



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

TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN MADRES
DE NIÑOS ESPECIALES DEL CENTRO EDUCATIVO ESPECIAL
CERRITO AZUL LIMA 2016**

PRESENTADO POR

BACHILLER ANDREA KIMBERLY CORDOVA COLLACHAGUA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

CIRUJANO DENTISTA

LIMA, PERÚ

2016

A Dios por darme la vida, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante el tiempo de estudio

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Padres Norma y Briston por haberme dado la vida, por su paciencia, comprensión y apoyo incondicional y enseñarme que las metas son alcanzables

RECONOCIMIENTO

A la Escuela Profesional de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, por haberme acogido en sus claustros.

A la directora de estomatología doctora Miriam Vásquez segura por sus consejos y experiencias.

A mi Asesor doctor Federico Malpartida por su paciencia y enseñanzas.

A los docentes del taller de tesis, por su apoyo en el desarrollo de la investigación.

A los docentes, padres de familia y alumnos del Centro Educativo Especial Cerrito Azul por permitirme el desarrollo del trabajo de investigación y brindarme las facilidades.

ÍNDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Reconocimiento	
Índice	
Lista de tablas y gráficos	
Resumen	
Abstract	
Introducción	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	Pág.
1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Delimitación del problema	13
1.2.1 Delimitación espacial	13
1.2.2 Delimitación temporal	13
1.2.3 Delimitación social	13
1.2.4 Delimitación conceptual	14
1.3 Formulación del problema	14
1.3.1 Problema principal	14
1.3.2 Problemas secundarios	14
1.4 Objetivos del problema	14
1.4.1 Objetivo general	14
1.4.2 Objetivos específicos	15
1.5 Hipótesis y variables de la investigación	15
1.5.1 Hipótesis general	15
1.5.2 Hipótesis secundarias	15
1.5.3 Variables	16

1.6 Metodología de la investigación	17
1.6.1 Tipo y nivel de investigación	17
a. Tipo de investigación	17
b. Nivel de investigación	17
1.7 Población y muestra	17
1.7.1 Población	17
1.7.2 Muestra	17
1.8 Técnicas e instrumentos de la investigación	18
1.8.1 Técnicas	18
1.8.2 Instrumentos	18
1.9 Justificación e importancia de la investigación	19
1.9.1 Justificación de la investigación	19
1.9.2 Importancia de la investigación	19
1.9.3 Limitaciones de la investigación	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	21
2.2 Bases teóricas	24
2.2.1 Teoría del conocimiento	24
2.2.2 Conocimiento higiene bucal	26
2.2.3 Definición del paciente especial o discapacitado	27
a. Síndrome down	27
b. Autismo	33
c. Retraso mental	34

2.2.4 Higiene bucal 36

2.3 Definición términos básicos 43

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN 44

3.1 Análisis de tablas y gráficos 44

3.2 Discusión 54

3.3 Conclusiones 56

3.4 Recomendaciones 56

FUENTES DE INFORMACIÓN

ANEXOS

Anexo 1: Carta de presentación

Anexo 2: Carta de respuesta

Anexo 3: Consentimiento informado

Anexo 4: Cuestionario

Anexo 5: Fotografías

Anexo 6: Matriz de consistencia

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla N°1: Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.	44
Tabla N°2: Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.	46
Tabla N°3: Nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.	48
Tabla N °4: Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.	50
Tabla N°5: Nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul.	52

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

GRÁFICO N°1: Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.	44
GRÁFICO N°2: Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.	46
GRÁFICO N°3: Nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.	48
GRÁFICO N°4: Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.	50
GRÁFICO N°5: Nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul.	52

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul. Lima 2016.

La muestra estuvo conformada por 80 madres de familia de niños especiales que tenían de 20 a 40 años y que sus hijos pertenezcan al Centro Educativo Especial Cerrito Azul.

Se encontró que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales fue regular con un 50 por ciento en madres de 20-24 años, 40 por ciento en madres de 25-29 años, 50 por ciento en madres de 30-34 años y 75 por ciento en madres de 35-39 años.

El nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal fue malo obteniendo 75 por ciento en madres de 30–39, el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal fue regular con un 70 por ciento en madres de 35–39 años, el nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal fue malo con un 80 por ciento en madres de 35–39 años, el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal fue malo con un 90 por ciento en madres de 35–39 años.

Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales fue regular siendo necesario implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal incluyendo la higiene bucal en padres y en niños especiales.

Palabras claves: nivel de conocimiento, higiene bucal, niños especiales.

ABSTRACT

This descriptive study, transverse and observational, aimed to determine the level of knowledge of Level of knowledge on buccal hygiene in mothers of especial children of the Teaching Especial Center "Cerrito Azul". Lima 2016.

The sample was shaped by 80 especial children's mothers that had from 20 40 years and than its children belong to the Teaching Especial Center "Cerrito Azul"

It was found that the level of knowledge on buccal hygiene in mothers of especial children was fairly good with a 50 percent in mothers of 20-24 years, 40 percent in mothers of 25-29 years, 50 percent in mothers of 30-34 years and 75 percent in mothers of 35-39 years.

The level of knowledge on elements of buccal hygiene was bad getting 75 percent in mothers from 30–39, the level of knowledge on habits of buccal hygiene was fairly good with a 70 percent in mothers of 35–39 years, the level of knowledge on pathologies of buccal hygiene was bad with a 80 percent in mothers of 35–39 years, the level of knowledge on techniques of buccal hygiene was bad with a 90 percent in mothers of 35–39 years.

Concluding that the level of knowledge on buccal hygiene in mothers of especial children was fairly good being necessary to implement within the school activities practical courses of personal hygiene including the buccal hygiene in parents and in especial children.

Key words: Level of knowledge, buccal hygiene, especial children.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las diversas enfermedades que se producen en la cavidad oral resaltan la caries dental y la enfermedad periodontal, siendo producidas por la acumulación de placa bacteria favoreciendo su desarrollo. ^{1,2}

Para evitar dichas enfermedades se debe de dar una adecuada enseñanza de la prevención de la cavidad bucal para poder lograr una adecuada higiene dada por el odontólogo como el correcto uso de la técnica de cepillado y el uso del hilo dental. ²

En el caso de personas sean niños, adolescentes o adultos con limitaciones mentales esta higiene será enseñada de modo integral ya que el especialista no solo instruirá al paciente sino también a los familiares, para poder lograr una adecuada higiene de la persona. ^{2,3}

En la mayoría de casos de personas con limitaciones mentales se ve un elevado desarrollo de la caries y la enfermedad periodontal, debido a que los familiares no presentan un adecuado nivel de conocimiento e importancia de la higiene en este tipo de pacientes. ^{2,3}

Los responsables directos de la higiene bucal de los niños discapacitados son las personas más cercanas a ellos: padres, familiares y educadores que en muchos casos transmiten sus conocimientos que pueden perjudicarlos, de aquí nace la importancia de saber el nivel de conocimiento de los padres de niños especiales sobre higiene bucal y conocer con mayor detalle la realidad del nivel de conocimiento actual. ^{2,3}

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

Esta investigación buscara medir los niveles de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños con limitaciones mentales (especiales).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la realidad problemática

La mayoría de madres creen que la asistencia odontológica y preventiva comienza a los tres años de edad, que es cuando los niños ya tienen los dientes deciduos completos es por esta razón que a muy temprana edad observamos ausencia de piezas dentales o riegos altos de caries, por eso debemos informar a las madres desde la etapa de gestación que la higiene bucal en realidad empieza desde que él bebe nace. Ya que de no tener una adecuada higiene los dientes que erupcionarán estarán propensos a cualquier enfermedad.⁴

Por esta razón la prevención y conciencia odontológica debe comenzar con los padres y al tratar con niños especiales aún más ya que ellos necesitan la ayuda de los padres para realizar la correcta higiene bucal.⁵

En este punto nace el presente trabajo que busca saber el nivel conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños especiales, porque es fundamental y así podemos prevenir el desarrollo de patología en boca, mejorar la salud bucal y de esta manera aportar en la calidad de vida del niño especial.

1.2 Delimitación del problema

1.2.1 Delimitación espacial

El trabajo de investigación se desarrolló en el distrito de San Juan de Miraflores en el Centro Educativo Especial Cerrito Azul año 2016.

1.2.2 Delimitación temporal

El trabajo de investigación se realizará en el mes de mayo del año 2016.

1.2.3 Delimitación social

El trabajo de investigación se realizó a las madres de familia del Centro Educativo Especial Cerrito Azul.

1.2.4 Delimitación conceptual

Nivel de Conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales en el Centro Educativo Especial Cerrito Azul.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema principal

¿Cuál será el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul, Lima 2016?

1.3.2 Problemas secundarios

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad?
4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad?

1.4 OBJETIVO DEL PROBLEMA

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul año 2016.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.
3. Determinar el nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.
4. Determinar el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.

1.5 Hipótesis de la investigación

1.5.1 Hipótesis general

El nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul es regular.

1.5.2 Hipótesis secundarias

1. El nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad es regular.
2. El nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad es regular.
3. El nivel de conocimiento sobre patologías bucales en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad es regular.

4. El nivel de conocimiento en técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad es regular.

1.5.3 VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR
Nivel de conocimiento	Cualitativa Categorica	Registro en cuestionario	Ordinal	Bueno Regular Malo
Edad	Cualitativa Numérica	DNI	Razón	20 – 24 25 – 29 30 – 34 35 – 39
Grado de instrucción	Cualitativa Categorica	Registro en cuestionario	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Educación Primaria • Educación Secundaria • Educación Superior Universitaria • Educación Superior Técnica

1.6 Metodología de la investigación

1.6.1 Tipo y nivel de investigación

A) Tipo de investigación

Observacional: No existe la intervención del investigador.

Prospectivo: Realiza el estudio a propósito de la investigación.

Transversal: Las variables serán medidas en una sola ocasión.

Descriptivo: El análisis estadístico, es univariado porque sólo describe; o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra.

B) Nivel de investigación

Descriptivo: Describe fenómenos sociales clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada.

1.7 Población y muestra

1.7.1 Población

Conformado por 120 madres de Niños especiales matriculados en el Centro Educativo Especial Cerrito Azul.

1.7.2 Muestra

Estuvo conformado por 80 madres de niño especiales matriculados en el Centro Educativo Especial Cerrito Azul según los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Madres que firmen el consentimiento informado (Ver anexo N°1).
- Madres que colaboren con la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Que presenten limitación física o mental.
- Madres que no quieran participar del estudio.
- Madres que no quieran realizar la encuesta.

1.8 Técnicas e instrumentos de la investigación

1.8.1 Técnica

- Se solicitó permiso del Centro Educativo Especial Cerrito Azul para la ejecución del proyecto de investigación.
- Una vez que se obtuvo la aprobación del estudio se procedió a la recolección de datos invitando a las madres del Centro Educativo Especial Cerrito Azul que cubrían los requisitos de inclusión a una entrevista en la sala de espera.
- Una vez identificados se les explico el objetivo del estudio y que su participación consistía en contestar un cuestionario.
- Cuando el paciente acepto participar se les solicitó por escrito que firmara un consentimiento informado.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta especialmente para este estudio que consta de dos partes.

