



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

TESIS

**EFFECTO DE UN MÉTODO DIDÁCTICO SOBRE HIGIENE
BUCAL DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DE
6 – 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DOWN,
RETARDO MENTAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN
BÁSICA ESPECIAL TAHUANTINSUYO- 2017**

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

PRESENTADO POR:

BACHILLER: GARAY LORA, MIGUEL ANGEL

ASESOR: Mg. CD TRUCIOS SALDARRIAGA, KARINA

LIMA – PERÚ

2018

A Dios por haberme dado el don de la vida, por llenarme de amor, fortaleza, sabiduría y permitirme cumplir cada una de mis metas propuestas.

A mis padres Carlos y Viviana, por haberme educado con paciencia y firmeza en mi desarrollo personal, y brindarme todo su apoyo durante toda mi formación profesional y a la vez levantarme cuando me sentía derrotado, por sus consejos, dedicación y por ser incondicionales conmigo.

A mis hermanos Viviana, Ángela, José, Sebastián, por incentivar me para ser el pilar y ser un ejemplo a seguir, por ser mis mejores pacientes durante mis prácticas encaminadas a mi formación profesional.

AGRADECIMIENTO

Al Director del CEBE, por abrirme las puertas para el desarrollo de mi investigación, en el establecimiento que tan dignamente dirige, y a los docentes y padres de familia, y los niños porque sin su participación nada de esto pudo ser posible.

A mis padres y hermanos, por todo su apoyo y paciencia para cumplir mi sueño.

A la M.G Karina, por orientarme y asesorarme en la ejecución de esta tesis.

RESUMEN

En la presente investigación se estudió el efecto de un método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padres de familia de niños de 6 – 11 años con, autismo, síndrome Down y retardo mental del centro de educación básica Especial Tahuantinsuyo 2017.

Material y método: Se desarrolló un estudio Cuasi experimental prospectivo trasversal de nivel correlacional. Se evaluó un total de 154 personas, divididos en dos grupos 77 fueron padres de familia y 77 fueron niños con autismo, síndrome de Down, y retardo mental que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Entre los principales resultados fueron el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de familia antes y después del test, presentaron un nivel de 58,4% deficientes. Y después del test presento un nivel que fue significativamente mayor de 58,4% regular.

Los resultados de la comparación del IHOS antes y después en relación a la enfermedad que presenten los niños de 6 a 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental. Los niños con retardo mental presentaron un IHOS malo de 89,48% antes, y después de la aplicación del método didáctico presento un IHOS que fue significativamente mayor a los valores anteriores siendo el IHOS regular de 50%. Los niños con síndrome de Down presentaron un IHOS malo de 66,67% antes, y después presentó IHOS que fue significativamente mayor a los valores anteriores siendo el IHOS regular de 46,70%. Los niños con autismo presentaron un IHOS malo de 83,33% antes, y después presentó IHOS que fue significativamente mayor siendo el IHOS regular de 54,17%.

Los resultados del valor obtenido de coeficiente de Pearson es de ($r=-0,396$); por lo cual podemos afirmar que existe una correlación entre las variables “nivel de conocimiento y IHOS”, La Significancia de la correlación de Pearson es ($P=0,00$) es menor a $0,05$ por lo cual existe una asociación lineal negativa entre las variables. Es decir, mientras aumenta el valor del nivel de conocimiento, disminuye el IHOS; y por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa por lo que se concluye que Mientras aumenta el valor del nivel de conocimiento, disminuye el IHOS.

Palabras clave: Autismo; síndrome de Down; Retardo Mental.

SUMMARY

In the present investigation the effect of a didactic method on oral hygiene aimed at parents of children aged 6 - 11 years with, autism, Down syndrome and mental retardation of the Tahuantinsuyo special education center 2017 was studied.

Material and method: A prospective cross-sectional, prospective, cross-sectional study was developed. A total of 154 people were evaluated, divided into two groups 77 were parents and 77 were children with autism, Down syndrome, and mental retardation who met the inclusion and exclusion criteria. Among the main results were the level of knowledge on oral health in parents before and after the test, they presented a level of 58.4% deficient. And after the test I present a level that was significantly higher than 58.4% regular.

The results of the comparison of the IHOS before and after in relation to the disease presented by children from 6 to 11 years old with autism, Down syndrome, mental retardation. Children with mental retardation presented a bad IHOS of 89.48% before, and after the application of the didactic method I present an IHOS that was significantly higher than the previous values, with the IHOS being a regular of 50%. Children with Down syndrome had a bad IHOS of 66.67% before, and then presented IHOS that was significantly higher than the previous values, with a regular IHOS of 46.70%. Children with autism presented a bad IHOS of 83.33% before, and then presented IHOS that was significantly higher with the regular IHOS of 54.17%.

The results of the value obtained from the Pearson coefficient are ($r = -0.396$); so we can say that there is a correlation between the variables "level of knowledge and IHOS ", The significance of the Pearson correlation is ($P = 0.00$) is less than 0.05, so there is a negative linear association between the variables. That is, as the value of the level of knowledge increases, the IHOS decreases; and for which the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted, so it is concluded that while the value of the level of knowledge increases, the IHOS decreases.

Keywords: Autism; Down's syndrome; Mental retardation

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 Descripción de la realidad problemática	15
1.2 Formulación del problema	18
1.2.1 Problema principal	18
1.3 Objetivos de la investigación	18
1.3.1 Objetivo principal	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 Justificación de la investigación	20
1.4.1 Importancia de la investigación	21
1.4.2 Viabilidad de la investigación	22
1.5 Limitaciones del estudio	23

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	24
2.1 Antecedentes de estudio de la investigación	24
2.2 Base teórica	37
2.2.1.1 Habilidades especiales	37
2.2.2.2 Retardo Mental	38
2.2.2.3 Autismo	42
2.2.4.4 Síndrome Down	47
2.2.6.6 Atención odontológica al niño con discapacidad	55
2.2.7.7 Papel de los padres en la educación para la salud	61
2.3 Definición de términos básicos	64
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	64
3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas	64
3.1.1 Hipótesis general	64
3.2 Variables: descripción conceptual y operacionalización	64
3.2.1 Variable Independiente	64
3.2.2 Variable Dependiente	65
3.2.3 Operacionalización de variables	65
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	67
4.1 Diseño metodológico	67
4.1.1 Tipo de diseño	67
4.1.2 Nivel de investigación	67

4.2 Diseño muestral	67
4.2.1 Población	67
4.2.2 Muestra	67
4.3 Técnica de recolección de datos	69
4.3.1 Técnicas	69
4.3.2 Instrumento	69
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	72
4.5 Aspectos éticos	77
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	79
5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos.	79
5.2 Análisis inferencial	95
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas	97
5.4 Discusión	100
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES	109
FUENTES DE INFORMACIÓN	110
ANEXOS	
Anexo N° 01 Carta de presentación	
Anexo N° 02 Constancia de desarrollo	
Anexo N° 03 Consentimiento Informado	
Anexo N° 04 Encuesta dirigida a padres de familia pre test	

Anexo N° 05 Encuesta dirigida a padres de familia postest

Anexo N° 06 Ficha de recolección de datos para padres de familia.

Anexo N° 07 Ficha de recolección de datos para los menores

Anexo N° 08 Ficha de índice de higiene oral en menores pre test

Anexo N° 09 Ficha de índice de higiene oral en menores postest

Anexo N° 10 Matriz de consistencia

Anexo N° 11 Método didáctico “sonríe feliz “sesión 1

Anexo N° 12 Método didáctico “sonríe feliz “sesión 2

Anexo N° 13 Método didáctico “sonríe feliz “sesión 3

Anexo N° 14 Fotografía

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01 Género de los padres de familia.	79
Tabla N° 02 Comparación del nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del método didáctico.	81
Tabla N° 03 Nivel de conocimiento de los padres De familia en relación al sexo	82
Tabla N° 04 Edad de padres de familia	83
Índice N° 05 Nivel de conocimiento sobre salud bucal en relación a edad de los padres de familia.	84
Tabla N° 06 Grado de instrucción de los padres de familia.	87
Tabla N° 07 Nivel de conocimiento antes y después en relación grado de instrucción de los padres de familia.	88
Tabla N° 08 Edad de los niños evaluados	90
Tabla N° 09 Sexo de los niños evaluados	91
Tabla N° 10 Índice de higiene oral simplificado	92
Tabla N° 11 Índice de higiene oral simplificado en relación con el sexo de los niños de 6 a 11 años evaluados.	94
Tabla N° 12 IHOS antes y después en relación a la enfermedad que presenten los niños de 6 a 11 años	95
Tabla N° 13 Nivel de conocimiento de los padres y el estado de higiene oral de los niños de 6 a 11 años.	97
Tabla N° 14 Correlación de Pearson	99

