548$ ), lo que significa que las frecuencias de las categorías mencionadas fueron semejantes en los dos grupos; sin embargo se considera que en la técnica demostrativa existió una mayor frecuencia de mejora.
2. Antes de aplicar una intervención educativa a los padres de personas con discapacidad mental, el índice de higiene oral fue malo en un 96,7%. De acuerdo al análisis de Chi cuadrado no se obtuvo significancia estadística ( $p=0,126$ ), debido a que los tres grupos (informativa, demostrativa y no intervenido) son estadísticamente iguales en cuanto a las frecuencias de los índices de higiene oral.
3. Después de aplicar una intervención educativa a los padres de personas con discapacidad mental, se observó que las frecuencias inicialmente descritas sufrieron importantes modificaciones. De acuerdo al análisis de Chi cuadrado se halló una significancia estadística ( $p=0,000$ ), ya que existe diferencias en los tres grupos comparados, logrando resultados diferentes a lo hallado inicialmente.
4. Al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (informativa y no intervenido), se observó que de acuerdo al análisis de Chi cuadrado existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que significa que las frecuencias de las categorías mencionadas fueron diferentes en los dos grupos, evidenciando que la intervención informativa logró el objetivo de mejorar el índice de higiene oral.
5. Al comparar los resultados de la intervención en los dos grupos (demostrativa y no intervenido), se observó que de acuerdo al análisis de Chi cuadrado existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que significa

que las frecuencias de las categorías mencionadas fueron diferentes en los dos grupos, evidenciando que la intervención demostrativa logró el objetivo de mejorar el índice de higiene oral.

6. Al comparar los resultados de la intervención en los tres grupos (informativa, demostrativa y no intervenido), se observó que de acuerdo al análisis de Chi cuadrado existe significancia estadística ( $p=0,000$ ), lo que significa que las frecuencias de las categorías mencionadas fueron diferentes en los tres grupos, principalmente referido al grupo no intervenido.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios posteriores evaluando la influencia de las técnicas educativas aplicadas a los padres sobre el índice de higiene oral de alumnos con discapacidad intelectual en poblaciones más grandes.
2. Realizar programas de entrenamiento sobre higiene bucal a largo plazo, tanto para padres como para educadores, analizando periódicamente los IHO de las personas con discapacidad mental.
3. Desarrollar programas y charlas educativas preventivas sobre salud bucal para padres, cuidadores y o profesores de niños con discapacidad mental.
4. Promover y abordar el tema de odontología inclusiva, profesando con el ejemplo y convertirnos en una ciudad que tenga el compromiso de brindarle atención a pacientes con discapacidad mental.
5. Implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene bucal para los niños con discapacidad mental.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INEI. En el Perú 1 millón 575 mil personas presentan algún tipo de discapacidad. Instituto Nacional de Estadística 2 de diciembre 2012. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-1-millon-575-mil-personas-presentan-alg/> (último acceso 20 diciembre 2018).
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf) (último acceso 28 diciembre 2018).
3. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Ginebra. 58° Asamblea Mundial de la Salud; 2005.
4. Organización Mundial de la Salud. La salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales. Boletín Epidemiológico 2001; 3(21). <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/oral-health.htm> (último acceso 25 julio 2018).
5. Vásquez M. Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. Tesis para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2009.
6. Lamas M. Caries de la infancia temprana: etiología, factores de riesgo y prevención. Profesión Dental 1999; 2(6): 362-8.
7. Goerdts A. Prevención de discapacidades y rehabilitación. Rev. de la OMS 1995; 48(5): 4.
8. Llerena del Rosario M, Madrigal E. Características bucales de los niños con parálisis cerebral infantil. Rev. Adam Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana 1988; 45(2): 63-4.
9. Horwitz S, Kerker B, Zigler E. Dental health among individuals with mental retardation. In the health status and needs of individuals with mental retardation. Special Olympics, Inc. Washington, 2001.