1. Datos de filiación o identificación, edad, grado de instrucción.
2. Datos en relación al nivel de conocimiento sobre higiene bucal, dispuestos en 12 preguntas, divididas en 4 subescalas de 4 preguntas cada una: elementos de higiene bucal, hábitos de higiene bucal, técnicas de higiene bucal y patologías de higiene bucal. El instrumento consto de preguntas con sus adecuadas alternativas. (Ver Anexo N°2)

La información directa: Previo consentimiento de las madres de familia la recolección de datos se inició con la aplicación de una encuesta.

1.8.2 Instrumentos

Se aplicó un cuestionario sobre nivel de conocimiento en Higiene bucal que se aplicó también en las investigaciones realizadas por Perez Sanchez Rosa Doris, Agripina Cabellos Alfaro, – Rodríguez Vargas Cecilia el cual fue valido en cada una de estas tesis.

- Nivel de Conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales – Perez Sanchez Rosa. Trujillo 2015.

- Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en Centro Ann Sullivan del Perú – Doris Agripina Cabellos Alfaro. Lima 2006.
- Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del Hospital Nacional Daniel A. Carrión – Rodríguez Vargas Cecilia. Lima 2002

1.9 Justificación, importancia y limitaciones de la investigación

1.9.1 Justificación de la investigación

La presente investigación se justifica porque en el Perú no contamos con programas preventivos sobre salud bucal en niños especiales que aborden la problemática del conocimiento de medidas de prevención de las madres de estos niños.

Obteniendo los resultados podremos establecer el grado de conocimiento sobre higiene bucal de las madres de niños especiales y así proponer un plan preventivo, eficaz y viable en el futuro sobre higiene bucal y métodos preventivos como enseñar, orientar, educar y reforzar el nivel de conocimiento en las mamás ya que tienen un rol muy importante en la salud bucal de sus hijos, debido a que ellos no pueden realizarlo de la manera correcta por sí mismos.

De esta manera con el presente trabajo de investigación contribuimos a la salud general ya que se puede utilizar como una base de datos para futuros proyectos e investigaciones en esta población.

1.9.2 Importancia de la investigación

El presente estudio es importante porque contribuye al conocimiento del manejo de la higiene bucal en niños especiales que por sus limitaciones neurológicas no pueden realizar su higiene bucal de manera correcta. La base teórica servirá para preparar y capacitar a las madres de los niños especiales, mediante un programa preventivo en este grupo.

1.9.3 Limitaciones de la investigación

- Información Adquirida: Para la base teórica se requiere un marco conceptual sencillo y coherente por ello se realizó las búsquedas en revistas, artículos, tesis y libros publicados bajo un estricto rigor científico ya que la información respecto al tema es abundante.
- Socioculturales: Madres de familia renuentes a la firma del consentimiento informado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Para la presente investigación se seleccionaron antecedentes al trabajo propuesto, cuyas recapitulaciones se presentan a continuación:

Pérez R. (2015), se encontró que el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (40,10%). El nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (46,55%) según el género y no existió diferencia estadísticamente significativa. Según la edad el nivel de conocimiento fue regular siendo 41,46% y 41,27% para los grupos de 20-30 y 30-45 años respectivamente, existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años siendo 36,17% ($p=0.0425$). Así mismo, según el grado de instrucción se encontró que el nivel de conocimiento fue regular siendo 33,78% para los de nivel primaria, 47,89% para los de secundaria, y 38,30% para los de nivel superior existiendo diferencia significativa entre los de nivel primaria con los de nivel secundaria y superior ($p=0.0289$). Concluyendo que el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular siendo necesario implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal incluyendo la higiene bucal en padres y en niños con habilidades especiales.⁶

Rueda M., Isidro L., (2014), realizaron un estudio observacional, prospectivo y transversal, diseñaron un instrumento para determinar los índices de caries, obturados y perdidos, el estado de salud periodontal se determinó a través de la inspección clínica tomando en cuenta la presencia de inflamación gingival. Se utilizó IHOS para determinar el grado de higiene bucal y para determinar las mal oclusiones se utilizó la clasificación molar de Angle en dentición permanente y los planos terminales en dentición temporal. La población estuvo constituida por 48 infantes del sexo femenino y 29 del sexo masculino de edades entre 4–15 años. El resultado fue el sexo femenino presento una media de dientes cariados de 4,6%, la de dientes obturados fue de 3,3%, de

dientes perdidos temporales fue de 1%, dientes perdidos permanentes 1%, extracciones indicadas 6,5%; y en sexo masculino fue cariados 5%, dientes obturados 2,25%, dientes perdidos permanentes 2,5%, dientes presentes 26,6%, extracciones indicadas 3,3%, el 62% presento gingivitis y el 37% presentaron algún tipo de mal oclusión.⁷

Ochoa E., et al., (2013), recolectaron la información mediante la utilización de 17 metodologías participativas y lúdicas. Obteniendo como resultados un nivel de conocimiento regular en los dos grupos estudiados y fueron: los sentidos de autocuidado (ligado a prácticas para evitar la enfermedad) y la percepción acerca del cuidado (Carencia de autonomía en los niños y jóvenes para realizar prácticas de autocuidado).⁸

Garcés C., et al., (2013), evaluaron 195 estudiantes de 6 a 21 años con DI leve a moderada. Obteniendo COPD/ceod promedio fue de 2.19 para mujeres y de 1.59 para hombres; el IHO-S en el 75,9% de los participantes fue regular, encontrándose peor IHO-S en participantes con DI moderada. Solo un 2,6% presento código 0 para IG. La mayoría poseía cepillo de dientes propio (88,2%) y se cepillaban sin ayuda (96,4%).⁹

Motta A. (2011), se realizó un estudio descriptivo comparativo, clínico, observacional y transversal. La muestra comprendió 88 alumnos de ambos sexos entre 4 a 25 años de edad En cuanto a la distribución por sexo, 59 son hombres (67%) y 29 son mujeres (33%). La media del Índice gingival fue 0,4326 y la media del Índice de Higiene Oral Simplificado fue de 1,11251. El 95,45% de los alumnos presenta IG-m leve, el 3,4% moderado y el 1,15% severo. En los alumnos de sexo masculino; el 64,80% presentan IG-m leve, el 1,10% presenta IG-m moderado y el 1,10% presenta IG-m severo y en las de sexo femenino el 30,68% presenta IG-m leve y el 2,27% presenta IG-m moderado. El 57,96% de los alumnos presenta IHO-s bueno, el 39,77% presenta IHO-s regular y el 2,27% presenta IHO-s malo. En los alumnos de

sexo masculino, el 55,93% presentan IHO-s bueno, el 42,37% presenta IHO-s regular y el 1,7% 10 presenta IHO-s malo y en las de sexo femenino el 68,96% presenta IHO-s bueno y el 31,04% presenta IHO-s regular. En conclusión, llegaron que los pacientes presentan discapacidades intelectuales y necesidades odontológicas, por lo cual fueron derivados al Servicio de Odontopediatria del Centro Medico Naval “Cirujano Mayor Santiago Tavera”.¹⁰

Cayo C., et al., (2011), se trabajó con un total de 28 alumnos utilizando el método de estimulación audiovisual. Se tomó un test de entrada a la profesora del aula, para conocer los hábitos de higiene oral de cada niño. Luego se procedió a proporcionar cepillos y pasta dental; además, se les proporciono un disco compacto con música adaptada, para que los niños la escuchen después de ingerir sus alimentos por un mes. Además, dos veces a la semana se realizaba una teatralización y coreografía que sensibilizaba a los niños y profesores para la higiene oral. La forma en que se verifico la obtención de los resultados fue observacional, con apoyo de una cámara filmadora o por inspección directa. Se utilizaron estadísticos de contraste de la prueba de McNemar para la significación de los cambios, utilizando la distribución binomial. Se observó al final del mes, que los 28 niños se higienizaba la cavidad oral de forma voluntaria al hacerles escuchar la música con la letra adaptada, a pesar de que al inicio solo se cepillaban 19 niños esporádicamente, mientras los otro nueve solo eran obligados. Se concluyó que la estimulación audiovisual induce de forma eficaz a los niños con necesidades especiales a obtener el hábito de higiene oral.¹¹

Teixeira P. et al., (2010), realizaron un estudio descriptivo observacional de corte transversal en una población de 102 madres, la mayoría de madres encuestadas denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal en los bebés. En conclusión, el conocimiento de las madres sobre los cuidados bucodentales de sus niños es bajo, por lo que es necesaria la educación bucodental.¹²

Cabellos D. (2006), realizaron el estudio con una muestra de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). En la primera fase de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas, dividido en cuatro partes: tres preguntas sobre elementos de higiene bucal, tres preguntas sobre hábitos de higiene bucal, tres preguntas sobre patología bucal relacionada a higiene bucal y tres preguntas sobre técnicas de higiene bucal.¹³

En la segunda fase de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un $p < 0,05$ y una correlación inversa regular, $p = -0,58$ con un $p < 0,05$ es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.¹³

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría del conocimiento

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como: “El producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia”. El diccionario acepta que la existencia de conocimiento es muy difícil de observar y reduce su presencia a la detección de sus efectos posteriores. Los conocimientos se almacenan en la persona (o en otro tipo de agentes). Esto hace que sea casi imposible observarlos.¹⁴

El conocimiento siempre implica una dualidad de realidades de un lado, el sujeto cognoscente y, del otro, el objeto conocido, que es poseído en cierta

manera, por el sujeto cognoscente. El pensamiento es un conocimiento intelectual.¹⁵

Mediante el conocimiento, el hombre penetra las diversas áreas de la realidad para tomar posesión de ella. Ahora bien, la propia realidad presenta niveles y estructuras diferentes en su constitución.

Se tienen así cuatro especies de consideraciones sobre la misma realidad, el hombre, y, en consecuencia, tenemos cuatro niveles diferentes de conocimiento.¹⁵

- **Conocimiento empírico**

También llamado vulgar, es el conocimiento popular, obtenido por azar, luego de inúmeras tentativas.

A través del conocimiento empírico, el hombre común conoce los hechos y su orden aparente, tiene explicaciones concernientes a las razones de ser de las cosas y de los hombres, todo ello logrado a través de experiencias cumplidas al azar, sin metido y mediante investigaciones personales cumplidas al calor de las circunstancias de la vida; o valido del saber de otros y de las tradiciones de la colectividad; e, incluso, extraído de la doctrina de una religión positiva. ⁽¹⁵⁾

- **Conocimiento científico**

Este conocimiento va más allá del empírico: por medio de él, trascendido el fenómeno, se conocen las causas y las leyes que lo rigen. Es metódico. Conocer verdaderamente, es conocer por las causas.