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº 01 Distribución según género de los padres de familia.	80
Gráfico Nº 02 Distribución del nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del método didáctico.	81
Gráfico Nº 03 Distribución del nivel de conocimiento de los padres De familia en relación al sexo	82
Gráfico Nº 04 Distribución de edad de padres de familia	83
Gráfico Nº 05 Distribución del nivel de conocimiento sobre salud bucal en relación a edad de los padres de familia.	86
Gráfico Nº 06 Distribución según el grado de instrucción de los padres de familia.	87
Gráfico Nº 07 Distribución según el nivel de conocimiento antes y después en relación grado de instrucción de los padres de familia.	89
Gráfico Nº 08 Distribución según la edad de los niños evaluados	90
Gráfico Nº 09 Distribución del sexo de los niños evaluados	91
Gráfico Nº 10 distribución Índice de higiene oral simplificado	93
Gráfico Nº 11 Distribución del índice de higiene oral simplificado en relación con el sexo de los niños de 6 a 11 años evaluados.	94
Gráfico Nº 12 Distribución del IHOS antes y después en relación a la enfermedad que presenten los niños de 6 a 11 años	96
Gráfico Nº 13 Distribución según el nivel de conocimiento de los padres y el estado de higiene oral de los niños de 6 a 11 años.	98
Gráfico Nº 14 Grafico de dispersión de Pearson.	100

INTRODUCCIÓN

La salud bucal es parte importante en la salud en general. Cuando la higiene oral es deficiente ocasiona la aparición de enfermedades bucodentales como caries, gingivitis y placa bacteriana. Los niños con habilidades diferentes son propensos a la presencia de estas enfermedades, debido a la limitación física y/o mental que presentan, haciendo que se agudice más su situación y su calidad de vida debido a que no pueden realizar su higiene bucal personal de una manera correcta. Según datos de la Organización Mundial de la Salud ¹, dos terceras partes de la población no reciben atención bucodental alguna. Los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación bucodental. Los más cercanos a los niños con habilidades diferentes son sus padres, siendo ellos los responsables de educarlos desde muy temprana edad a mantener el hábito de higiene oral. Lamentablemente no todos los padres están preparados para poder realizarlo correctamente. Es aquí que surge la importancia en mi investigación, ya que daré a conocer algunas medidas preventivas mediante un método didáctico que mejorara la calidad de vida e integral del niño. Por ello el estudio tiene como objetivo. Determinar el efecto del método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padres de familia de niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Los niños con discapacidades y necesidades especiales tienen más riesgo de sufrir problemas de salud; dependen de otros para lograr y mantener una buena salud y la salud bucal no es una excepción. El 80% de las personas con discapacidad, particularmente en la población infantil, viven en países de bajos ingresos y la pobreza limita aún más el acceso a servicios básicos de salud, incluyendo la salud oral.¹ Según la Organización Mundial de la Salud ¹, 2/3 partes de dicha población no reciben atención bucodental 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.¹ En el año 2002 se calculó que existen 2,5 millones de personas con alguna discapacidad en el Perú; de los cuales aproximadamente 620,00. Niños de edad escolar presentan alguna discapacidad, de estos sólo 27, 000 tienen cobertura educativa y no existen oficialmente, en el Perú, programas educativos preventivos de higiene bucal para niños discapacitados. Se ha determinado que las personas con discapacidad presentan una alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal y un alto índice de higiene oral. El desconocimiento de los problemas bucodentales en dichas personas así como las de sus familiares, crean e incrementan las barreras para fomentar el hábito en salud bucal. Los padres juegan un papel fundamental en la educación de sus hijos, conocen mejor que nadie sus limitaciones y fomentan sus capacidades para aumentar su independencia y autonomía en el futuro. Es por ello que es de suma

importancia la formación de hábitos beneficiosos para la salud bucal en los primeros años de vida, entre ellos una higiene oral adecuada. Para esto, los padres y tutores tienen que tomar conciencia sobre la salud bucal de su hijo con discapacidad, ellos son los primeros que deben tener conocimiento sobre las enfermedades bucodentales y los métodos de higiene oral para aplicarlas y mostrarlas a sus hijos.

La importancia de saber el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades diferentes sobre higiene bucal es crucial puesto que el conocimiento es un factor importante en la prevención de enfermedades odontoestomatológicas y más aún en niños discapacitados que necesitan el asesoramiento de sus padres para tener una mejor higiene bucal.

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 la dentición decidua completa; es por esta razón que a muy temprana edad observamos ausencia de piezas dentales o riesgos 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 erupcionaran estarán propensos a enfermedades bucodentales.

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.

La discapacidad está asociada a una serie de factores, entre ellos, la edad, el género, la etapa de la vida, la exposición a riesgos ambientales, la situación socioeconómica, la cultura y la disponibilidad de recursos, que en todos los casos difieren de un lugar a otro. El aumento de las tasas de discapacidad, en muchos lugares, está asociado con el aumento de las condiciones de salud crónicas diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, cáncer y enfermedades respiratorias y las lesiones.¹

Los niños con habilidades especiales son aquellos que han sufrido alguna alteración ya sea genética, congénita, infecciosa, traumática. Sin embargo, los padres no tienen en cuenta esto, siendo los niños los más afectados Como consecuencia a ello se observa un mal estado de salud general. Y siempre serán dependientes de sus progenitores o personas responsables que las cuidan, para poder realizar su higiene bucal ya que por sí solos no pueden realizarlo. Así mismo, se encuentra un elevado número de enfermedades entre caries, gingivitis y periodontitis en estos niños.¹

La cultura del padre de familia hoy en día, en materia de prevención en salud y sobre todo en prácticas de higiene de salud bucal, son escasas, más aún si tiene que enfrentar con la situación de atención de niños con habilidades diferentes, quienes, por su misma condición vulnerable, agudiza su calidad de vida

Es posible resolver este problema, apoyando a los padres de familia acerca del cuidado y responsabilidad de cuidar la salud de su progenitor lo cual no solo impactará en su inclusión económica sino también en la de sus familias, facilita

la inclusión de sus padres en el mercado laboral y de sus hermanos o hijos en el sistema educativo y mejora la calidad de vida y los ingresos de todos los miembros del hogar promoviendo no solo su inclusión económica sino también su movilidad social. La inversión en innovación para personas con alguna deficiencia facilitará su independencia económica mejorando su integración en el mercado y aumentando su contribución a la economía del país.⁴

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

¿Cuál es el efecto del método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padres de familia de niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017?

1.2.2 Problema específico

¿Cuál es el efecto del método didáctico “sonríe feliz” según el sexo de los padres de familia en relación a la higiene bucal en niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017?

¿Cuál el efecto del método didáctico según la edad de los padres en relación a la higiene bucal en niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017?

¿Cuál es el efecto de un método didáctico según el grado de instrucción de los padres en relación a la higiene bucal en niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017?

¿Cuál es el IHOS antes y después de la aplicación del método didáctico “sonrió feliz” en niños de 6- 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo principal

Determinar el efecto del método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padres de familia de niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el efecto del método didáctico “sonríe feliz” según el sexo de los padres de familia en relación a la higiene bucal en niños de 6 – 11 con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017.
- Determinar el efecto del método didáctico según la edad de los padres en relación a la higiene bucal en niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017.
- Determinar el efecto de un método didáctico según el grado de instrucción de los padres en relación a la higiene bucal en niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017.
- Determinar la influencia del método didáctico “sonríe feliz” antes y después de su aplicación dirigida a padres de familia en relación al estado de higiene bucal.

- Comparar el IHOS antes y después de la aplicación del método didáctico “sonrió feliz” en niños de 6- 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017.
- Comparar el IHOS en relación a la enfermedad que presentan los niños de 6- 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo 2017.

1.4 Justificación de la investigación

En el Perú no se realiza estudios constantes sobre esta temática; en niños con discapacidad, que aborden la problemática del nivel conocimiento en salud bucal y medidas preventivas en los niños. Obteniendo los resultados podremos establecer el grado de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de familia de niños con habilidades diferentes 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 los padres ya que tienen un rol muy importante en la salud bucal de sus hijos, debido a que ellos no pueden realizarlo de la manera correcto por sí mismo. Tiene implicancia en nuestro campo de acción, por tanto de no haberse realizado la presente investigación no se hubiera corroborado en buscar alternativas de solución a la problemática institucional, en la referente a la salud bucal.

Por otra parte de no haberse realizado el estudio, no se hubiera podido contribuir con los padres de familia y autoridades proporcionando información poco conocida, para que con esto ellos puedan tomar medidas preventivas.

1.5 Importancia de la investigación

Los aportes de esta investigación son importantes para los padres de familias de los niños que sufren esta enfermedad, ya que estarán más informados sobre la prioridad de la higiene bucal así podrán tomar las medidas preventivas necesarias. Su desarrollo significara hacer conciencia en los agentes educativos de la institución educativa Tahuantinsuyo en la necesidad de una buena salud bucal en los niños en etapa escolar, especialmente desde los primeros años, ya que ello significara fortalecer el desarrollo dental, dónde los padres juegan un rol protagónico en la salud bucal de sus hijos.

Estos resultados también son de suma importancia para los profesionales odontólogos, ya que contribuirá al mejoramiento de la calidad en la práctica profesional y podrán brindar un tratamiento conservador, la cual mejoraría la calidad de vida de estos pacientes.

Es de suma importancia para la Comunidad Científica Internacional.

1.6 Viabilidad de la investigación

La presente investigación es viable dado que se desarrolló en tiempo apropiado, y que cuenta con los recursos económicos para cubrir los gastos de movilidad, impresión, copias, útiles y con los recursos técnicos para realizar las entrevistas o encuestas por parte del investigador, y con el permiso, predisposición y apoyo de las autoridades de la institución educativa Tahuantinsuyo. La investigación depende en gran medida de la colaboración de los padres de familia, alumnos y maestros del centro de educación básica especial por la paciencia por el respeto y la atención prestada lo cual facilito el recojo de la información para mi investigación. Asegura el cumplimiento de sus metas y objetivos, se contó con recursos humanos suficientes, tiempo, y acceso a la información y conocimientos previos para poder llevar a cabo la investigación.