10. Horwitz S, Kerker B, Zigler E. Prevalence of mental retardation. In the health status and needs of individuals with mental retardation. Special Olympics, Inc. Washington, 2001.
11. Flores D´A. Influencia de la estrategia educativa módulo de promoción de la salud bucal aplicada a los padres sobre el nivel de higiene oral de los alumnos con discapacidad intelectual del Centro Educativo Básico Especial Beata Ana Rosa Gattorno del distrito Coronel Gregorio Albarracín Lanchipa. Septiembre – Noviembre 2016. Tesis para obtener el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna; 2017.
12. Morales O. Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental en el Centro Ann Sullivan del Perú. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
13. Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
14. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad 2001.
15. Jiménez A, Huete A. La discapacidad en España: Datos epidemiológicos; 2002.
16. Instituto nacional de estadística, geografía e informática. Clasificación de tipo de discapacidad. España. 2001.
17. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Ginebra. OMS; 2011.
18. Ministerio de Educación de Chile. Retraso del desarrollo y discapacidad intelectual. Santiago, Chile 2007.
19. Boj J, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. Odontopediatría. Madrid: Masson; 2005.
20. Santos D. Alteraciones del desarrollo dental en alumnos con Síndrome de Down de 6 a 25 años de edad del C.E. Especial Unámonos, Arequipa

2015. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Católica de Santa María; 2015.
21. Pinkham J.R. Odontología Pediátrica. 3ª Ed. México: Editorial Mac Graw-Hill Interamericana; 2001.
  22. Bouras N, Holt G, Day K, Dosen A. Mental Health in Mental Retardation: The ABC for mental health, primary care and other professionals. Grup Pere Mata (London). 2002.
  23. Sociedad Española de Odontopediatria. Pacientes pediátricos con discapacidades - Sonrisas & Vida. Sonrisas&Vida. 2012. Disponible en: <http://www.sonrisasyvida.org/discapacidad-informacion-consejos-3/infancia-y-discapacidad/pacientes-pediaticos-con-discapacidades> (último acceso 10 agosto 2018).
  24. Diccionario de Medicina. Oceano-Mosb. Edición, Barcelona, España: Editorial Océano; 1995.
  25. Luckasson R, Borthwick-Duffy S, Buntix W, Coulter D, Craig E, Reeve A, y cols. Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation. (Traducción al castellano de M.A. Verdugo y C. Jenaro). Madrid: Alianza Editorial; 2002.
  26. Weddell A. y Col. Trastornos odontológicos del niño incapacitado. Odontología Pediátrica J.R. México: Editorial Interamericana; 1998.
  27. Morales M. El paciente autista en la clínica dental. Revista ORIS 2010; 4-8. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Mariana\\_Morales-Chavez/publication/311856402\\_EL\\_PACIENTE\\_AUTISTA\\_EN\\_LA\\_CLINICA\\_DENTAL\\_ARTICULO\\_CIENTIFICO/links/59bc8125aca272aff2d48473/EL-PACIENTE-AUTISTA-EN-LA-CLINICA-DENTAL-ARTICULO-CIENTIFICO.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mariana_Morales-Chavez/publication/311856402_EL_PACIENTE_AUTISTA_EN_LA_CLINICA_DENTAL_ARTICULO_CIENTIFICO/links/59bc8125aca272aff2d48473/EL-PACIENTE-AUTISTA-EN-LA-CLINICA-DENTAL-ARTICULO-CIENTIFICO.pdf) (último acceso 5 agosto 2018).
  28. Martínez A, Matamaros M. Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición 2003; 7.
  29. Mulhe R, Trentacoste SV, Rapin I. The genetics of autism. Pediatrics 2004; 113(5): 472-86.

30. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Técnicas para una estrategia de comunicación en salud. Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares; 1995.
31. Ávila S. Influencia del programa educativo “Sonríe Feliz” sobre la promoción de la salud bucal en niños del Colegio José Olaya Balandra, Distrito de Mala, 2009. Tesis para obtener el título profesional de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Nacional Federico Villareal; 2011.
32. Luján A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en tutores y padres de familia y niños de Educación Inicial en el distrito del Porvenir de la provincia de Trujillo, Región La Libertad en el año 2001. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Perú: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2001.
33. Arias S, Muñoz L, Rodríguez G, García J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. *Archivo Médico de Camagüey* 2005; 9(2).
34. Arias S, Muñoz L, Romero C, Espeso N. Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental ligero, padres y educadores. *Archivo Médico de Camagüey* 2005; 9(6).
35. Domínguez M, Infante Y, Roca M. Programa de formación para padres y cuidadores de niños con discapacidad motora y auditiva de la fundación para el niño sordo Ical como estrategia de promoción del buen trato. Proyecto para optar al Título de Especialista en Gestión en Rehabilitación. Universidad de la Sabana; 2009.
36. Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Universitas Odontológica* 2011; 30(64): 101-108.
37. Jáuregui A. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en madres que asisten al programa “Control de crecimiento y desarrollo e inmunización” del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Estomatología. Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
38. Gil F, Aguilar M, Cañamás M, Ibáñez P. Sistemática de la higiene bucodental: el cepillado dental manual. *Periodoncia y Osteointegración* 2005; 15(1): 43-58.

39. Delgado R. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
40. Criollo T. Estudio epidemiología y rehabilitación de las patologías más frecuentes de los/as jóvenes del Centro de Protección al Discapacitado de Loja (CEPRODIS) durante el período marzo - julio del 2010. Tesis previa a la obtención del Título de Odontóloga. Universidad Nacional de Loja; 2010.
41. Navarro I. Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil-adolescente de Castilla-La Mancha. Memoria para optar al Grado de Doctor. Universidad Complutense de Madrid; 2010.
42. Carranza S, Sznajder N. Compendio de Periodoncia. 5ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2010.
43. Maquera C. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal y los hábitos de higiene oral en estudiantes de primer y segundo grado de secundaria de las Instituciones Educativas Públicas del distrito de ciudad Nueva-Tacna, 2012. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna; 2013.
44. Barrancos J, Barrancos P. Operatoria dental: integración clínica. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
45. Ceccotti E, Sforza R, Carzoglio J, Luberti R, Flichman J. El diagnóstico en clínica estomatológica. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2007.
46. Chileno M. Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en escolares con discapacidad. Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
47. Rodríguez M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2002. Tesis para optar el Título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.

48. Ministerio de salud. Manual de Normas Técnico Administrativo del Subprograma de Salud Bucal. Perú. Dirección general de salud de las personas; 1996.
49. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Nota informativa N° 318 abril 2012. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/> (último acceso 23 diciembre 2018).

## **ANEXOS**

# ANEXO N° 1

## CARTA DE PRESENTACIÓN



FILIAL AYACUCHO  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Ayacucho, 25 de Setiembre del 2018

CARTA N° 032-2018-EPEST-FMHYCS-FA-UAP

**LIC. AIDE CLAUDIO TORRES**

**Directora del Centro de Educación Básica Especial "San Juan de Dios"**

Ciudad.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle y expresarle mi felicitación por la labor que realiza en bien de la institución que dignamente dirige.

La Bachiller en Estomatología **Yoselin Karen Villanueva Espinoza**, viene desarrollando el Proyecto de Tesis titulado **Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del C.E.B.E. San Juan de Dios, Ayacucho 2018**; para optar el título de Cirujano Dentista; por lo que me digno en presentarle a la mencionada alumna, quien ejecutará dicha investigación en la institución a su cargo, suplicándole tenga a bien brindarle las facilidades del caso.

Agradeciéndole anticipadamente a la atención al presente, es ocasión para manifestarle las muestras de mi deferencia personal.