De ahí las características del conocimiento científico:

Es cierto, porque sabe explicar los motivos de su certeza, lo que no ocurre con el empírico.

Es general, es decir, conoce en lo real lo que tiene de más universal, válido para todos los casos de la misma especie. La ciencia, partiendo de lo individual, busca en él lo que tiene en común con los demás de la misma especie.¹⁵

- **Conocimiento filosófico**

El objeto de la filosofía está constituido por realidades inmediatas, no perceptibles por los sentidos, las cuales, por ser de orden suprasensible, traspasan la experiencia.

En la acepción clásica, la filosofía estaba considerada como la ciencia de las causas por sus causas supremas. Modernamente, se prefiere hablar del filosofar. El filosofar es un interrogar, un continuo cuestionar sobre sí y sobre la realidad. La filosofía es una búsqueda constante de sentido, de justificación, de posibilidades, de interpretación al respecto de todo aquello que rodea al hombre y sobre el hombre mismo, en su existencia concreta.¹⁵

- **Conocimiento teológico**

El conocimiento relativo a Dios, aceptado por la fe teológica, constituye el conocimiento teológico. Es aquel conjunto de verdades a las cuales los hombres llegan, no con el auxilio de su inteligencia, sino mediante la aceptación de los datos de la revelación divina. Son los conocimientos adquiridos a través de los libros sagrados y aceptados racionalmente por los hombres, después de haber pasado por la crítica histórica más exigente.¹⁵

2.2.2 Conocimiento higiene bucal

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades bucales de mayor prevalencia son las caries dentales y la periodontal las cuales afectan a más de 90% de la población.

La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirlas y realizar un diagnóstico temprano. Las acciones más importantes en la prevención de las enfermedades bucales es la higiene bucal, la alimentación correcta y la eliminación de hábitos nocivos, como el tabaquismo y el consumo excesivo de azúcares. La salud bucal es parte integral de la salud, es por ello que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana. La boca como puerta de entrada al cuerpo responde al mundo exterior pero además refleja lo que ocurre en el interior.²⁹

2.2.3 Definición del paciente especial o discapacitado

El paciente niño especial o discapacitado es aquel cuya condición física, mental clínica o social le impide alcanzar su pleno desarrollo en comparación con otros niños de su misma edad;¹⁶ en el acta de rehabilitación de 1973 se define como “Persona Incapacitada” como aquella que:

- Presenta un impedimento físico que limita las actividades de la vida, como el comer, ver, hablar, aprender, trabajar, etc.
- Presentan algún registro de cierto impedimento.^{17,18}

La amplitud del impedimento o discapacidad del niño depende del grado en el cual, su habilidad de funcionalidad normal ha sido afectada.

Dividido en tres categorías principales de discapacidad:

- Discapacidad física
- Discapacidad mental
- Trastornos sistémicos¹⁷

A) Síndrome down

El S.D. es una combinación de signos y síntomas caracterizados que se producen por una alteración en la división cromosómica durante la concepción del bebé, es una de las alteraciones genéticas más comunes: nace con un cromosoma de más en sus células, es decir, trisomía 21.¹⁹

Se produce en uno de cada 700 nacimientos aproximadamente y afecta a todas las razas y niveles socio- económicos por igual.¹⁹

No existe una cura para el S. D., ni puede ser prevenido. Los científicos no saben por qué los problemas que incluyen al cromosoma 21 ocurren. Nada que cualquiera de los padres hizo, o no hizo, causó el Síndrome Down.¹⁹

Debido a los enormes avances médicos de los últimos años, el promedio de vida ha llegado hasta los 70 años.¹⁸

El riesgo del Síndrome Down se da en las mujeres mayores de 40 años y en las menores de 18. Los padres que ya han tenido un bebé con Síndrome de Down y las madres mayores de 35 años están en situación de riesgo.¹⁸

Aproximadamente el 80% de los niños que nacen con Síndrome de Down son hijos de madres menores de 35 años. Esto se debe al número de mujeres jóvenes embarazadas en comparación con las mayores.^{18,19}

Manifestaciones clínicas

El fenotipo abarca numerosas anomalías congénitas con defectos en el desarrollo de los órganos y sistemas.²⁰

1) Sistema nervioso:

Cráneo: La manifestación clínica más importante es la braquicefalia, acortamiento del diámetro antero-posterior y un aplanamiento del occipucio. En un niño con Síndrome Down las fontanelas pueden ser grandes y las suturas anchas, los senos maxilares, frontales y etmoidales pueden estar poco desarrollados o ausentes.²⁰

2) Sistema nervioso central:

Los relacionados con la afección al Sistema Nervioso Central son el retardo mental, la hipotonía muscular, la incoordinación y la reducción de las respuestas sensitivas. La epilepsia es mucho menos frecuente, entre el 1% y el 10% de los casos. Además, se encuentran anomalías neurológicas relativamente ligeras, tales como pupilas irregulares o con reacción perezosa a la luz, reflejo mandibular vivo e hiperreflexia de los músculos faciales.

Las personas adultas con Síndrome Down, presentan manifestaciones neuropatológicas particularmente después de los 40 años de edad.²⁰

3) Ojos:

Las fisuras palpebrales son oblicuas con una inclinación hacia arriba y hacia fuera y frecuentemente hay pliegues epicántricos.²⁰

4) Orejas:

Redondas y pequeñas muy frecuentemente.

5) Aparato cardiovascular:

Del 30 al 40% de los pacientes presentan cardiopatía congénita, las anomalías incluyen conducto atrioventricular completo, anomalía parcial del reborde endocárdico y defectos del septum ventricular, con menos frecuencia se presenta tetralogía de fallot, persistencia del conducto arterioso y defectos articulares del peptum secundum.²⁰

6) Aparato respiratorio:

El Hundimiento del puente nasal es un signo característico. Estos niños ofrecen baja resistencia a las infecciones sobre todo de las vías respiratorias superiores. Es frecuente encontrar en el examen clínico amígdalas hipertróficas, las adenopatías también suelen estar hipertróficas causa de esto puede ser el número elevado de respiradores bucales que encontramos en los niños con Síndrome Down. La postura abierta de la boca es frecuente debido al estrechamiento de la orofaringe.²⁰

7) Aparato Digestivo:

Hasta un 10% de pacientes puede padecer malformaciones congénitas del aparato gastrointestinal. ⁽²⁰⁾

8) Aparato Genito Urinario:

En el Varón con Síndrome Down, el pene y el escroto pueden ser pequeños e inmaduros, además los varones casi siempre son estériles y carecen de potencia sexual. En la mujer puede haber unos labios menores subdesarrollados y unos labios mayores en bolsa. ⁽²⁰⁾

9) Aparato Locomotor:

Las alteraciones esqueléticas incluyen hipoplasia del maxilar y del esfenoides, anomalías pélvicas y costales, luxación de cadera y subluxación de la rótula. Las manos y pies pueden ser notablemente cortos y anchos, los dedos tienden

a ser gruesos, el meñique puede mostrar una incurvación característica (clinodactilia) con la segunda falange corta.²⁰

10) Hematología:

Los trastornos hematológicos son múltiples, sobre todo en el recuento de glóbulos rojos, hemoglobina, volumen celular pruebas de fragilidad capilar, existe una mayor tendencia a la policitemia neonatal. La leucemia es una alteración hematológica característica del Síndrome Down es de 10 a 18 veces de mayor incidencia que en la población general.²⁰

11) Sistema inmunológico:

En el Síndrome Down se sospecha de un sistema inmunológico defectuoso, por la alta incidencia de infecciones respiratorias superiores y de muertes producidas por infecciones. Aunque se han publicado casos de anormalidades que afectan tanto al sistema inmunológico celular como el humoral, no hay hasta ahora ningún defecto comprobado en el sistema inmunológico y que explique adecuadamente porque tantos individuos son susceptibles a ciertas infecciones, más del 50% de los pacientes presentan disfunción tiroidea y la incidencia de leucemia linfocítica aguda es mayor.²⁰

Manifestaciones clínicas estomatológicas en el síndrome down.

1) Labios:

Se pueden encontrar voluminosos resecos y agrietados, debido a la respiración bucal que este tipo de niños en gran número presentan. Hay queilitis con frecuencia, especialmente fisurada. El cierre labial puede ser incompleto debido a la protrusión lingual, algunos niños presentan cicatrices sobre todo en el labio inferior debido al hábito de morderse los labios.^{20,19}

2) Carrillos:

En un estudio se encontró que un 90% de los casos de los pacientes portadores de este síndrome presentaban una mucosa yugal de consistencia endurecida, además se observó la existencia de la línea alba en muchos pacientes.²⁰

3) Paladar:

Paladar duro: clínicamente se va a encontrar un paladar ojival, en un estudio clínico métrico del paladar se determina que se trata además de un paladar pequeño en su conjunto (ancho, largo y altura). Las variaciones morfológicas de la bóveda palatina pueden estar condicionadas por dos razones fundamentales: la causa congénita y las dificultades respiratorias.

Paladar blando: Se puede observar la mucosa palatina congestiva debido a la respiración bucal.²⁰

4) Orofaringe:

Úvula: Durante la etapa de unión de los procesos palatinos, puede darse una fusión incompleta, resultado en el mejor de los casos una úvula bífida o fisurada.

Amígdalas: Suelen estar hipertróficas, estrechando la orofaringe y dificultando aún más el paso del aire.²⁰

5) Lengua:

Puede ser de tamaño normal o algo más agrandada, aparenta ser macroglósica por no tener cabida en la cavidad bucal. Puede ser indistintamente larga y delgada o gruesa, y ancha y en el tercio de los casos de aspecto escrotal.

Es frecuente hallar lengua fisurada con una incidencia de 50% superior a la población normal. Se puede encontrar papilas atrofiadas, aumento de volumen de las papilas caliciformes, indentaciones en las caras laterales de la lengua e inclusive una lengua saburral.²⁰

6) Gingiva:

Los pacientes con Síndrome Down tienen gran prevalencia de enfermedad periodontal y su inicio suele ser desde edades muy tempranas, por ello es frecuente encontrar gingivitis marginal inflamatoria crónica difusa y formación de bolsas en la región de los incisivos inferiores. Existen factores condicionantes de estas alteraciones como son: la malposición dentaria, la deficiente higiene oral y una mayor susceptibilidad a las infecciones.

Otra característica interesante es la elevada incidencia de gingivitis ulceronecrotizante aguda, observándose papilas interdentarias ulceradas cubiertas de una capa grisácea.²⁰

7) Dientes:

Los pacientes portadores de trisomía 21 presentan características muy particulares de la dentición como por ejemplo se puede observar un retardo en

la erupción de los dientes temporarios en el 75% de los casos pues el inicio de la erupción empieza en ellos aproximadamente a los 9 meses y por lo general complementa su erupción a los cuatro o cinco años, la erupción de los dientes permanentes suele ser más regular. La microdoncia es el defecto morfológico más común y se puede ubicar con mayor frecuencia a nivel de premolares y molares permanentes. Mc Millan y Keshgarian observaron que los defectos de la morfología y la agenesia congénita de los dientes existían en las dos denticiones.