1.7 Limitaciones del estudio

El estudio es importante porque contribuirá al conocimiento del manejo de la higiene bucal en niños con autismo, síndrome de Down, retardo mental que por sus limitaciones neurológicas no pueden realizar su higiene bucal de manera correcta. La base teórica servirá para preparar y capacitar a los padres de familia de niños discapacitado. Como en todo trabajo, en esta investigación existirá limitaciones de factor económico, factor tiempo y factor bibliográfico, sin embargo, no ofrecerá mayores dificultades que impidan su ejecución, por tanto, su elaboración será en un tiempo establecido.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Bravo, M. et al (2017) , En su investigación tuvo como objetivo, “evaluar la aplicación de una intervención educativa con temas relacionados con higiene bucal, prevención y caries dental a niños con el propósito de mejorar el estado de salud bucal de los mismos, dadas por supuesto por sus características especiales, como retardo mental, síndrome de Down y autismo) Realizado en Matanzas, Cuba, Con una población de 23 niños con habilidades diferentes con edades de 5 a 12 años mediante la ejecución de cuestionario, se obtuvo que fueron el 91,3% niños antes de evaluar presentaban una información inadecuada y solo 8,7% mostraba conocimiento adecuado. Después de la intervención hubo una mejoría notable, el 60,9% de los niños mostraron un conocimiento adecuado sobre higiene bucal. El 69,6% de los niños antes de la intervención desconocían los factores de riesgo de la caries dental; y solo el 39,1% mostró conocimientos inadecuados sobre este tema. El 69,6% de los niños antes de la intervención responde de manera incorrecta las preguntas solo el 30,4 % lo realizó de forma correcta. El 52,2% de los niños después de aplicada la intervención mostró un adecuado nivel de conocimientos, el 47,8% con un deficiente nivel de conocimientos. El 34,8% fue calificada de buena en los niños después de aplicada la intervención se elevó de manera significativa el nivel de conocimientos de forma general el 43,5% regular. Concluyeron que la estrategia educativa preventiva permitió dar respuesta a los principales

problemas identificados y alcanzar un mayor nivel de salud bucal en los niños con retraso mental en la etapa escolar al prevenir la formación de caries dental en dientes temporales y permanentes, pues al finalizar la intervención los resultados fueron evaluados de buenos.²

Álvarez, P en (2016), Estado de salud bucodental de niños con habilidades diferentes del instituto de educación especial del norte y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral” El propósito de este estudio fue asociar el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres con el estado de salud bucodental en niños con Discapacidad, Parálisis Cerebral, Síndrome de Down y Autismo. Se evaluó el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres mediante una encuesta de 15 preguntas, dividido en cinco partes: se examinaron los índices de higiene oral (IHO-S) en niños con discapacidad. Los resultados determinaron, un regular nivel de conocimiento sobre salud oral en los padres, con un 64,9%, el Índice de higiene oral en los niños, fue regular con un 74,2%. Se concluye que hay una relación entre el IHO-S y el nivel de conocimiento, es decir, a mayor conocimiento de los padres de niños con discapacidad, menor es el IHOS.³

Goveo V. en (2015), realizó en Ecuador un estudio, que tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimientos en salud bucal de las madres de niños con discapacidad tanto física e intelectual (síndrome de Down, retardo mental, parálisis cerebral, autismo) de la fundación “Centro de Desarrollo Integral de los Niños con Discapacidad la Joya” provincia de Imbabura, cantón Otavalo. La muestra estuvo conformada por 60 madres, y la evaluación del conocimiento fue a través de una encuesta semiestructurada de 21 preguntas de respuesta

cerrada, basada en 5 ítems (caries dental, enfermedad periodontal, prevención de alteraciones dentomaxilares, higiene bucal, fuente de información). Los resultados obtenidos antes sobre salud bucal de las madres de niños con discapacidad fueron 70,8% deficiente en respuestas referentes a enfermedad periodontal, en prevención de anomalías dentomaxilares y por último higiene bucal. Después presento un nivel de conocimiento sobre higiene bucal regular de 50,3%.⁴

Arias, S. et al (2015) realizaron en Cuba un estudio, que tuvo como objetivo de acercarse a la problemática de salud bucal en niños con retraso mental ligero y elaborar un programa encaminado a promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades bucales. Realizaron un estudio observacional y descriptivo causal en dos escuelas especiales del municipio Camagüey desde septiembre hasta abril de 2015. La muestra estuvo constituida por 72 padres, 36 educadores y 87 niños, en este último determinaron el diagnóstico educativo mediante técnicas afectivo participativas. Además valoraron la información higiénico sanitaria bucal de los padres y educadores relacionados con ellos. Los resultados mostraron que la mayoría de los niños y los padres presentaron una información higiénico sanitaria bucal de 89,8% deficiente. Concluyen en la necesidad de enfatizar la educación para la salud en el tratamiento estomatológico de estos niños, así como de sus padres y educadores.⁵

Di Nasso y Salazar en (2014) realizaron en Argentina y Perú un estudio, que tuvo como objetivo compartir experiencias de educación para la salud oral en instituciones educativas especiales en Perú y Argentina y proporcionar recursos didácticos a través de herramientas educativas que permitan ayudar a

los niños, maestros, padres y comunidad en el aprendizaje del cuidado de la salud oral en especial las instituciones educativas de ambos países. La población en estudio fueron seleccionados de una muestra aleatoria entre 2.010 escuelas especiales en la región de Lima y Mendoza. Abordaron temas básicos de promoción de la salud bucal como: higiene bucal, salud bucal, enfermedades prevalentes, caries, enfermedad periodontal, maloclusión, medidas de prevención, nutrición. Realizaron una encuesta entre los padres para evaluar los conocimientos en los tópicos mencionados y el grado de compromiso de los maestros para aplicar estrategias de higiene en el ámbito escolar. Sus resultados de aproximaciones iniciales, como “observaciones iniciales” a nivel padres mostraron un desconocimiento de 80% deficiente sobre salud bucal en general, ausencia de consulta periódica al odontólogo, ignorancia sobre temas de salud bucal más complejos y que competen a las personas con discapacidad. Concluyen en la importancia de creación de espacios comunitarios para insertar la salud oral que es un desafío. La Promoción de la Salud Bucal para niños especiales en Perú y Argentina se encuentra en la misma dirección.⁶

Torres G. et al (2013), Realizó un estudio de intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en 40 alumnos con retraso mental leve, síndrome Down y autismo comprendidos entre las edades de 7 a 11 años, agrupados en 4 grupos de la escuela especial Mariana Grajales del municipio Baraguá, durante el segundo semestre del curso 2012–2013 para lo cual se aplicó una entrevista que contenía 5 preguntas relacionadas con higiene bucal, dieta cariogénica y exámenes periódicos e

incluyó el índice de higiene bucal y el examen bucal, que sirvió para valorar los conocimientos que poseían y el nivel de higiene bucal antes y 6 meses después de la aplicación del programa educativo “Mi boca con una sonrisa sana y alegre” que contó con varias sesiones y con técnicas educativas aplicables a la deficiencia mental, apoyadas con otros medios como láminas, juegos y títeres. La evaluación efectuada sobre nivel de conocimiento antes presento un 40,4% malo. La evaluación efectuada 6 meses después presento un nivel de conocimiento de 90,3% bueno reveló la eficacia la intervención educativa de hábitos y conocimientos de salud bucal.⁷

Soares, J. et al (2013) realizaron en Brasil un estudio, que tuvo como objetivo aumentar el conocimiento sobre la salud bucal y la conducta de los padres/cuidadores frente al cuidado de los niños y/o adolescentes con discapacidad bajo su responsabilidad. La muestra estuvo conformado por 100 padres/cuidadores de los niños y adolescentes con discapacidad del Instituto de Educación Especial de APAE, de la ciudad de Jiparaná, Rondonia. Los resultados reportados indican que la edad de las personas con discapacidad oscilaban entre 08 meses a 24 años de edad, el 25 (25%) no tienen diagnóstico concluyente de su condición, 19 (19%) presenta retraso neuropsiquiátrico motor/deficiencia mental y el 14 (14%) de parálisis cerebral. La salud oral fue considerado bueno por los padres y cuidadores en el 38% de los casos, también regular en el 38%, buena en el 13%, malo en el 6% y pésimo en el 5%. 41 padres/cuidadores (41%) informaron de cepillar los dientes de las personas con discapacidad 3 veces al día; 80 padres/cuidadores (80%) no usan el hilo dental en la higiene bucal de los niños con discapacidades. 56 las personas

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

Di Nasso. P y Carces. F en (2013) realizaron en Argentina un estudio, que tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento odontológico de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. Las preguntas estuvieron orientadas a conocer el nivel de conocimiento sobre salud bucal e higiene del niño. Evaluaron para tal efecto a 24 niños de ambos sexos con diferentes discapacidades entre los 5 y 14 años de edad, quienes acudieron a la Clínica del paciente discapacitado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo. Aplicaron un instrumento de recolección de datos con preguntas orientadas a conocer el nivel de conocimiento sobre salud bucal, enfermedad, hábitos y elementos de higiene. Obtuvieron que el 75% de los padres tienen un nivel de conocimiento bueno, de los cuales el 63% afirmaron haber recibido información al respecto, el 40% de los padres obtuvieron un nivel de conocimiento malo. Concluyeron que el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados, está relacionado con el estado de salud de los niños con discapacidad.⁹