Atentamente



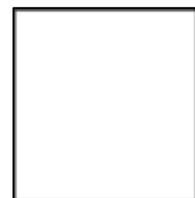
**ANEXO N° 2**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, .....  
identificado(a) con DNI ....., he sido informado(a) que el objetivo del estudio es determinar la eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigida a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, realizado por la Bachiller en Estomatología Yoselin Karen Villanueva Espinoza.

La investigadora me ha informado que mi participación constará en el recibimiento de técnicas educativas sobre higiene bucal; informativa o demostrativa y a mi hijo(a) se le realizará un examen clínico odontológico, además de la toma del índice de higiene oral.

Además, me ha explicado que los resultados obtenidos serán totalmente confidenciales y que la ficha de recolección de datos guardará el anonimato de la identidad de mi persona y la de mi menor hijo(a).

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria acepto participar en la investigación y doy mi consentimiento para que mi hijo(a)..... sea también parte del presente estudio.



\_\_\_\_\_

Firma del participante

Fecha: .....



**Índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de Greene y Vermillion**

<b>1.6 / 5.5</b>	<b>1.1 / 5.1</b>	<b>2.6 / 6.5</b>
<b>4.6 / 8.5</b>	<b>4.1 / 7.1</b>	<b>3.6 / 7.5</b>

I.H.O. = 
$$\frac{\text{Suma de resultados parciales}}{\text{Número de dientes evaluados}} = \underline{\hspace{2cm}} = \underline{\hspace{2cm}}$$

**Buena** (    )

**Regular** (    )

**Mala** (    )

**Fecha del I.H.O.:**.....

Los valores clínicos de higiene bucal para placa blanda son:

- **Buena:** 0.0 a 0.6
- **Regular:** 0.7 a 1.8
- **Mala:** 1.9 a 3,0

# ANEXO N° 4

## FICHA DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS MEDIANTE JUICIO DE EXPERTOS

### Ficha de experto N° 1



#### FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

##### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e Institución donde labora	Nombre del Instrumento de evaluación	Autor del Instrumento
Espejo Tipacti; Mariela del Rosario	DOCENTE UAP	Ficha Clínica	Yoselin Karen Villanueva Espinoza

##### II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 – 60%	Muy Buena 61 – 80%	Excelente 81 – 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					82%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables				78%	
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología				80%	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica				80%	
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					85%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés					90%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés					95%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					85%
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					80%
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado					85%

##### III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

##### IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN:

83%

Lugar y fecha	DNI	Firma del experto	Teléfono
Ayacucho, 14-09-18	10178280		998990648

## Ficha de experto N° 2



### FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e Institución donde labora	Nombre del instrumento de evaluación	Autor del instrumento
CD. FLORES YATACO TATIANA FRANCISCA	DOCENTE UNIVERSI- TARIA	Ficha clínica	YOSEUN KAREN VILLANUEVA ESPINOZA

#### II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					90%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					95%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					95%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					95%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					95%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés					95%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés					90%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					90%
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					90%
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado					95%

#### III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

SI

#### IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN:

93%
-----

Lugar y fecha	DNI	Firma del experto	Teléfono
Ayacucho, 13/09/18	92796023	 DOCENTE - UAP COP. 25628	989611620

## Ficha de experto N° 3



### FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto	Cargo e institución donde labora	Nombre del instrumento de evaluación	Autor del instrumento
CD. PIZARRO MORALES TIGUEL	CIRUJANO DENTISTA C.S "BARRIOS ALTOS"	FICHA CLINICA	YOSELIN KAREN VILLANOVA ESPINOZA

#### II. ASPECTOS DE EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					95%
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables					95%
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología					95%
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica					95%
5. SUFICIENCIA	Comprende los aspectos en cantidad y calidad					95%
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para valorar aspectos de la variable de interés					96%
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico-científico de la variable de interés					96%
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones					95%
9. METODOLOGÍA	La entrega responde al pronóstico del diagnóstico					95%
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado					95%

#### III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

SI

#### IV. PROMEDIO DE EVALUACIÓN:

95%
-----

Lugar y fecha	DNI	Firma del experto	Teléfono
Ayacucho, 19/09/2018	21525219		966966222

**ANEXO N° 5**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**Título:** Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del C.E.B.E “San Juan de Dios”, Ayacucho 2018.