Ingally y Butler observan un 25% de agenesia de incisivos laterales superiores. Los dientes son uniformemente hipo desarrollados con sus coronas a menudo mal formadas tal como los dientes en clavija. El 20% de pacientes presenta hipocalcificación del esmalte también la mencionan como amelogénesis imperfecta. El taurodontismo se presenta en el 36,4% de las personas con Síndrome Down, esto como resultado de la disminución de la actividad mitótica de las células en el desarrollo del germen dentario.

Los pacientes presentan defectos en la calcificación o hipoplasia del esmalte sobre todo a nivel de las molares y el porcentaje es de un 80%.²⁰

8) Oclusión:

Los problemas oclusales son muy variados se observa una hipoplasia maxilar respecto a la mandíbula, se presenta mesioclusion debido al prognatismo relativo, mordida cruzada posterior, mordida abierta, apiñamiento dental anterior.²⁰

Enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal:

- Enfermedad periodontal: la mayor susceptibilidad a esta enfermedad podría deberse a un error congénito de los mecanismos autoinmunitarios alterados en la composición y metabolismo de diferentes productos de la saliva.

En el análisis de saliva se encuentra un considerable aumento de ph, sodio, calcio, ácido úrico y bicarbonato, con velocidad de secreción disminuida, esto contribuirá a la propensión de la enfermedad periodontal, pero también a un índice bajo de caries.²¹

B) Autismo

El Autismo es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Ocurre 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. No se conoce ningún factor en el entorno psicológico del niño como causa directa de Autismo.²²

Este trastorno es también llamado Síndrome de Ranner, psicosis de iniciación precoz, psicosis infantil, psicosis de la niñez o esquizofrenia de la niñez. Hasta hace poco se creía que el autismo era una incapacidad emocional, pero se cree que tiene un trastorno neurológico y que es una afección del cerebro.²²

Sintomatología clínica del autista:

No siempre presentan características clínicas claramente identificables desde el momento del nacimiento, sino que pueden observarse después de unos meses o años de vida del niño afectado. Muchas veces no son observables en los bebés ya que sus características de sociabilidad en ellos son inmaduras en el primer momento de su vida y solamente con el transcurso del tiempo la existencia de alguna deficiencia recién se hace evidente.²³

Generalmente los síntomas tempranos son sutiles y vagos. Los padres pueden percibir que sus hijos son diferentes que los otros niños de su misma edad pero no son capaces de precisar cuál es la diferencia, ya que pocas personas saben con exactitud qué debe ser capaz de hacer un niño a una determinada edad e inclusive los que tienen más de un hijo, siempre reciben el consejo de que no hay que comparar a un niño con sus demás hermanos. La existencia de algún tipo de preocupación de alguno de los padres acerca de las características del desarrollo del comportamiento de su hijo, siempre será de utilidad y motivo para indagar más.²³

Los síntomas, causados por trastornos cerebrales, incluyen:

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

- Respuesta anormal a sensaciones. Cualquier combinación de los sentidos y sus respuestas están alterados: Visión, oído, tacto, dolor, equilibrio, olfato, gusto y el modo en que el niño maneja su cuerpo.
- El habla y el lenguaje no aparecen o retrasan su aparición a pesar de que existan capacidades intelectuales evidentes.
- Relación anormal con personas, objetos o acontecimientos.

El tratamiento odontológico de un niño autista depende del grado de retraso mental y del grado de desarrollo del lenguaje del niño. Generalmente es un problema en el manejo odontológico por lo cual las drogas sedantes han resultado beneficiosas para tratar a estos niños.

Sin embargo, los niños que hayan sido objeto de una extensa terapéutica para alentar su socialización podrían ser más aptos para la experiencia odontológica.

Además, se ha observado que el sonido de la pieza de alta velocidad es muy desconcertante para estos niños por lo tanto debe adoptarse precauciones.^{22,23}

C) Retraso mental

Retraso mental es una denominación general aplicada a personas cuyo desarrollo intelectual es significativamente más bajo que el de las personas normales y cuya capacidad para adaptarse a su ambiente es, en consecuencia limitada. Este estado varía en gravedad y causas. El término retraso mental (RM) se aplica a aquellas personas cuya capacidad intelectual general está significativamente por debajo de la media, y cuya adaptación al ambiente que las rodea es limitada. Se trata de un complejo conjunto de características que implican un enlentecimiento en el desarrollo de las diferentes áreas de funcionamiento del individuo. El nivel de retardo va desde los educables y adiestrables, ambos pueden tener un dominio de su salud personal, y no adiestrables, quienes necesitarán una continua supervisión. Comité Presidencial sobre Retraso Mental, se destacó el interés en la educación de los retrasados mentales para aumentar sus responsabilidades sociales y cívicas, sus aptitudes motoras y su independencia en la sociedad.

El retraso mental es un síntoma que se asocia a un gran número de entidades patológicas que afectan el organismo en sus primeras etapas de crecimientos y desarrollo. No constituye una entidad clínica en sí misma.²⁴

Este trastorno presenta diversas causas y grados de intensidad. Durante muchos años fueron prácticamente desconocidas las posibles capacidades de las personas con incapacidad intelectual. El retraso mental se mide por el coeficiente de inteligencia (CI), las personas con un coeficiente de inteligencia normal oscilan en números mayores de 70 y menores de 130. El retraso mental, en la escala de medición de la inteligencia está por debajo de 70. El otro extremo corresponde a los superdotados que tienen un CI de 130.³⁰

- Retraso mental leve con un CI que oscila entre un 50–55 a 70, a este nivel se le denomina “nivel educable” y a este nivel pertenecen el 85% de las personas que sufren retraso mental.
- Retraso mental moderado con un CI que oscila entre un 35–40 a un 50–55, se le denomina “nivel adiestrable” este grupo lo constituyen alrededor del 10% de la población que tienen retraso mental.
- Retraso mental grave con un CI que oscila entre 20–25 a un 35–40, a este grupo se incluye el 3–4% de los individuos con retraso mental, es notable durante los primeros años de vida pues su lenguaje es muy escaso prácticamente nulo.
- Retraso mental profundo con un CI de 20–25, en este grupo incluye aproximadamente el 1–2% de las personas que sufren un retraso mental. La mayoría de personas con este diagnóstico presentan una enfermedad de tipo neurológico, la cual explica el retraso mental.
- Retraso mental de gravedad su CI no es verificable mediante un test, estas personas pueden ser capacitadas aprendiendo señales básicas.³⁰

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.²⁴

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.²⁴ Los niños capaces de recibir cierta educación corresponden a un 5-10% de las personas retrasadas; se clasifican como retrasados mentales moderados. Se instruye a estos niños para que sean capaces de satisfacer sus propias necesidades.²⁴

Los niños retrasados gravemente por lo general requieren supervisión constante por parte del personal de apoyo.²⁵

El tratamiento odontológico para una persona retrasada mental requiere ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional. Los niños retrasados mentales en el tratamiento odontológico se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática, el odontólogo debe evaluar el grado de retraso mental. Estos niños pueden ser manejados por el odontólogo si le dedica tiempo y un poco de esfuerzo.²⁵

2.2.4 Higiene bucal

Según informes, las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos. Aunque en años recientes se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, dientes faltantes y maloclusiones, gran parte de lo cual se evitaría si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica. Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. El plan comienza poco después de la concepción, antes de que comiencen las enfermedades dentales, y no termina. No tiene final, porque la boca y sus partes deben durar toda la vida.²⁶

La caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en la constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman la placa

bacteriana y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquéllas.²⁶

Placa microbiana

La placa bacteriana se origina por la formación de una película salival que se adhiere a las piezas dentarias, donde comienzan a proliferar bacterias. En 24 horas la placa toma el aspecto de una pasta blanquecina y las bacterias comienzan a producir ácidos que descalcifican el esmalte y dañan a las fibras periodontales que soportan el diente al hueso. De persistir la placa bacteriana en los tejidos periodontales, comenzará a reabsorberse el hueso que sostiene a las piezas dentarias. Con el tiempo paciente sentirá que los dientes se mueven. Y comenzarán aparecer manchas en el esmalte que luego evolucionarán a caries. Si la placa microbiana se deja sobre la superficie dentaria, sin ninguna interferencia, puede mineralizarse y formar cálculos. Al ser la superficie de los depósitos calcificados áspera, favorece la continuación de la colonización bacteriana, y, además, la presencia de cálculos, imposibilita el control y eliminación de la placa, por lo que es muy perjudicial.²⁷

Detención de la placa

La placa bacteriana varía en su composición dependiendo de factores como el lugar en que se forma, la alimentación de la persona y su edad. Inicialmente invisible, ante la falta de higiene se espesa, haciéndose aparente por acumulo de restos alimenticios y poniendo de manifiesto con el empleo de colorante como la eritrosina, la fuscina básica, verde malaquita, mercurocromo, fluoresceína sódica y otros que en forma de tableta o gotas se introducen en la boca con movimientos linguales, van impregnando los lugares en que la placa se asienta.^{4,27}

Remoción de la placa

Iniciar la eliminación de placa e edad temprana facilita la creación de un hábito de cuidados dentales que dura toda la vida. La ausencia de enfermedades en boca genera satisfacción y felicidad tanto en los padres y el niño como el grupo

Odontológico que aportó tanto información como instrucciones y esfuerzo.^{4, 27}

- **Asesoramiento prenatal:** El objetivo, es esencialmente de educación para la salud. Aún antes de que el bebé nazca, los padres deben ser asesorados tanto por gineco-obstetras, como por odontólogos, sobre el modo de brindar un medio que genere buenos hábitos de salud bucal, que contribuyan a la salud bucal del niño en toda su vida. El asesoramiento prenatal puede ser bastante efectivo debido que durante este periodo los padres están más abiertos a las informaciones sobre salud de sus hijos que durante cualquier otro momento. Estos objetivos, incluyen brindar información que oriente a los padres acerca del desarrollo dental de sus hijos, las enfermedades dentales y las medidas de prevención que se tienen para que no surjan estos trastornos. Además se debe informar sobre la importancia de la dieta materna durante el embarazo, incluidos efectos de medicamentos, tabaco, alcohol; la necesidad de una supervisión odontológica de las embarazadas, programas de tratamientos dentales durante la gestación, etc.
- **Higiene del lactante:** Se le enseña a la madre cómo realizar la limpieza, permitiendo así que ella esté motivada. La madre debe estar atenta cuando comienzan a erupcionar los dientes de su bebé y debe llegar a tener el hábito de efectuar la limpieza y además estrechar la relación binomio (madre-hijo). Ello debido a que en la época del destete pareciera haberse roto esta relación, lo cual perjudica psicológicamente a ambos. Fortalecer esta relación permite mantener la supervigilancia del estado bucal del infante. La limpieza se efectúa con agua oxigenada de 10 vol. diluida (una parte de H₂O₂ y tres de agua hervida fría, guardándose en un frasco de color) se limpia la cavidad bucal con una gasa. Debe realizarse la limpieza de los rebordes alveolares, así como

de la mucosa bucal y de la lengua, luego de cada lactada. Para ello se aconseja el uso de hisopos de algodón, gasa húmeda o dedil con cepillo suave, que existen en el mercado.