2.1.2 Antecedentes nacionales

TENAZOA, T. en (2017) El presente trabajo realizado tuvo como propósito mostrar la relación del nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales con el Índice de Higiene Oral de sus respectivos niños del Centro Educativo Básico Especializado. Realizado en Perú, la muestra de los niños fue de 60 niños de 6 a 12 años con, autismo, Síndrome Down y Retardo Mental, con sus respectivos padres. En primer lugar, de nuestra investigación se dispuso a evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal, que se llevó a cabo por medio de un cuestionario de 17 preguntas, que estuvo dividido en cinco partes: 2 preguntas sobre placa bacteriana, 2 preguntas sobre caries dental, 2 preguntas sobre enfermedad periodontal, 8 preguntas sobre prevención en salud bucal, 3 preguntas sobre información general. En segundo lugar, de nuestra investigación se centró en demostrar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales y el Índice de Higiene Oral Simplificado de los respectivos niños, obteniendo los resultados de regular nivel de conocimiento en los padres, con un 20%, y el índice de higiene oral encontrado fue regular con un 48,3% estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHOS de los niños y el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales.¹⁰

PORRAS, J. en (2017) En esta investigación se estudió la relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral

de los padres de familia de niños con habilidades diferentes en los colegios de “Madre Admirable, San Rafael Instituto San Borja y María Auxiliadora” realizado en Perú. El estudio fue cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional, se entrevistaron a 112 papás, pero solo se tomó a 87 padres como muestra final, cumpliendo con los principios de inclusión como tener hijos con Síndrome de Down y Autismo, y ser alumnos de los colegios ya mencionados. Entre los principales resultados encontramos que el nivel de conocimiento de los padres referente al sexo nos trajo como resultado más resaltante que el sexo femenino se obtuvo un buen conocimiento con 47,8% (32 madres), y en el sexo masculinos se obtuvo un 45% (9 papás) un conocimiento regular. En tanto a la evaluación conforme al diagnóstico los papás de niños Autistas un 50,9% (28 padres) tuvieron un buen conocimiento, y padres de niños con Síndrome de Down un 56,3% (18 padres) tuvo un regular conocimiento. En la misma relación, pero con respecto al hábito de higiene los padres de niños con Autismo un 61,8% (34 padres) y Síndrome de Down un 65,6% (21 padres), ambos obtuvieron un regular hábito. En conclusión, se encontró que el vínculo entre el nivel de conocimiento y los hábitos de higiene de los padres de niños con habilidades diferentes al analizarlo con Kruskal Wallis, no se halló relación estadísticamente significativa.¹¹

Carrillo N. en (2016), El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del Centro Educativo Básico Especial Ricardo Bentin del distrito de Rímac. Para tal efecto se evaluó a 41 padres de los alumnos con

síndrome de Down y 29 padres de los alumnos con Autismo. La evaluación se realizó mediante un cuestionario de 12 preguntas sobre salud bucal. En el análisis de los resultados se aplicó la prueba chi cuadrado y el coeficiente de Gamma. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento sobre salud bucal fue regular en el 63.4% y en el 62.1% de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo respectivamente. Los padres de los alumnos con síndrome de Down según sexo, edad y grado de instrucción presentaron un nivel de conocimiento regular: El 66.7% y el 50% del sexo femenino y masculino respectivamente, fue mayor en el 75% de los padres que tienen entre 46 años de edad a más y en el 80% de los padres que tienen grado de instrucción superior y no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$). Los padres de los alumnos con Autismo el 68.2% del sexo femenino presentaron un nivel de conocimiento regular de 60% el 57.1% del sexo masculino, existiendo diferencias significativas ($p \leq 0.05$); según la edad fue regular y fue mayor en el 70% de los padres que tienen 46 años de edad a más y no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$); el 66.7% de los padres que tienen grado de instrucción superior fue regular, existiendo diferencias significativas ($p \leq 0.05$). Se concluye que los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del CEBE Ricardo Bentin, presentaron un nivel de conocimiento regular.¹²

MUÑOZ, V. en 2015, En su estudio tuvo como objetivo “relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y la higiene bucal de estos mismos niños en la ONG mundo amor” Realizado en Perú, con una población de 70 padres y sus respectivos hijos con habilidades diferentes (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). En la

primera parte 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: 3 preguntas sobre elementos de higiene bucal, 3 preguntas sobre hábitos de higiene bucal, 3 preguntas sobre patología bucal relacionada a higiene bucal y 3 preguntas sobre técnicas de higiene bucal. En la segunda parte de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con habilidades diferentes. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 66% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 73%, 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, $r = -0,53$ con un $p < 0,05$ es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.¹³

PÉREZ, R. en (2015), El presente estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional. Tuvo como objetivo “Evaluar a 192 padres de niños con habilidades especiales que tenían de 6 a 11 años y que estudiaban en alguna de las instituciones educativas especiales “Realizado en Perú. Se aplicó una encuesta con preguntas orientadas a conocer el nivel de conocimiento sobre salud bucal, enfermedad, hábitos y elementos de higiene, relacionándolo con la edad, género y grado de instrucción del participante. Los resultados obtenidos, en relación, a nivel de conocimiento fue regular para los grupos de 20-30 (41.46%) y 30 - 45 años (41.27%) respectivamente, existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años ($p = 0.0425$). El nivel de

conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular para el sexo masculino (30.26%) y femenino (46.55%), no existiendo diferencia estadísticamente significativa. 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 ($p=0.0289$). Concluyen 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.¹⁴

MARCHENA, Z. en (2015), su estudio tuvo como objetivo “determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes de 6 a 11 años” su estudio fue de nivel cuantitativa, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 34 padres y sus respectivos hijos con (síndrome de Down, autismo y retardo mental). En la primera etapa de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres, para lo cual se aplicó un cuestionario de 16 preguntas, dividido en 4 segmentos: 1er segmento sobre elementos de higiene bucal, 2do segmento sobre hábitos de higiene bucal, 3er segmento sobre patologías bucales y el 4to segmento sobre técnicas de higiene bucal. En la segunda etapa se evaluó el índice de higiene oral de los niños con habilidades diferentes utilizando el índice de Greem y Vermillon. Se encontró un nivel de conocimiento regular de los padres (52.9%); el índice de

higiene oral encontrado en los niños fue malo, con un 79.4%. Existió una relación significativa directa de grado fuerte (0,693) entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes. Se recomienda implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal, incluyendo la higiene bucal, involucrando a los padres de familia.¹⁵

Morales D. en (2013), 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. 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” 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 formó 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. Luego de la enseñanza de las técnicas educativas en los grupos de padres, se procedió a evaluar el IHO en sus hijos (personas con discapacidad mental), después de la observación clínica se procedió a la tabulación de datos y análisis estadístico, encontrándose que la técnica educativa más 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.¹⁶

Cabellos D. en (2013), La presente investigación tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). 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: 3 preguntas sobre elementos de higiene bucal, 3 preguntas sobre hábitos de higiene bucal, 3 preguntas sobre patología

bucal relacionada a higiene bucal y 3 preguntas sobre técnicas de higiene bucal. 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.¹⁷

2.2 Bases teóricas del caso o de los casos

2.2.1.1 Habilidades diferentes

2.2.1.2 Definición: Consideramos que las personas con capacidades especiales son aquellas que requieren de un proceso de aprendizaje diferente para desarrollar sus habilidades y capacidades. Dichas personas resultan vulnerables, pues necesitan de apoyo constante, y confianza en su posibilidad de encontrar caminos para crecer y realizarse plenamente.¹⁸

Esta necesidad de apoyo continuo también genera respuestas de sobreprotección, o en ocasiones de indiferencia. Las respuestas que ha brindado la misma comunidad a lo largo de siglos no han sido satisfactorias. La reacción espontánea tiende a eliminar a quienes son diferentes, quienes escapan a los criterios de normalidad que fija una sociedad. Así el camino para las personas con capacidades especiales, y necesidades educativas

especiales se hace difícil de no contar con aliados desde el momento de su concepción.¹⁸

Precisamente, nuestro interés hoy es destacar la fuerza que impone una organización familiar centrada en esa nueva vida, procurando descubrir su mejor forma de expresarse. ¿Cuáles son las capacidades especiales, habilidades, talentos de ese niño nacido con algún déficit biológico, psicológico, social, o ese niño con una enfermedad de larga duración? ¿Cómo alentar en él el deseo de sobrevivir, superar paso a paso cada día, afrontar tratamientos, escolarización, adaptaciones, y desarrollarse sanamente, con autoestima y confianza en sus propias posibilidades y las de su medio?¹⁸

Si nos hacemos esta pregunta con cada niño que llega al mundo, se enfatiza en el caso del niño con necesidades especiales, que requiere también de iguales oportunidades que sus hermanos: amor cálido, ternura, cuidados maternales, receptividad y continuidad en su relación con su madre, padre, hermanos y otros miembros de la familia. Un ámbito seguro, un equipo que le atienda y desarrolle las mejores posibilidades en él o ella.¹⁸

2.2.2.2 Retardo mental

La discapacidad intelectual (antes denominada retraso mental).¹¹ es una alteración en el desarrollo del ser humano caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en las conductas adaptativas y que se evidencia antes de los 18 años de edad. Afecta alrededor del 1% de la población general.^{20,21} La discapacidad intelectual se ha definido

cuantitativamente como un valor de coeficiente intelectual menor a 70. Sin embargo, este criterio no es suficiente para determinar la discapacidad.