**Autora:** Bach. Yoselin Karen Villanueva Espinoza

**Asesor:** Mg. C.D. José Antonio Ruiz Ninapaytan

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es la eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuál es el índice de higiene oral de personas</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la eficacia entre dos técnicas educativas sobre higiene bucal dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar el índice de higiene oral de personas</p>	<p>La técnica educativa informativa dirigida a los padres tiene mayor eficacia en la reducción de índice de higiene oral de las personas con discapacidad mental en comparación con la técnica demostrativa.</p> <p>La técnica educativa demostrativa dirigida a los padres tiene mayor eficacia en la reducción de índice de higiene oral de las personas con discapacidad mental en comparación con</p>	<p><b>Variable 1</b> Eficacia de una técnica educativa (informativa) sobre higiene bucal dirigida a padres.</p> <p><b>Variable 2</b> Eficacia de una técnica educativa (demostrativa) sobre higiene bucal dirigida a padres.</p>	<p><b>Tipo de investigación:</b> Aplicada</p> <p><b>Nivel de investigación:</b> Descriptiva</p> <p><b>Método de investigación:</b> Observacional</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> Cuasi experimental Longitudinal Transversal</p> <p><b>Población de estudio:</b> 62 personas con discapacidad</p>

<p>con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – agosto – noviembre 2018?</p> <p>¿Cuál es el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?</p> <p>¿Cuál es la eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a</p>	<p>con discapacidad mental antes de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.</p> <p>Determinar el índice de higiene oral de personas con discapacidad mental después de una intervención educativa dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.</p> <p>Determinar la eficacia de la técnica informativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a</p>	<p>la técnica informativa.</p>		<p>mental y sus respectivos padres.</p> <p><b>Muestra:</b> Estuvo conformada por 60 personas con discapacidad mental que cumplan con los criterios de selección.</p> <p>El tipo de muestro empleado fue no probabilístico por conveniencia.</p> <p><b>Técnica e instrumentos de recolección de datos:</b></p> <p><b>Técnica:</b> Observación</p> <p><b>Instrumento:</b> Ficha clínica</p>
---	--	--------------------------------	--	---

<p>los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?</p>	<p>los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.</p>			
<p>¿Cuál es la eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018?</p>	<p>Determinar la eficacia de la técnica demostrativa en comparación con el grupo no intervenido dirigida a los padres del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, distrito de Ayacucho; agosto – noviembre 2018.</p>			
<p>¿Cuál es la eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan</p>	<p>Determinar la eficacia de dos técnicas educativas sobre higiene bucal en comparación con el grupo no intervenido dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del Centro de Educación Básica Especial “San Juan</p>			

de Dios", distrito de Ayacucho; agosto - noviembre 2018?	de Dios", distrito de Ayacucho; agosto - noviembre 2018.			
--	--	--	--	--

## ANEXO N° 6 FOTOGRAFÍAS



Figura N° 1. Primer examen del índice de higiene oral simplificado antes de la aplicación de una técnica educativa a sus padres.



Figura N° 2. Aplicación de la técnica informativa a los padres de familia.



Figura N° 3. Aplicación de la técnica informativa a los padres de familia.



Figura N° 4. Segundo examen del índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica informativa.



Figura N° 5. Aplicación de la técnica demostrativa a los padres de familia.



Figura N° 6. Aplicación de la técnica demostrativa a los padres de familia.



Figura N° 7. Segundo examen del índice de higiene oral simplificado después de la aplicación de la técnica demostrativa.



Figura N° 8. Alumnos del Centro de Educación Básica Especial “San Juan de Dios”, después de la fase clínica.