Evitar costumbres como limpiar el chupón en la boca de la madre, probar la comida con la misma cuchara que se le da al niño, probar la mamadera, dar besos en la boca del niño, si la mamá tiene dientes cariados, el intercambio de saliva puede transferir cientos de colonias del agente infeccioso. Si al mismo tiempo la mamá le da al bebé alimentos que contienen azúcares (hidratos de carbono), principal alimento de esos gérmenes, se incrementa el riesgo de la formación de caries. Todas estas, son las vías más directas de contaminación microbiana a la boca del niño.

También hay que realizar la higiene adecuada luego de la administración de medicamentos como son jarabes, porque generalmente son dulces, para luego con la aparición de los primeros dientes comenzar con el uso del cepillo dental adecuado a las características del niño.

- Higiene de la dentición decidua: Es importante que los papás empiecen a higienizar la boca del bebé tan pronto como aparezca el primer diente. Si para comenzar la higiene bucal esperamos que estén todos los dientes de leche, puede ser tarde: la caries puede estar ya instalada. Los dientes primarios pueden desarrollar caries desde el momento de su aparición. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus mutans*, que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé a través de las gotitas de saliva. Cuando las piezas dentarias son pocas, lo más práctico es efectuar la higiene una vez por día, frotando los dientes y encías con un trozo de gasa húmedo o seco arrollado en el dedo índice. A medida que aparecen más dientes y el bebé ya se ajusta a la rutina de limpieza diaria, los papás pueden empezar a usar un cepillito dental de cabezal pequeño y cerdas suaves de nylon agrupadas en penachos, para facilitar el acceso a todas las superficies, renovándolos con una frecuencia mínima de tres meses, pero conviene que no usen dentífrico. Se recomienda limpiar los

dientecitos al menos una vez por día, para eliminar por completo la placa bacteriana. Debido a que el bebé come varias veces al día, la higiene puede realizarse aunque sea una vez, principalmente en la noche. En los niños más grandes, el cepillado deberá efectuarse después de las comidas. La higiene de la noche es la más importante, ya que durante el sueño el flujo salival y los movimientos bucales disminuyen y eso estimula el crecimiento de la placa que queda sobre los dientes si no se cepillan, lo que aumenta el riesgo de desarrollar caries. Los papás deben asumir la responsabilidad de la higiene de los dientes de sus hijos hasta que éstos tengan la suficiente destreza motora para realizar una técnica de cepillado sencilla en forma correcta (6-7 años).

La técnica de cepillado más recomendable para niños pequeños es en forma de barrido, horizontalmente, sin olvidar ninguna superficie, por afuera y por adentro, incluida la zona de corte y trituración de los alimentos. En los bebés pequeños conviene no usar pasta dental, dado que dificulta la visibilidad de los papás al realizar el cepillado, y el niño al no ser capaz de escupir bien puede tragar parte de la misma.

La infancia es la edad ideal para su aprendizaje. Debemos esforzarnos para incluir los hábitos diarios de higiene del niño. Para el niño debe ser parte del aseo diario.^{4, 27}

Normas de cepillado generales

La limpieza de los dientes debe comenzar con la erupción del primer diente y continuar durante toda la vida. Se debe realizar después de las comidas y sobre todo antes del descanso nocturno.²⁸

Técnica de Bass Modificada

Es la considerada más eficiente en odontología. Se colocan las cerdas sobre la encía con un ángulo de 45° grados. Las cerdas deben estar en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente la superficie dental

externa de dos ó tres dientes con un movimiento rotatorio de adelante hacia atrás. Mueva el cepillo al próximo grupo de dos ó tres dientes y repita la operación. Mantenga un ángulo de 45° grados con las cerdas en contacto con la superficie dental y la encía. Cepille suavemente usando un movimiento circular al mismo tiempo realice un movimiento de adelante hacia atrás sobre toda la superficie interna. Inclíne el cepillo verticalmente detrás de los dientes frontales. Haga varios movimientos de arriba hacia abajo usando la parte delantera del cepillo Ponga el cepillo sobre la superficie masticadora y haga un movimiento suave de adelante hacia atrás. Cepille la lengua de adelante hacia atrás para eliminar las bacterias que producen mal aliento.²⁸

Técnica de barrido horizontal

Indicamos esta técnica en ancianos, personas con pequeñas dificultades motoras, pacientes sanos con o sin lesión gingival o también recomendado para pacientes con ortodoncia.

Las cerdas del cepillo se colocan perpendicularmente sobre los dientes y se hacen movimientos horizontales hacia atrás y hacia delante, de preferencia utilizar cepillos suaves o extra suaves para no lesionar la encía.²⁸

Consejos

- Los adultos pueden propagar los gérmenes que provocan caries. No introduzca nada en la boca del niño que haya estado en su propia boca.
- Recuerde que los niños, particularmente los que tienen discapacidades y necesidades especiales, necesitan que un adulto les ayude a cepillarse los dientes bien.
- Si el niño tiene problemas para agarrar el cepillo de dientes, coloque cinta adhesiva alrededor del mango del cepillo para que sea más grueso y fácil de agarrar. También existen cepillos con formas especiales.³¹
- Una buena nutrición, si es buena para el cuerpo, es también buena para la boca. Los refrescos, bebidas azucaradas, caramelos y otros dulces o alimentos que contienen azúcar pueden causar caries.

- Usar fluoruro reduce las caries, así que cepille los dientes usando un poco de crema dental con fluoruro.
- Son importantes las visitas al dentista de forma regular.
- Prevenga las caries por causa del biberón: no deje al niño durmiendo con el biberón en la boca.

El uso del hilo dental

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

La capacidad para manipular con efectividad el hilo dental es función de coordinación entre ojos, manos y la destreza manual. Se reconoce que los niños preescolares y de los primeros grados de primaria son incapaces de manipular correctamente el hilo dental entre sus dientes. En consecuencia la responsabilidad por los procedimientos del uso del hilo dental radica en los padres.²⁸

Modo de empleo, se coge aproximadamente 60 cm. de hilo y enrollarlo en los dedos medio de ambas manos, dejando libre cerca de 20 cm. Se pasa el hilo por los pulgares e índices, manteniendo tensos de tres a cuatro cm. Se desliza el hilo entre cada dos dientes, introduciéndolo suavemente, sin movimientos de vaivén, a través del punto de contacto. Tratando de adaptar el hilo a la superficie del diente. Se repite esta operación en todos los dientes, incluso en los más alejados.²⁸

2.3 Definición de términos básicos

Conocimiento: Es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia.¹⁴

Conocimiento: higiene bucal: La mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas si se le informa y orienta a la población sobre la importancia de prevenirles y realizar un diagnóstico temprano.²⁹

Discapacidad: Según el artículo tres, inciso uno, de la ley N 19.284, sobre Integración Social de Personas con Discapacidad, se señala que “Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a todas aquellas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que le hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social.¹³

Higiene bucal: Referido al grado de limpieza usando distintos aditamentos como el cepillo dental, el hilo dental, la pasta dental, el enjuague bucal, usándolos correctamente para poder tener un adecuado cuidado de nuestros dientes y así también nuestra salud bucal.²⁶

Nivel de conocimiento: Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa (ejemplo: excelente, bueno, regular o malo) o cuantitativa (ejemplo: De 0 a 20).¹⁴

Salud: La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social, psicológico y de capacidad funcional que permiten los factores sociales en los cuales vive inmerso el hombre y la colectividad. La salud bucal es parte integrante de la salud en general.¹³

Odontología: Es una rama de las ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático (que incluye los dientes, la encía, la lengua, el paladar, la mucosa oral, y otras estructuras anatómicas implicadas, como los labios, las amígdalas, la orofaringe y la articulación témporomandibular).¹³

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

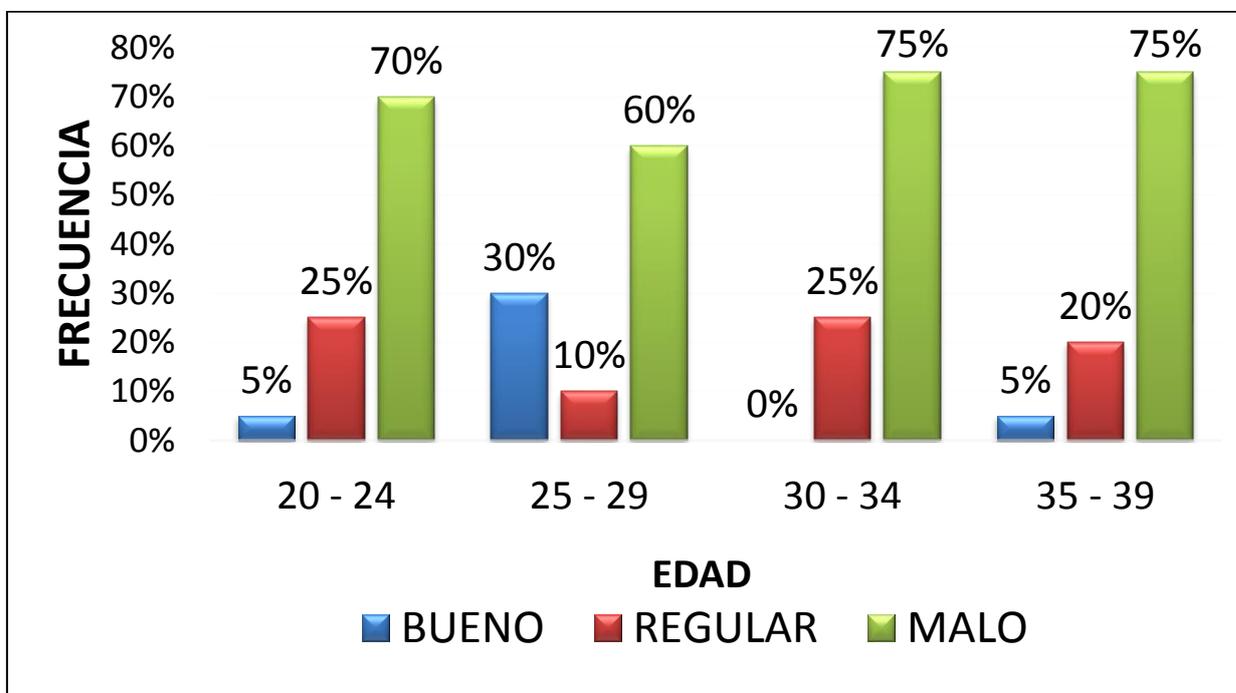
3.1. Análisis de tablas y gráficos

Tabla N.º01: Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad

Edad	Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	n	%	n	%	N	%	n	%
20-24	1	5%	5	25%	14	70%	20	100%
25-29	6	30%	2	10%	12	60%	20	100%
30-34	0	0%	5	25%	15	75%	20	100%
35-39	1	5%	4	20%	15	75%	20	100%

Autor: Andrea Cordova

Gráfico N.º01: Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad



Autor: Andrea Cordova

1. El nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad se presentó de la siguiente manera:

- El nivel de conocimiento bueno se presentó en un 5% en el grupo etáreo de 20 a 24 años de edad, 30% entre las edades de 25 a 29 años, 0% entre las edades de 30 a 34 y 5% entre las edades 35 a 39 años.