Genera anomalías en el proceso de aprendizaje entendidas como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desarrollo corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual muy variable que tiene lugar junto a circunstancias asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.^{20,22}

2.2.2.3 Clasificación Retraso Mental

Cuadro N° 01

DSM-IV	CIE-10
1. RM ligero: CI de 50-55 a 70 85% de la población	1. RM ligero CI entre 50-69
2. RM moderado: CI entre 35-40 y 50-55 10% de la población	2. RM moderado CI entre 35-49
3. RM grave: CI de 20-25 a 35-40 3.4% de la población	3. RM grave CI entre 20-34
4. RM profundo: CI por debajo de 20-25 1-2% de la población	4. RM profundo CI inferior a 20
5. RM no especificado: Existe una fuerte sospecha de retraso mental pero no puede ser detectado a través de las pruebas de inteligencia convencionales (p.ej., debido a un deterioro importante)	5. Otro RM: La evaluación del grado de RM es difícil o imposible de establecer debido a déficits sensoriales o físicos, trastornos graves del comportamiento o incapacidad física.
	6. RM sin especificación: Evidencia de RM pero sin información suficiente como para asignar al sujeto a una de las categorías anteriores.

2.2.2.4 Etiología

Las causas de discapacidad intelectual pueden dividirse en genéticas y no genéticas. A su vez las causas genéticas pueden dividirse en sindrómicas y no sindrómicas, en cuanto se presenten o no otras alteraciones clínicas aparte de la discapacidad propiamente tal. Las causas genéticas representan entre un 30 a un 50% de las causas, e incluyen anomalías cromosómicas (como el síndrome de Down), características genéticas heredadas (como el síndrome X frágil) y alteraciones genéticas simples (como el síndrome de Prader-Willi).²²

2.2.1.6.3 Factores ambientales

- Infecciones: Hasta la aparición de las vacunas era frecuente desarrollar encefalitis que podía afectar de forma severa las capacidades cognitivas (la rubeola, sarampión, meningitis por meningococo, polio, tosferina). Eran hasta hace poco enfermedades infecciosas que podían llegar a alterar las capacidades de un individuo. Aún hoy una de las principales causas de discapacidad intelectual en el tercer mundo es la malaria.²³
- Daños cerebrales el cerebro ante impactos: puede verse dañado y según el lugar del daño puede provocar discapacidad cognitiva, existen muchos motivos por los que el cerebro puede tener un daño cerebral, entre otros: accidentes de tráfico, daños provocados en el parto (falta de oxígeno, fórceps, Infartos cerebrales, derrame cerebral).²³
- Tóxicos: la exposición del feto a drogas aumenta las posibilidades de problemas posteriores, es conocido el efecto del alcohol y el efecto que

muchas otras drogas pueden tener en el desarrollo posterior. Igualmente en personas sanas existen muchas drogas que pueden provocar lesiones cerebrales y discapacidad cognitiva, el alcoholismo por ejemplo puede llevar a distintos tipos de síndromes, por ejemplo el Síndrome de Korsakov).²³

- Genéticos: gracias a la medicina y a las novedosas pruebas genéticas prácticamente cada día se conocen nuevos genes implicados en la discapacidad intelectual, estas pruebas ya en el 2011 están al alcance de todos.²³

2.2.2.5 Aspectos bucales

Cuanto mayor es el grado de discapacidad intelectual, mayor dificultad experimenta el paciente al masticar, mayor permanencia de los alimentos en la boca, dificultades para tragar, dificultad para mantener una higiene oral aceptable y, como consecuencia, los pacientes con afectación severa presentan una mayor proporción de caries, gingivitis y enfermedad periodontal.²⁴

- Estos pacientes, con frecuencia, presentan bruxismo, babeo y también pueden presentar conductas autolesivas. Las maloclusiones son constantes a consecuencia de las disfunciones orales y la alteración del tono muscular. Predominan las situaciones de mordida abierta, paladar ojival, compresión maxilar, distoclusión, apiñamiento y fracturas dentales, ya que, con frecuencia, estos pacientes tienen caídas accidentales al fallarles el apoyo por la falta de reflejos.²⁴

- Manifestaciones Orales Frecuentes
- 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.²⁴

2.2.2.3 Trastornos Del Espectro Autista

Abarca un amplio espectro de trastornos que, en su manifestación fenotípica, se caracterizan por deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, unidas a patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.

Estos síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo de la persona, aunque pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas sociales superan sus limitaciones. También pueden permanecer enmascarados por estrategias aprendidas.²⁵

Durante mucho tiempo, el autismo fue considerado un trastorno infantil. Sin embargo, hoy día se sabe que se trata de una condición permanente que acompaña a la persona a lo largo de todo su ciclo vital.²⁵

Aunque aún no está clarificada su etiología, los trastornos del espectro autista parecen estar causados por la interacción entre una susceptibilidad genética heredable y factores epigenéticos y ambientales que actúan durante

la embriogénesis Las controversias rodean a algunas causas ambientales propuestas.²⁶

2.2.3.4 Sistema De Clasificación

El DSM, en su edición de 1994 DSM-IV, incluía el Trastorno autista en la categoría Trastornos generalizados del desarrollo, junto a otras 4 subcategorías: Trastorno de Rett, el Trastorno desintegrativo infantil, el Trastorno de Asperger y el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (PDD-NOS, en inglés).²⁷

En la actualidad, esta terminología ha desaparecido del DSM. El DSM-5,¹⁷ incluye por primera vez la categoría Trastornos del espectro autista, que sustituye a los anteriores subtipos "trastorno autista", "síndrome de Asperger", y "trastorno generalizado del desarrollo no especificado" por la categoría general "Trastornos del Espectro Autista" quedando fuera el síndrome de Rett, pues aunque tiene similitudes en algunos de sus síntomas con el autismo, presenta una etiología genética bien definida.¹⁸ Por su parte, el Trastorno Desintegrativo de la Infancia deja de ser recogido por el DSM-5 ya que tiene importantes problemas de validez.²⁷

Cuadro Nº 02

Tabla I. Clasificación de los trastornos generalizados del desarrollo-espectro autista	
<i>Diagnóstico en el DSM-IV* (APA, 1994)</i>	<i>Diagnóstico en la ICD-10 OMS**</i>
Trastorno autista	Autismo Infantil
Trastorno de Asperger	Síndrome de Asperger
Trastorno desintegrativo de la infancia	Otros trastornos desintegrativos de la infancia
Trastorno de Rett	Síndrome de Rett
TGD-NE	Otros TGD; TGD no especificado
Autismo atípico	Autismo atípico
(No se corresponde con ningún diagnóstico de la DSM-IV)	Trastorno hiperactivo con retraso mental con movimientos estereotipados

DSM IV: clasificación de enfermedades mentales de la academia americana de psiquiatría (4ª edición)

Antes de la aparición del DSM-5, este sistema de clasificación se centraba más en las clasificaciones o categorías descriptivas que en las necesidades de los pacientes. El nuevo manual, por el contrario, atiende a cuestiones de intervención, y por ello establece tres niveles de necesidad dentro de los TEA.²⁸

Cuadro N° 03

Tabla II. Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo (TEA)*		
Categoría dimensional del TEA en el DSM5	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin apoyo <i>in situ</i> , aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia significativa en, al menos, un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia	No interferencia

Asociación Americana de Psiquiatría (2014)

2.2.3.5 Cuadro Clínico

Según el DSM-5, el autismo se caracteriza por retraso o alteraciones del funcionamiento antes de los tres años de edad en una o más de las siguientes esferas: interacción social y comunicación; patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.²⁹

2.2.3.6 Características

a) Déficit en la reciprocidad socioemocional, que oscilan desde un acercamiento social inadecuado y errores en él toma y daca de una conversación; un nivel reducido de compartir intereses, emociones o afectos; fracaso para iniciar o responder a las interacciones sociales.

b) Déficit en las conductas de comunicación no verbal empleados para la interacción.

c) Déficit en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones; que abarcan; por ejemplo, desde las dificultades para ajustar su conducta para adaptarse a varios contextos sociales; dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por los iguales.

La gravedad está basada en las deficiencias en la comunicación social y en los patrones de conducta restrictivos o repetitivos.²⁹

2.2.3.7 Etiología

Aunque no se reconocen causas específicas de los trastornos del espectro autista, varios factores de riesgo han sido identificados y es posible que

Contribuyan al desarrollo del TEA.

Actualmente sabemos que hay factores genéticos, que explican una mayor incidencia en algunas familias y una alta concordancia entre los gemelos univitelinos.