- El nivel de conocimiento regular tuvo como frecuencia 25% en madres entre 20 a 24 años de edad, 10% en el grupo de 25 a 29 años, 25% entre 30 a 34 años y 20% en personas de 35 a 39 años de edad.

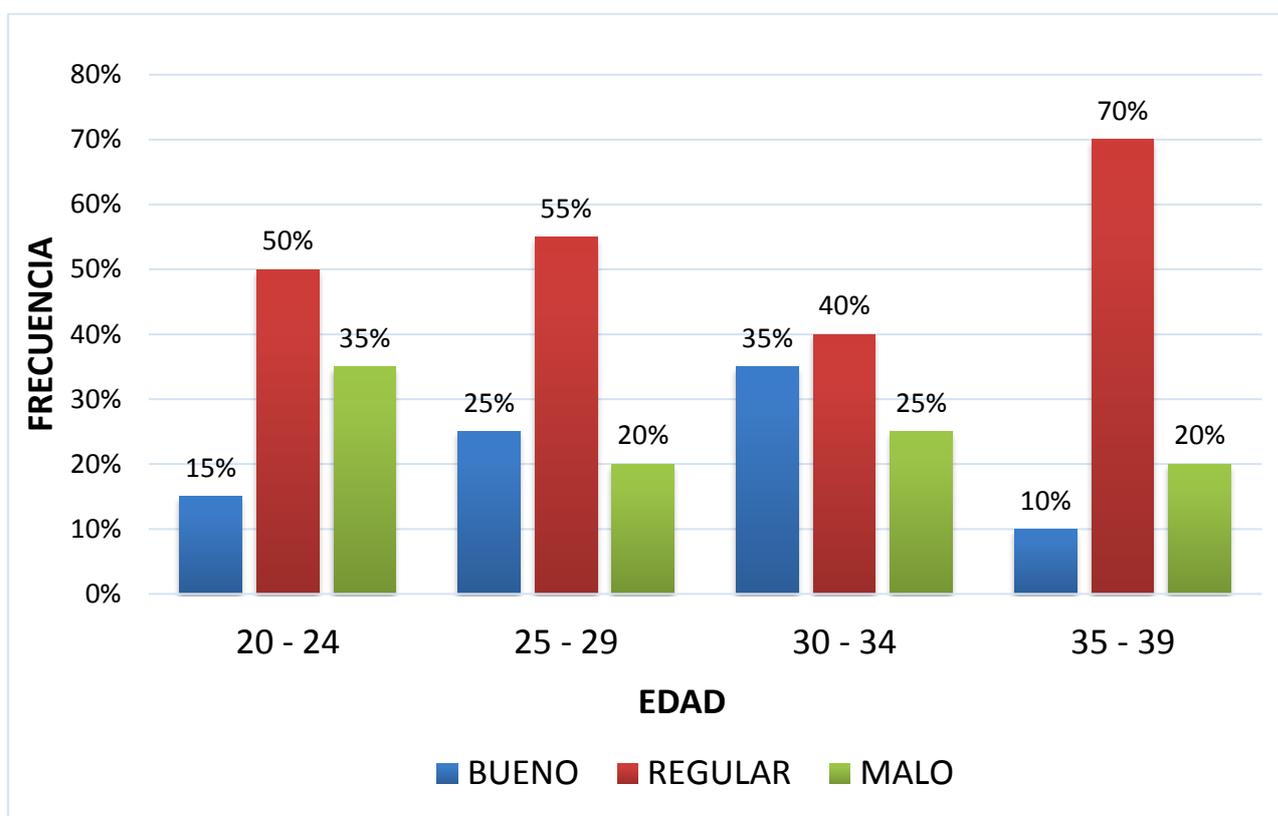
- El nivel de conocimiento malo, tuvo mayor frecuencia en todos los grupos etáreos en madres entre 20 a 24 años fue de 70%, de 25 a 29 años fue de 60%, entre 30 a 34 años fue de 75% y de 35 a 39 años de edad fue también de 75%.

Tabla N.º02: Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad

Edad	Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	n	%	n	%	n	%	n	%
20-24	3	15%	10	50%	7	35%	20	100%
25-29	5	25%	11	55%	4	20%	20	100%
30-34	7	35%	8	40%	5	25%	20	100%
35-39	2	10%	14	70%	4	20%	20	100%

Autor: Andrea Cordova

Gráfico N.º02: Nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad



Autor: Andrea Cordova

2. El nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad se presentó de la siguiente manera:

- El nivel de conocimiento bueno se presentó en un 15% en el grupo etareo de 20 a 24 años de edad, 25% entre las edades de 25 a 29 años, 35% entre las edades de 30 a 34 y 10% entre las edades de 35 a 39 años.

- El nivel de conocimiento regular tuvo como frecuencia 50% en madres entre 20 a 24 años de edad, 55% en el grupo de 25 a 29 años, 40% entre 30 a 34 años y 70% en personas de 35 a 39 años de edad.

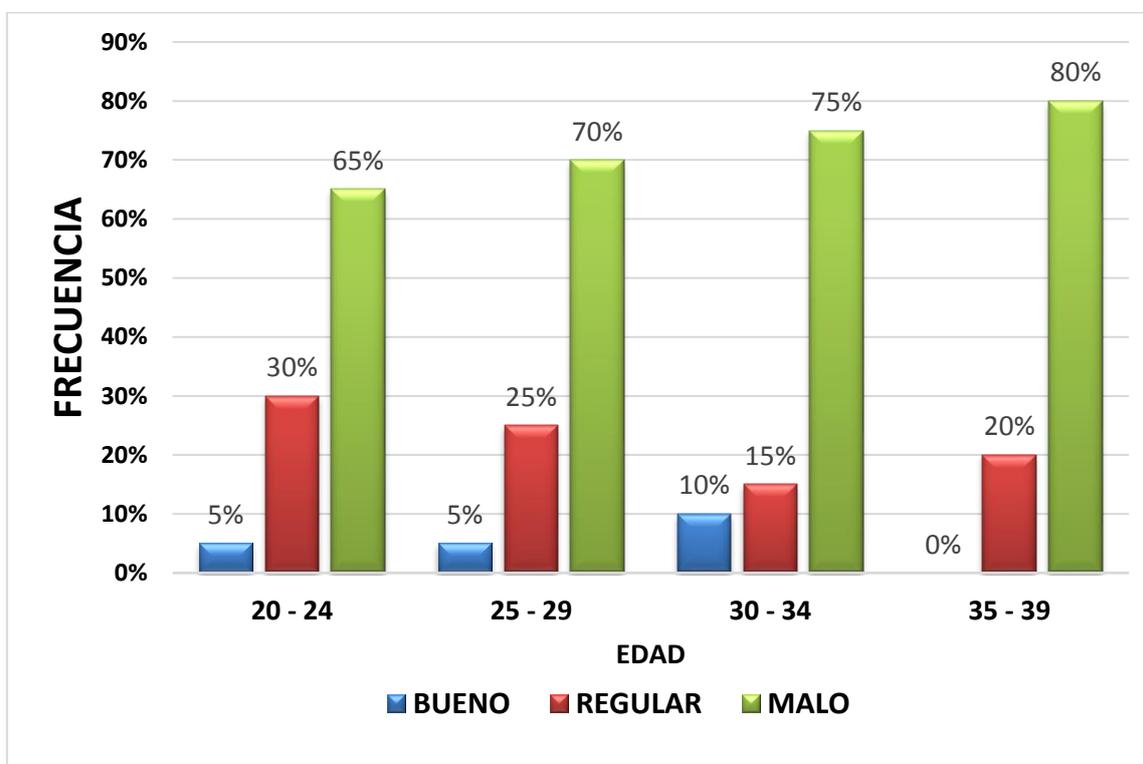
- El nivel de conocimiento malo, tuvo mayor frecuencia en todos los grupos etareos en madres entre 20 a 24 años fue de 35%, de 25 a 29 años fue de 20%, entre 30 a 34 años fue de 25% y de 35 a 39 años de edad fue también de 20%.

Tabla N.º03: Nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.

Edad	Nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	n	%	n	%	n	%	n	%
20-24	1	5%	6	30%	13	65%	20	100%
25-29	1	5%	5	25%	14	70%	20	100%
30-34	2	10%	3	15%	15	75%	20	100%
35-39	0	0%	4	20%	16	80%	20	100%

Autor: Andrea Cordova

Gráfico N.º03: Nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.



Autor: Andrea Cordova

3. El nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad se presentó de la siguiente manera:

- El nivel de conocimiento bueno se presentó en un 5% en el grupo etáreo de 20 a 24 años de edad, 5% entre las edades de 25 a 29 años, 10% entre las edades de 30 a 34 y 0% entre las edades 35 a 39 años.

- El nivel de conocimiento regular tuvo como frecuencia 30% en madres entre 20 a 24 años de edad, 25% en el grupo de 25 a 29 años, 15% entre 30 a 34 años y 20% en personas de 35 a 39 años de edad.

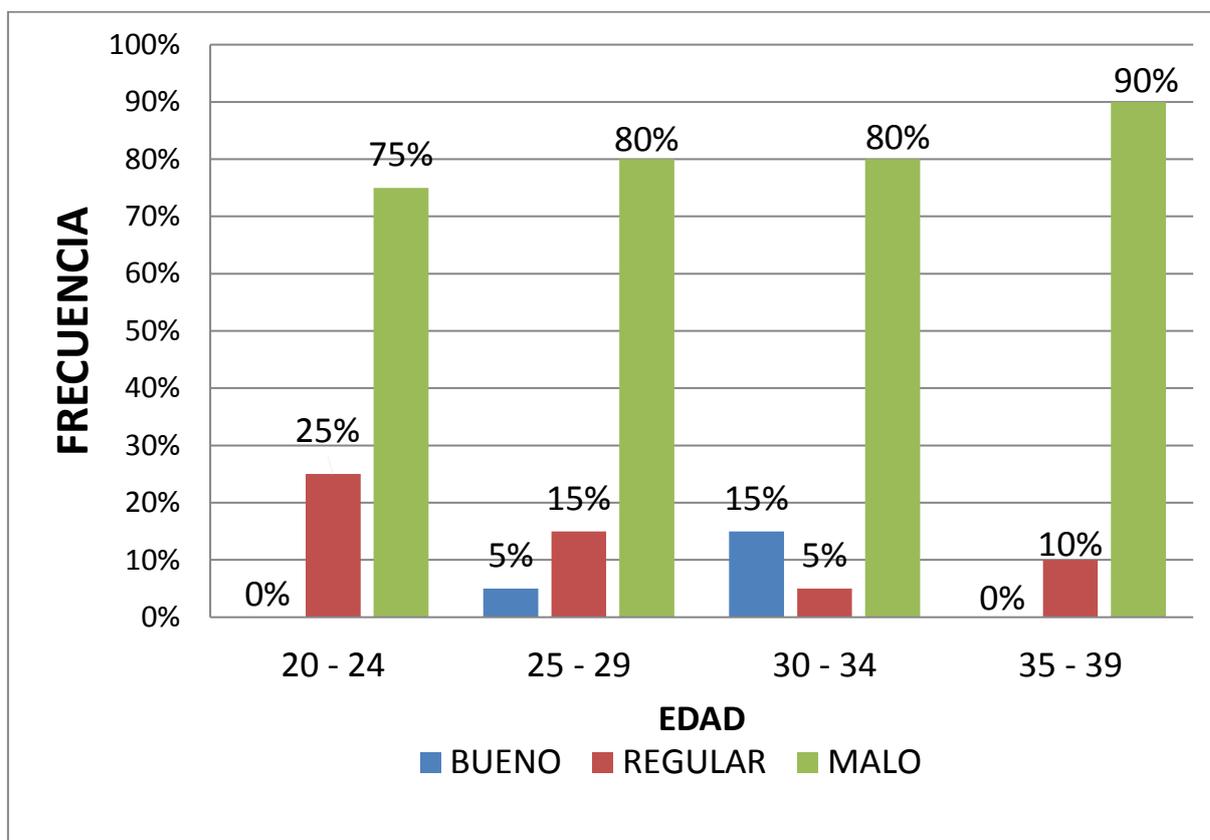
- El nivel de conocimiento malo, tuvo mayor frecuencia en todos los grupos etáreos en madres entre 20 a 24 años fue de 65%, de 25 a 29 años fue de 70%, entre 30 a 34 años fue de 75% y de 35 a 39 años de edad fue también de 80%.

Tabla N.º04: Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.

Edad	Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	n	%	n	%	n	%	n	%
20 - 24	0	0%	5	25%	15	75%	20	100%
25 - 29	1	5%	3	15%	16	80%	20	100%
30 - 34	3	15%	1	5%	16	80%	20	100%
35 - 39	0	0%	2	10%	18	90%	20	100%

Autor: Andrea Cordova

Gráfico N.º04: Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.



Autor: Andrea Cordova

4. El nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad se presentó de la siguiente manera:

- El nivel de conocimiento bueno se presentó en un 0% en el grupo etáreo de 20 a 24 años de edad, 5% entre las edades de 25 a 29 años, 15% entre las edades de 30 a 34 y 0% entre las edades 35 a 39 años.

- El nivel de conocimiento regular tuvo como frecuencia 25% en madres entre 20 a 24 años de edad, 15% en el grupo de 25 a 29 años, 5% entre 30 a 34 años y 10% en personas de 35 a 39 años de edad.

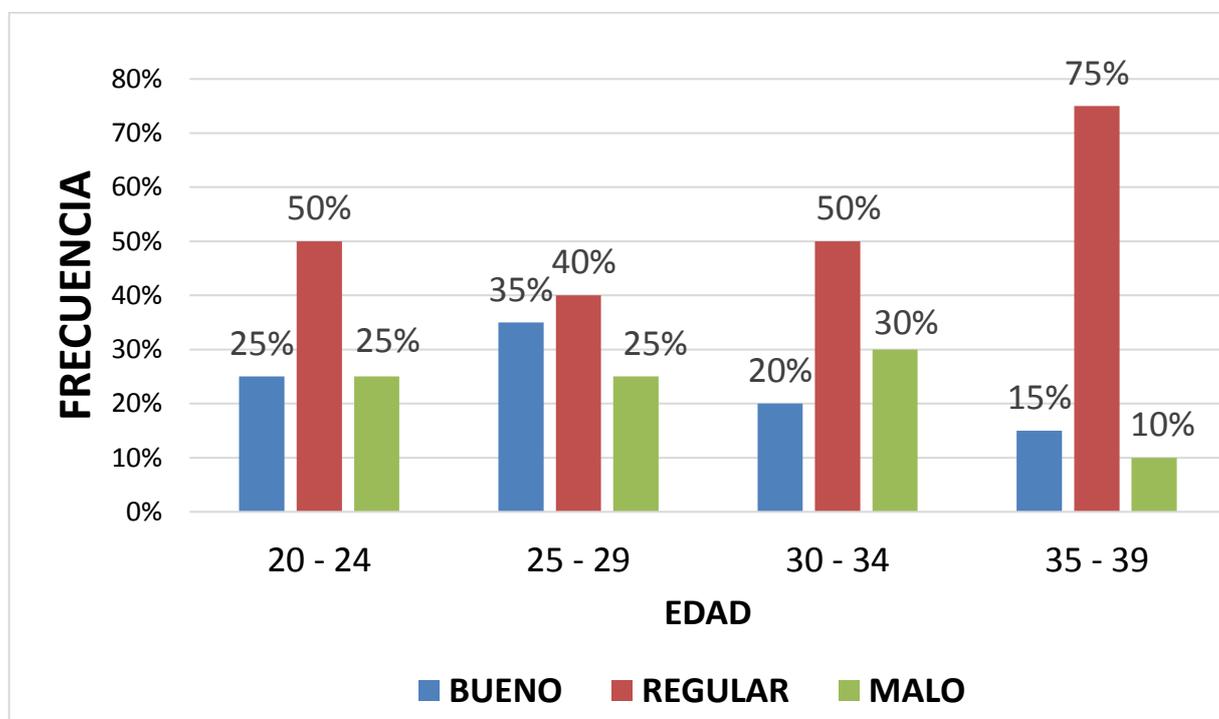
- El nivel de conocimiento malo, tuvo mayor frecuencia en todos los grupos etáreos en madres entre 20 a 24 años fue de 75%, de 25 a 29 años fue de 80%, entre 30 a 34 años fue de 80% y de 35 a 39 años de edad fue también de 90%.

Tabla N.°05: Nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul.

Edad	Nivel de conocimiento sobre higiene bucal						Total	
	Bueno		Regular		Malo			
	n	%	n	%	n	%	n	%
20 - 24	5	25%	10	50%	5	25%	20	100%
25 - 29	7	35%	8	40%	5	25%	20	100%
30 - 34	4	20%	10	50%	6	30%	20	100%
35 - 39	3	15%	15	75%	2	10%	20	100%

Autor: Andrea Cordova

Gráfico N.°05: Nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul.



Autor: Andrea Cordova

5. El nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad se presentó de la siguiente manera:

- El nivel de conocimiento bueno se presentó en un 25% en el grupo etéreo de 20 a 24 años de edad, 35% entre las edades de 25 a 29 años, 20% entre las edades de 30 a 34 y 15% entre las edades 35 a 39 años.

- El nivel de conocimiento regular tuvo como frecuencia 50% en madres entre 20 a 24 años de edad, 40% en el grupo de 25 a 29 años, 50% entre 30 a 34 años y 75% en personas de 35 a 39 años de edad.

- El nivel de conocimiento malo, tuvo mayor frecuencia en todos los grupos etéreos en madres entre 20 a 24 años fue de 25%, de 25 a 29 años fue de 25%, entre 30 a 34 años de 30% y de 35 a 39 años de edad fue también de 10%.

3.2 Discusión

La higiene oral es la encargada de mantener una adecuada salud bucal y esta se vale de apoyos para poder conseguirla como son, los medios mecánicos entre los que tenemos la técnica de cepillado dental y la seda dental y para poder realizar de manera adecuada debemos tener un nivel de conocimiento en el cual incluye tipos de cepillado, uso del hilo dental, uso de colutorios, las veces que debemos cepillarnos, consecuencias de una mala higiene bucal.

En el presente estudio se determinó que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul es regular, con un 50% en madres de 20-24 años, 40% en madres de 25-29 años, 50% en madres de 30-34 años y 75% en madres de 35-39 años, los cuales son semejantes con el estudio realizado por Perez;⁶ donde el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños con habilidades especiales también fue regular; esto pudo deberse a que el estudio fue realizado en una institución en donde los niños trabajan conjuntamente con los padres y profesores.

En el estudio realizado por Teixeira, la mayoría de las madres encuestadas (85%) denotaron niveles no aceptables en cuanto al conocimiento sobre salud bucal. El nivel de conocimiento bueno (1%) es muy bajo. Se observa que las madres mayores de 25 años presentan mejores niveles de conocimiento, al igual que las que trabajan fuera de casa, en ellas la frecuencia de nivel no aceptable es menor.¹²

En la presente investigación el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de padres de niños discapacitados fue regular, a semejanza de Cabellos. Cabe resaltar que en el estudio de Cabellos, durante la primera fase de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento mediante un cuestionario y en la segunda fase se evaluó el índice de higiene oral obteniendo como resultado un índice malo con un 88,9%.¹³

En los resultados obtenidos por Rueda M. sobre el estado bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple N°4 realizado en México observamos un nivel bajo de estado bucodental ya que los niños de dicho estudio requerían tratamientos como curaciones, extracciones, tratamientos radiculares, profilaxis dental. Observamos una similitud en resultados ya que el 62% de los pacientes presento gingivitis, por falta de una adecuada enseñanza en los padres y/o tutores sobre Higiene Bucal.⁷

En el trabajo realizado por Ochoa E. sobre el cuidado y autocuidado bucal de niños y jóvenes con Síndrome de Down evaluaron a un grupo de 34 niños y jóvenes en el cual mediante metodologías participativas y lúdicas obtuvieron como resultado un nivel de conocimiento regular, incentivando así más a los niños y jóvenes sobre su higiene bucal.⁸

Los estudios hechos por Garces C. evaluaron el estado de salud oral de 195 estudiantes con discapacidad intelectual obteniendo un resultado regular con un índice de higiene oral de 75.9%. Esto se debe a que los niños se cepillaban sin ninguna ayuda.⁹

3.3 Conclusiones

1. El nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales fue malo en el grupo etario de 30–39 años.
2. El nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales fue regular en el grupo etario de 35–39 años.
3. El nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales fue malo en el grupo etario de 35–39 años.
4. El nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales fue malo en el grupo etario de 35–39 años.
5. El nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales fue regular en el grupo etario de 35–39 años.