También existen factores ambientales, que actúan como factores de riesgo, propiciando la aparición del trastorno. La edad avanzada de los progenitores, la ingesta de tóxicos y de determinados fármacos durante el embarazo (valproato), así como el bajo peso al nacer, son factores que se han podido

relacionar con la aparición del TEA.³⁰

Quedan por lo tanto, totalmente descartadas, las antiguas teorías que sostenían que el autismo era favorecido por una relación fría y poco empática de los padres en relación al bebé (teoría de la mamá nevera). Teoría que ha provocado un sentimiento de culpa en algunos padres y madres de niños con TEA.

Por otro lado, la prevalencia del TEA, según el DSM-5, se estima que gira alrededor del 1% de la población. Afectando tanto a la población infantil como a la adulta, ya que el trastorno afecta a la persona durante todo el ciclo vital. Afecta con más frecuencia a los hombres que a las mujeres, en una proporción de 4 a 1.³¹

2.2.3.8 Epidemiología

Se estimó en alrededor de 1-2 autistas por cada 1000 personas en todo el mundo y ocurrió cuatro a cinco veces más frecuente en niños que en niñas. Para 2014, cerca del 1,5 % de los niños en los Estados Unidos (uno de cada 68) le diagnosticaron TEA, un aumento del 30 % a partir de 1 de cada 88 en 2012. (616263) La tasa de autismo entre adultos mayores de 18 años en el Reino Unido es del 1,1 %.⁶⁴ El número de personas diagnosticadas ha aumentado dramáticamente desde la década de 1980, debido en parte a cambios en la práctica diagnóstica y los incentivos financieros subsidiados por el gobierno para la identificación diagnóstica; la cuestión de si las tasas reales han aumentado sigue sin resolverse.^{30,31}

2.2.3.9 Aspecto odontológico

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 criogénica, 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 25% y caries.³¹

- 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.³¹

2.2.4.4 Síndrome de Down

Es un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 o una parte del mismo, en vez de los dos habituales, por ello se denomina también trisomía del par 21. Se caracteriza por la presencia de un grado variable de discapacidad cognitiva y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible. No se conocen con exactitud las causas que provocan el exceso cromosómico, aunque se relaciona estadísticamente con una edad materna superior a los 35 años. Las personas con síndrome de Down tienen una probabilidad superior a la de la población general de padecer algunas enfermedades, especialmente de corazón, sistema digestivo y sistema endocrino, debido al exceso de proteínas sintetizadas por el cromosoma de más. Los avances actuales en el descifrado del genoma humano están revelando algunos de los procesos bioquímicos subyacentes a la discapacidad

cognitiva, pero en la actualidad no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado mejorar las capacidades intelectuales de estas personas.³²

2.2.4.5 Tipos de síndrome de Down

2.2.4.5 Trisomía libre

El síndrome de Down se produce por la aparición de un cromosoma más en el par 21 original (tres cromosomas: “trisomía” del par 21) en las células del organismo. La nomenclatura científica para ese exceso cromosómico es 47, XX,+21 o 47, XY,+21; según se trate de una mujer o de un varón, respectivamente. La mayor parte de las personas con este síndrome (95 %), deben el exceso cromosómico a un error durante la segunda división meiótica (aquella por la que los gametos, óvulos o espermatozoides, pierden la mitad de sus cromosomas) llamándose a esta variante, “trisomía libre” o regular. El error se debe en este caso a una disyunción incompleta del material genético de uno de los progenitores. (En la formación habitual de los gametos el par de cromosomas se separa, de modo que cada progenitor solo transmite la información de uno de los cromosomas de cada par. Cuando no se produce la disyunción se transmiten ambos cromosomas). No se conocen con exactitud las causas que originan la disyunción errónea. Como en otros procesos similares se han propuesto hipótesis multifactoriales (exposición ambiental, envejecimiento celular) sin que se haya conseguido establecer relación directa entre algún agente causante y la aparición de la trisomía. El único factor que presenta una asociación estadística estable con el síndrome es la edad materna, lo que parece apoyar las teorías que hacen hincapié en el deterioro del material genético con el paso del tiempo.

En aproximadamente un 15 % de los casos el cromosoma extra es transmitido por el espermatozoide y en el 85 % restante por el óvulo.³³

2.2.4.6 Translocación

Translocación del brazo largo del cromosoma 21 en uno de los dos cromosomas del par 14. Después de la trisomía libre, la causa más frecuente de aparición del exceso de material genético es la translocación. En esta variante el cromosoma 21 extra (o un fragmento del mismo) se encuentra “pegado” a otro cromosoma (frecuentemente a uno de los dos cromosomas del par 14), por lo cual el recuento genético arroja una cifra de 46 cromosomas en cada célula. En este caso no existe un problema con la disyunción cromosómica, pero uno de ellos porta un fragmento “extra” con los genes del cromosoma “translocado”. A efectos de información genética sigue tratándose de una trisomía 21 ya que se duplica la dotación genética de ese cromosoma.³⁴

La frecuencia de esta variante es aproximadamente de un 3 % de todos los SD y su importancia estriba en la necesidad de hacer un estudio genético a los progenitores para comprobar si uno de ellos era portador sin saberlo de la translocación, o si esta se produjo por primera vez en el embrión. (Existen portadores «sanos» de translocaciones, en los que se recuentan, cromosomas, estando uno de ellos translocado, o pegado, a otro).³⁴

2.2.4.7 Mosaicismo

- La forma menos frecuente de trisomía 21 es la denominada “mosaico” (en torno al 2 % de los casos). Esta mutación se produce tras la

concepción, por lo que la trisomía no está presente en todas las células del individuo con síndrome Down, sino solo en aquellas cuya estirpe procede de la primera célula mutada. El porcentaje de células afectadas puede abarcar desde unas pocas a casi todas, según el momento en que se haya producido la segregación anómala de los cromosomas homólogos.³⁴

2.2.4.8 Epidemiología

- La incidencia global del síndrome de Down se aproxima a uno de cada 700 nacimientos (15/10 000), pero el riesgo varía con la edad de la madre. La incidencia en madres de 15-29 años es de 1 por cada 1500 nacidos vivos; en madres de 30-34 años es de 1 por cada 800; en madres de 35-39 años es de 1 por cada 385; en madres de 40-44 años es de 1 por cada 106; en madres de 45 años es de 1 por cada 30.³⁵
- El Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC) informaba en el año 2004 de una prevalencia neonatal de 7,11 cada 10 000 recién nacidos, con tendencia a disminuir de manera estadísticamente significativa. Esta tendencia, junto con el aumento relativo de casos en mujeres por debajo de 35 años, se atribuye al aumento de interrupciones voluntarias del embarazo tras el diagnóstico prenatal en mujeres por encima de esa edad.³⁵

2.2.4.9 Etiología

- Las células del ser humano poseen cada una en su núcleo 23 pares de cromosomas. Cada progenitor aporta a su descendencia la mitad de la información genética, en forma de un cromosoma de cada par. 22 de esos pares se denominan autosomas y el último corresponde a los cromosomas sexuales (X o Y).³⁶
- Tradicionalmente los pares de cromosomas se describen y nombran en función de su tamaño, del par 1 al 22 (de mayor a menor), más el par de cromosomas sexuales antes mencionado. El cromosoma 21 es el más pequeño, en realidad, por lo que debería ocupar el lugar 22, pero un error en la convención de Denver del año 1960, que asignó el síndrome de Down al par 21 ha perdurado hasta nuestros días, manteniéndose por razones prácticas esta nomenclatura.³⁶
- El cromosoma 21 contiene aproximadamente el 1 % de la información genética de un individuo en algo más de 400 genes, aunque hoy en día solo se conoce con precisión la función de unos pocos.³⁶

2.2.5.0 Características Clínicas del Niño con Síndrome Down.

Cuadro N° 03

Características	Porcentaje de aparición ²⁹	Características	Porcentaje de aparición
Discapacidad cognitiva	100%	Microdoncia total o parcial	60%
Retraso del crecimiento	100%	Puente nasal deprimido	60%
Dermatoglifos atípicos	90%	Clinodactilia del 5º dedo	52%
Diástasis de músculos abdominales	80%	Hernia umbilical	51%
Hiperlaxitud ligamentosa	80%	Cuello corto	50%
Hipotonía	80%	Manos cortas/braquidactilia	50%
Braquiocefalia/región occipital plana	75%	Cardiopatía congénita	45%
Genitales hipotróficos	75%	Pliegue palmar transversal	45%
Hendidura palpebral	75%	Macroglosia	43%
Extremidades cortas	70%	Pliegue epicántico	42%
Paladar ojival	69%	Estrabismo	40%
Oreja redonda de implantación baja	60%	Manchas de Brushfield (iris)	35%

Series de porcentajes obtenidas en un amplio estudio realizado (Centro Médico Down) de la Fundación Catalana. Sobre 796 personas con SD. Estudio completo en Josep M. Corretger et al. (2005).