3.4 Recomendaciones

- Desarrollar programas educativos, preventivos sobre salud bucal en padres de niños discapacitados.
- Emplear los resultados obtenidos en este trabajo de investigación para desarrollar trabajos de mayor nivel de investigación.
- Preparar odontólogos en la atención de pacientes discapacitados (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo).
- Promover programas de motivación sobre higiene bucal en padres de niños especiales en diferentes centros de salud y/o universidades.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **Ingozo R.** Odontología Preventiva y Comunitaria, segunda edición 2004.
2. **Newman, Takei, Carranza,** Periodontología Clínica, novena edición; Editorial Interamericana.
3. **Albertson D.** “Prevención y el Niño Incapacitado”, Clínica Odontológica Norteamericana. México; Edit. Interamericana S. A., 1ra edición.
4. **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 profesional de Cirujano Dentista Lima, Perú, UNMSM.
5. **Ministerio de Salud,** Salud Oral Integral de la Embarazada, Serie Guías Clínicas MINSAL, Gobierno de Chile 2013.
6. **Perez R.** Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo 2015; Tesis para optar el título profesional de Cirujano Dentista Universidad Privada Antenor Orrego.
7. **Rueda M, Isidro L,** Estado de Salud bucodental de niños con capacidad especiales del Centro de Atención Múltiple N° 4, Horizonte Sanitario / vol. 13, septiembre – diciembre 2014
8. **Ochoa E, Pineda E, Cortes C, Cano L, Díaz J, García J.** Autocuidado bucal en niños /as y jóvenes con Síndrome de Down. Revista CES 2013.
9. **Garcés C., Barrera M., Ortiz M., Rosas C.** Estado de Salud Oral de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual e una población Chilena, 2012. J Oral Res. 2013; 2 (2): 59_63.
10. **Motta P.** Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del colegio especial “Santa Teresa de Courdec” Mayo – Junio 2011.
11. **Cayo C., Escuerra C., Bayona P., Torres K.,** Estimulación audiovisual en niños con necesidades especiales, para obtener el hábito de higiene oral, octubre 2011.

12. **Teixeira P., Vázquez C., Domínguez V., Portaluppi V., Alfonso L., Ferreira C., Pérez N.**, Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años Hospital Materno Infantil San Pablo. Paraguay, 2010. Rev. Salud Pública Parag. 2011; vol. 1 (1): 3-12.
13. **Cabellos D.**, Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el centro Ann Sullivan del Perú 2006.
14. **Real Academia Española** Diccionario de la Lengua Española, Conocimiento; Vigésima Segunda Edición.
15. **Bervian A.**, Niveles de conocimiento Ed. Mc. Graw Año 2004.
16. **Donald M., Ralph**, Odontología pediátrica y del adolescente; Novena edición. Brasil. Editorial Panamericana 2011.
17. **Berhman, Vaghan** Nelson testbook of pediatrics. 13th edition, WB, Saunders Co; Philadelphia 2009.
18. **Johson y Young**. Anodontia in Mongolism. Citado por Mac Gillivary. Br. Med 2009.
19. **Swaiman**, Neurología Pediátrica. Principios y prácticas. Cuarta Edición 2006. Editorial Mosby.
20. **SAP (Sociedad Argentina de Pediatría)**, Anomalías neuromadurativas en el primer año de vida. Criterios de diagnóstico y tratamiento. Comité de estudios feto- natales.2009.
21. **Weddell, James A. y Col.** Transtornos odontológicos del niño incapacitado Odontología Pediátrica J.R. Editorial Interamericana 2014.
22. **Salama Isabel**, Manual de Diagnóstico y Estadística de los Transtornos Mentales (DSM IV).
23. **Garcés C., Barrera M., Ortiz M.** Estado de Salud Oral de niños adolescentes con Discapacidad Intelectual en una población chilena, 2012.
24. **Alban M.**, Patologías de la cavidad oral y su manejo odontológico en niños con capacidades especiales del instituto Carlos Garbay de la ciudad de Riobamba en el periodo Setiembre 2013 a Febrero 2014.
25. **García J., Martínez V., Minues M., Torres P.** Odontología en pacientes discapacitados. Barcelona, España 2004.

26. **Gomez S.**, Importancia de Hábitos de Higiene Bucal en programas de promoción de Salud. Revista Odontológica Ciencia N°15. Argentina.
27. **Fernández M.** Intervención educativa en salud bucal. Odontología y estomatología, medicina familiar y atención primaria. Artículo 30/01/2012
28. **Magnusson B.** Odontología Preventiva. Savat editores Reimpresión 1987.

ANEXOS

Anexo 01: Carta de presentación



Pueblo Libre, 16 de Mayo del 2016

SRA. ROCIO MIRELLA PEREZ LEIVA
Coordinadora Del Centro Educativo Especial Cerrito Azul

De mi consideración:

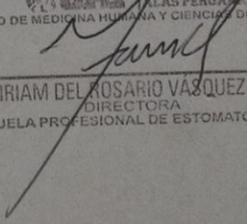
Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle a la Bachiller **CORDOVA CALLACHAGUA ANDREA KIMBERLY**, con código 2010171364, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recoger información en la el área que usted dirige y que pueda usted permitir realizar el trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN MADRES DE NIÑOS ESPECIALES DEL CENTRO CERRITO AZUL. LIMA 2016"

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

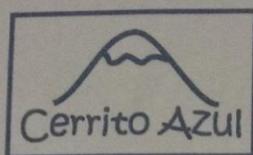
Anticipo a usted mi profundo agradecimiento por la generosa atención que brinde a la presente.

Atentamente,



Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VAQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Anexo 02: Carta de respuesta



*CENTRO EDUCATIVO ESPECIAL
CERRITO AZUL*

Un lugar lleno de esperanza

San Juan de Miraflores 24 de Mayo del 2016

Dra. Mirian del Rosario Vásquez Segura Directora de la Escuela Profesional de Estomatología.

Demi consideración:

A través de la presente, la saludo cordialmente y aprovecho la oportunidad, para , manifestarle, mi conformidad a su solicitud; dando la autorización al Bachiller Cordova Collachagua Andrea Kimberly, con código 2010171364, de la escuela Profesional de Estomatología de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas, para la ejecución del Plan de Tesis en el Centro Educativo Especial Cerrito Azul.

Nos complace aceptar su solicitud y esperamos que sea de gran ayuda la realización de la investigación en nuestra institución por la mencionada Bachiller.

Atentamente.

Rocio Mirella Perez Leiva

D.N.I. 44305696

**Dirección: Perú – Lima – San Juan de Miraflores – Enrique Oppenheimer
N° 529. Zona B**

Teléfonos 276 – 2405 / 582 - 4221

Anexo 03: Consentimiento informado



Consentimiento Informado

Por el presente documento yo,..... De.... años edad
estoy de acuerdo en la participación en la investigación **“NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL EN MADRES DE NIÑOS
ESPECIALES DEL CENTRO CERRITO AZUL. LIMA 2016”**.

Asimismo, declaro que he tomado conocimiento de los objetivos y
procedimientos de la investigación. Por lo tanto al firmar este documento autorizo
mi inclusión en el estudio.

.....

Firma del participante

Anexo 04: Cuestionario



CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE BUCAL..

Nombre y Apellido de la Madre:

.....

Grado de Instrucción de la

Madre:.....

Diagnóstico de su menor hijo:

.....

Edad de la Madre:..... Fecha:

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de las mamás de niños del **Centro Cerrito Azul**, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

I. Instrucciones:

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

1) El diente es:

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

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

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

3) ¿Qué características debe tener un cepillo dental?

- a) Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto ()
- b) Que las cerdas sean duras y de un solo color ()
- c) Que las cerdas sean rectas y el mango también ()
- d) Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo ()

4) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?

- a) al erupcionar el primer diente. ()
- b) cuando tenga edad suficiente ()
- c) cuando le duela algún diente ()
- d) cuando le salgan todos sus dientes. ()

- 5) ¿Principalmente cuándo Ud. cree que debe cepillarse los dientes?
- a) antes de las comidas ()
 - b) después de las comidas ()
 - c) solo al acostarse ()
 - d) solo al levantarse ()
- 6) ¿Cuántas veces se cepilla al día?
- a) una vez ()
 - b) dos veces ()
 - c) tres veces ()
- 7) ¿Qué es la caries?
- a) es una picadura en los dientes. ()
 - b) es una enfermedad infectocontagiosa ()
 - c) es un dolor en la boca ()
 - d) no sé ()
- 8) La enfermedad periodontal es:
- a) el dolor de diente ()
 - b) la enfermedad de las encías ()
 - c) inflamación del labio ()
 - d) no sé ()
- 9) La placa bacteriana es:
- a) restos de dulces y comidas ()
 - b) manchas blanquecinas en los dientes ()
 - c) restos de alimentos y microorganismos. ()
 - d) no sé ()
- 10) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado
- a) sí ()
 - b) no ()
 - c) tal vez ()
- 11) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?
- a) 30 segundos ()
 - b) 1 minuto ()
 - c) 2 minutos ()
 - d) 3 minutos ()
- 12) ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?
- a) cada 6 meses ()
 - b) cada 12 meses ()
 - c) cada 3 meses ()
 - d) no sé ()

Anexo 05: Fotografías



Reunión con las madres de familia del Centro Educativo Especial Cerrito Azul.



Con la Psicóloga del Centro Educativo Especial Cerrito Azul.



Madres de familia del Centro Educativo Especial Cerrito Azul relleno la encuesta.



Madre del Centro Educativo Especial Cerrito Azul rellenando la encuesta en compañía de su menor hijo.

Anexo 06: Matriz de consistencia

FORMULACION DE PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPTESIS	OPERACIONALIZACION	POBLACION Y MUESTRA	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>1. ¿Cuáles el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul. Lima 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>1. Evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de Niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul año 2016.</p>	<p>HIPTESIS GENERAL</p> <p>1. El nivel de conocimiento sobre higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azules regular.</p>	<p>VARIABLES DE ESTUDIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de conocimiento - Edad 	<p>POBLACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conformado por 120 madres <p>MUESTRA</p> <p>La investigación se obtuvo a través de 80 madres entre 20 a 40 años de edad.</p>	<p>Diseño metodológico</p> <p>Tipo de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observacional - Prospectivo - Transversal - Descriptivo
<p>PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <p>1. ¿Cuáles el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Determinar el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cerrito Azul según edad.</p>	<p>HIPTESIS ESPECÍFICOS</p> <p>1. El nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Cerrito Azul según edad es regular.</p>	<p>CO VARIABLES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado de instrucción 	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madres que firmen el consentimiento informado. - Madres que colaboren con la encuesta. 	<p>Nivel de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descriptivo

<p>2. ¿Cuáles es el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul según edad?</p>	<p>2. Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul según edad.</p>	<p>2. El nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul según edad es regular.</p>	<p>Criterios de Exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que presenten limitación física o mental. - Madres que no quieran participar del estudio. - Madres que no quieran realizar la encuesta. 	
<p>3. ¿Cuáles es el nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul según edad?</p>	<p>3. Determinar el nivel de conocimiento sobre patologías de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul.</p>	<p>3. El nivel de conocimiento sobre patologías bucales en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul según edad es regular.</p>		
<p>4. ¿Cuáles es el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul según edad?</p>	<p>4. Determinar el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul.</p>	<p>4. El nivel de conocimiento de técnicas de higiene bucal en madres de niños especiales del Centro Educativo Especial Cermto Azul según edad es regular.</p>		