2.2.5.5 Manifestaciones Orales

- 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.³⁷

- Dientes: son por lo general algo pequeños y, a veces, con formas anómalas. De erupción tardía, se hallan en lugares insólitos o faltan, aunque presentan menos caries que los niños normales. Es probable que aparezcan problemas de encías que se inflaman o resorben con facilidad provocando, en ocasiones, las caídas de los dientes en niños mayores o adultos jóvenes a pesar de una buena higiene bucal.³⁶

2.2.5.6 Manifestaciones Orales Frecuentes

Enfermedad periodontal: la mayor susceptibilidad a esta enfermedad podría deberse a un error congénito de los mecanismos auto inmunitario alterado 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.³⁶

2.2.5.7 Enfermedades Bucales Prevalentes

- caries dental: es una enfermedad producida por muchos factores, caracterizándose por la destrucción de los tejidos duros del diente en

consecuencia de una desmineralización inducido por los diferentes ácidos generados de la placa bacteriana. Las bacterias segregan ácidos a partir de restos alimenticios que quedan expuestos en la dieta. El destrozo químico dental está asociado al consumo de ácidos y azúcares encontrados en alimentos y bebidas. La caries dental es asociada además a errores de técnicas de higiene, la falta de cepillado, o desconocer los correctos movimientos en el lavado bucal, el desuso de hilo dental, así como también, en escasa posibilidad por etiología genética. Se ha confirmado la influencia del pH salival en relación a la caries dental. Tras la eliminación del esmalte destroza la dentina dejando expuesta la pulpa dentaria ocasionando inflamación, seguido de una pulpitis y posterior necrosis (destrucción pulpar). Si la pieza afectada no es atendida puede conllevar a una inflamación de la zona que rodea al ápice (parte inferior de la raíz) ocasionándose una periodontitis apical, con la posibilidad de provocar un absceso dental, una celulitis o una angina de Ludwig.³⁶

- 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.³⁶

- Gingivitis

La gingivitis es una etapa en la enfermedad periodontal. La enfermedad periodontal ocurre debido a una inflamación e infección destruyendo tejidos de soporte dental, tales como ligamentos periodontales, encía y los alveolos dentales.³⁷

La gingivitis se produce por la acumulación prolongada de depósitos de placa dental. Esta placa es de una consistencia densa conformada por mucosa, bacterias y residuos alimenticios que se acumulan en zonas dentales expuestas. Siendo también una causa importante para la aparición de caries dental.³⁸

- Si la placa no se elimina, se transforma en un depósito duro calificado como sarro (o cálculo) que se adhiere en la base del diente. Tanto la placa como el sarro causan irritación e inflamación a las encías. Las toxinas y bacterias producidas por éstas ocasionan que las encías se infecten, se inflamen y se vuelvan sensibles.³⁷

- Cálculo dental:

El cálculo dental, también conocido como sarro o tártaro dental, es el acúmulo sobre las caras dentales de sales de calcio y fósforo debido a la mineralización de la placa dental siendo esto la combinación entre saliva, microorganismos, y restos alimenticios que se van colocando sobre las piezas dentales. La presencia de la misma no existe relación directa con la enfermedad periodontal, sin embargo, su presencia empeora la enfermedad. Un efecto del cálculo es la retención de más placa, por ende, mientras más cantidades de cálculo se formen pueden obstaculizar la efectividad de la higiene bucal diaria y así

apresurar la formación de más placa. Las calcificaciones de estos depósitos pueden contener sustancias tóxicas para los tejidos blandos.³⁸

- **Biofilm:**

Es una reunión de una flora microbiana diversa, aerobia y anaerobia, revestida por una matriz intercelular de polímeros. Estos microorganismos son capaces de unirse sobre las paredes de las piezas dentarias. La salud se puede asociar a la presencia de ésta, si un microorganismo adquiere los sustratos que necesita para sobrevivir y permanece mucho tiempo sobre una superficie dental, puede lograr una organización y generar caries u alguna enfermedad periodontal.³⁹

- Se forman en las superficies dentales, en encía y en restauraciones, muy difíciles de diferenciarse, a menos que esté teñida. De consistencia blanda, mate, y de color blanco-amarillo. Su formación es rápida y no puede ser eliminada con una a presión. Varían dependiendo del individuo y de su localización anatómica. Si la placa se calcifica, puede dar paso a la formación de cálculos o sarro.⁴⁰

2.2.6.6 Atención odontológica preventiva en niños con discapacidad

- **Control de placa dental:**

- **Control mecánico: Técnica de cepillado** El cepillado es un hábito cotidiano realizado por cada persona. Así mismo es una actividad necesaria para la eliminación de placa bacteriana y para la prevención de enfermedades dentales. Existen distintas técnicas de cepillado, que requieren destrezas motoras diferentes.³⁹

En el contexto escolar, se ha demostrado que niños y jóvenes con síndrome Down de 11 a 22 años son capaces de realizar un cepillado diario de dientes utilizando la técnica de Bass y mejorar los índices de placa y gingival en un período de 3 meses. En esta experiencia, la participación de los profesores y del equipo de salud bucal fue importante para motivar y apoyar a los niños durante la intervención.⁴⁰

- Otra técnica es la utilización del cepillo eléctrico de mango ancho, el cual es fácil de manipular y es bien aceptado; su uso logra mejorar los niveles de higiene bucal en personas con distinto grado de discapacidad cuando se capacita a las personas y sus cuidadores en su uso adecuado. Además, se puede mejorar la adherencia al cepillo con la modificación de los cepillos convencionales para adecuar la forma y tamaño del mango, según las necesidades del paciente, para favorecer la autonomía y poder realizar el cepillado de dientes en las personas con discapacidad.³⁹

- En personas con limitaciones físicas severas, la disminución o eliminación del uso de pasta de dientes está indicado para disminuir el reflejo nauseoso y mejorar la visión del cuidador que realiza el aseo bucal. El uso de abre bocas puede mejorar el acceso y proteger al cuidador de mordidas involuntarias.³⁷

- Control químico

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

(enjuagatorios, geles, barnices), así como la técnica de aplicación (cepillado, cubetas) será adecuada a la condición y necesidades de cada paciente.³⁹

De igual manera no se recomienda usar colutorios en pacientes con dificultades deglutivas o que sean incapaces de expectorar. Además, se ha documentado que la clorhexidina en spray o pasta dental es igualmente efectiva. El uso de spray de clorhexidina (2 ml, 0,2% clorhexidina) es una de las técnicas de aplicación más utilizada en estos casos. La combinación de control de placa mecánico (cepillado) y químico (clorhexidina) ha demostrado ser efectivo en la reducción de los índices de placa (Índice de placa Greene & Vermillion) y sangrado gingival.³⁸

- Uso de hilo dental En personas con discapacidad, el uso diario de seda dental puede ser indicado como complemento al cepillado, en personas capaces de tolerar y cooperar en su higiene bucal. En personas con limitaciones motoras, el uso de dispositivos porta seda puede facilitar la higiene de los espacios interdentes, disminuyendo el riesgo de lesionar los tejidos bucales.⁴⁰

- El cuidador debe apoyar en los aspectos particulares que dificulten llevar a cabo esta tarea en forma autónoma. La adecuada capacitación del cuidador o de la propia persona es importante para lograr el máximo beneficio.³¹

- Flúor barniz

La evidencia sugiere que dicho barniz de flúor es efectivo en la reducción de la incidencia de caries en dentición temporal y permanente en niños. Estos antecedentes junto con la mayor seguridad del uso de barniz comparado con otras modalidades de aplicación profesional de fluoruros tópicos (geles,

espumas, enjuagatorios), sugieren que el barniz de flúor es efectivo y seguro como medida de prevención de caries en niños con discapacidad que presenten dificultad para cooperar durante la atención clínica. Así mismo el efecto cariostático del barniz de flúor disminuye gradualmente luego de su aplicación, por lo que debe ser aplicado de manera periódica. En pacientes con riesgo moderado, la aplicación de barniz fluorado debe ser cada 6 meses. En pacientes con riesgo alto, la aplicación debe ser cada 3 a 6 meses.⁴¹

- Sellante de fosas y fisuras

No pueden ser indicados en todos los pacientes debido a los requerimientos de su técnica de aplicación. Los selladores en base a de ionómero de vidrio pueden ser una buena opción ya que la técnica es más simple y suman el beneficio de la liberación de fluoruro.³⁰

- Suplementos Alimenticios Con Flúor

El añadir flúor a alimentos de consumo diario como la leche, sal, harinas, cereales, son otra alternativa. Su dosis recomendada se encuentra entre los 200-250 mg. En los 70's, no encontraban pruebas suficientes que midiera la cantidad exacta de flúor que debe integrarse en la leche, sal y pan.³⁰

2.2.2.8 Hábitos de Higiene Oral

Son prácticas adquiridas por repetición frecuente de un mismo acto, que en un principio es consciente y luego inconsciente, siendo muy importantes para mantener en buenas condiciones nuestra boca y nuestra salud. Es responsabilidad de los padres, junto con la orientación profesional del Odontopediatría, crear unos buenos hábitos de higiene oral en los niños,

seleccionando un cepillo dental adecuado con filamentos suaves para realizar una limpieza eficaz de los dientes y las encías.³²

- Higiene bucal

La higiene bucal es un proceso que consiste en utilizar los materiales y técnicas adecuadas para mantener los dientes y las encías sanas siendo necesarias para una salud de todo nuestro organismo. La buena higiene bucal proporciona una boca saludable para lo que se requiere: Cepillado de dientes, encías y lengua, uso de medios auxiliares hilo dental, cepillo interdentario y pasta dental o dentífrico y Clorhexidina.³³

- Higiene en la dentición decidua

Hay una relación directa entre tiempo de cepillado y cantidad de placa eliminada. Se determina la eficacia del cepillado después de 2 min aquí se retira el 41% índice de placa. Se recomienda cepillar los dientes tres veces al día una de ellas justo antes de ir a dormir y las otras después de las comidas. El cepillado siempre ha de realizarse con pasta dentífrica fluorada. Un cepillo en niños debe cambiarse con más frecuencia, por el deterioro debido al mordisqueo. La infancia es la edad ideal para su aprendizaje.³⁴

- Índice de Higiene Oral

Es un indicador que expresa su valor cuantitativamente en cuanto a la presencia de placa para poder orientarse sobre el estado de higiene oral de personas. Diseñado para población con avanzado compromiso periodontal.³⁴

- Índice de higiene oral simplificado (IHOS)

En 1960 Greene y Vermillion crearon el índice de higiene bucal (OHI, por sus siglas en inglés oral hygiene index); más tarde lo simplificaron para incluir sólo seis superficies dentales representativas de todos los segmentos anteriores y posteriores de la boca. Esta modificación recibió el nombre de OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplifled). Mide la superficie del diente cubierta con desechos y placa blanda. ³⁵

- Visita al odontólogo

La mayoría de los padres se preguntan, ¿Cuál es la edad en que se debe llevar al niño al Odontólogo?, lo ideal es que el niño acuda a consulta odontológica aun siendo menor de los 3 años de edad, es decir, la nueva filosofía propugna la atención odontológica a niños antes de cumplir el primer año de vida (pudiendo empezar con la gestante) centrado principalmente en la educación de la médula familiar (hermanos, abuelos, padres , empleada,) para realizar, tácticas preventivas en el entorno doméstico como es la limpieza bucal, control del amamantamiento por las noches después de los 6 meses, el consumo (inteligente) de azúcares, orientación nutricional y aplicación tópica de flúor. ³⁶

- Esta visita más que todo, es para realizar labores preventivas e ir instruyendo a los padres en cuanto al tipo de higiene bucal que deben comenzar a tener los niños, información sobre el tipo de cepillo dental, hilo dental y dentífrico que este debe usar y todas aquellas cosas que debe realizar para lograr su higiene bucal. ³⁶

- Cuando el paciente pediátrico acude por primera vez a una consulta odontológica, se debe tener en cuenta que el niño va a interactuar con personas extrañas y ajenas a su medio habitual, como lo son el odontólogo, el

auxiliar dental entre otros, así como también con una serie de maquinaria e instrumental que pueden causar cierto temor en él.³⁷

- La primera visita es un proceso de adaptación a lo nuevo que está experimentando el niño; es una visita donde al niño se le muestra el sillón y todos los juguetes (herramientas) que tiene el dentista, se le cuentan los dientes y se revisa si existe animalitos (Caries) viviendo es sus dientes y se revisa si el niño se está realizando una buena higiene bucal.³⁷

2.2.7.7 Papel de los Padres en la Educación para la Salud

El niño y sus padres deben ser conservadores permanentes de las normas higiénicas sanitarias, pero en esta labor participarán también el equipo de salud, los educadores y otros sectores sociales.³⁸

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.³⁹

- 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.⁴⁰

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.³⁹

- 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.³⁸

- Salud oral

La Organización Mundial de la Salud define 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.¹

Por tanto, este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial.⁴⁰

2.2.7.7 Factores que ponen en peligro la salud bucodental

Existe el peligro de perder la salud de dientes, boca y cavidad bucal principalmente por enfermedades como.⁴⁰

- Factores Caries dental, que padece la mayoría de la población mundial.
- Periodontitis, enfermedades que afectan a las encías y ligamento periodontal que dan soporte a las piezas dentales
- Cáncer bucodental, cuya incidencia es de 1 y 10 casos por 100,000 habitantes en la mayoría de los países, según cifras de la OMS.¹
- Otro factor que puede afectar el mantenimiento de la salud bucodental son los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido.⁴⁰

2.3 Definición de términos básicos

- Conocimiento: Según Landeau R. “es la capacidad para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”.²⁸
- Nivel de conocimiento: Según Landeau R. “es el aprendizaje adquirido que se estima en una escala. puede ser cualitativa excelente, bueno, regular, malo o cuantitativa de 0 a 20”.²⁹
- Discapacidad: Según Biondi A. “es falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una person”.²⁷
- Higiene bucal: Según Laserna V.” es la eliminación de residuos y bacterias para la conservación de los dientes y elementos conjuntos.²⁰
- Salud bucal: Según Laserna V.“es el cuidado adecuado de los dientes, encías y boca para promover la salud y prevenir las enfermedades bucales”.¹⁹

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de la hipótesis principal y derivadas

3.1.1 Hipótesis general

El efecto del método didáctico “sonríe feliz” sobre higiene bucal influye en los padres de familia de los niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, Retardo mental del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017.

3.2 Variables: descripción conceptual y Operacionalizacion

3.2.1 Variable Independiente:

Efecto de un método didáctico dirigido a padres de familia.

3.2.2 Variable Dependientes:

Higiene bucal en niños con autismo, síndrome de Down, retardo mental.

3.2.3 Variable interviniente: Edad, Género y grado de instrucción.

3.2.3 Operacionalizacion de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Escala de Medición	Valor
Método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padres de familia.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medidas preventivas en salud bucal ➤ Enfermedad bucal ➤ Desarrollo dental 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de nivel de conocimiento: pre test -post test • preguntas de elementos de Higiene bucal. • preguntas de hábitos de Higiene bucal. • preguntas de patología Bucal relacionada con higiene Bucal. • preguntas Sobre técnica de higiene Bucal. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno (12-16 aciertos). • Regular (6-11 aciertos). • Malo (0-5 Aciertos).

Higiene bucal en niños con autismo, Síndrome de Down, retardo mental.	Placa dental Blanda.	I.H.O.S Índice de Green y Vermillon	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Bueno: 0,0 a 0,6. ❖ Regular: 0,7 a 1,8. ❖ Malo: 1,9 a 3,0. 	
Covariable	Dimensión	Indicador	Índice	Tipo	Escala de medición
Edad	Edad	Años cumplidos (Cuestionario)	20 a 30 años. 31 a 40 años. 41a 50 años.	Cualitativa	ordinal
genero	genero	Masculino femenino	nominal	Cualitativa	Ordinal
Grado de instrucción	Grado de instrucción	Grado de instrucción (Cuestionario)	Primaria Secundaria superior	Cualitativa	Ordinal

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

4.1.1 Tipo de diseño:

Cuasi experimental: porque manipulare de manera intencional una o más variables independientes.

Prospectivo: porque la información que se recogerá no incluye datos pasados, sino datos recientes que se obtendrán a partir de la fecha en que se realizará el estudio de investigación.

Trasversal: porque el estudio se realizó en un momento dado siendo la recolección de datos de ambos grupos en simultáneo.

4.1.2 Nivel de investigación

Según el problema y los objetivos planteados el presente trabajo de investigación es de nivel correlacional.

4.2 Diseño muestral

4.2.1 Población

Estuvo conformada por Alumnos de 1^{er} a 6^{to} grado que acudieron al CEBE Tahuantinsuyo, y padres de familia que acudieron a la charla de intervención.

4.2.2. Muestra

El tipo de muestreo es Intencional no probabilístico ya que el investigador es el que elige las unidades que conformará la muestra.

La muestra estuvo conformada por 77 padres de familia y 77 alumnos de 6 a 11 años de edad, que reunieron los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios De Inclusión:

- Tener diagnóstico de: síndrome Down, retardo mental y autismo.
- Alumnos matriculados en el presente año académico del centro de educación básica especializado.
- Niños de 6 a 11 años de edad.
- Buen estado nutricional
- Criterios De Exclusión:

- Niños con aparatología ortodóntica.
- Niños portadores de prótesis dental.
- Niños cuyos Padres de familia que no deseen participar del estudio.
- Niños con alteraciones de la formación de esmalte.
- Niños mayores de 12 a más años.
- Padres de familia con deficiencia mental.
- Niños que sufran otras enfermedades sistémicas o genéticas.
- Niños con Mal estado de nutrición (peso y talla)

4.2.3 Tamaño muestral

Justificación del tamaño de la muestra:

No fue necesario el cálculo del tamaño de la muestra porque se trabajó con los pacientes y padres de familia que asistieron al centro educativo en el periodo Octubre – Diciembre 2017 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1 Técnicas

La técnica utilizada es de campo mediante:

- La entrevista: es la técnica de obtención de información a través del diálogo, tiene un objetivo implícito y puede o no, estar estructurada a partir de un cuestionario. Se empleará para poder llenar los datos necesarios de la ficha de recolección que se utilizará.
- Examen clínico intraoral: evaluación de los tejidos blandos como la mucosa, encía y tejidos duros de la cavidad bucal de los pacientes Pediátricos de 6 a 11 años de edad.

4.3.2 Instrumento

- Ficha de recolección de datos: abarca tres apartados; el primero, conformado por los datos de filiación de las madres de familia; el segundo apartado la edad con el género de los padres de familia y grado de instrucción, y el punto tres conformado por el nivel de conocimiento antes y después .La información obtenida, como resultado de las mediciones de las variables, es recogida en una ficha específicamente diseñada por el investigador. (Anexo N° 06 y Anexo N° 07)
- Encuesta: abarca cuatro apartados; el primero, conformado por los elementos de higiene bucal, el segundo apartado hábitos de higiene bucal ,el tercero patologías bucales y el punto cuatro, conformado por las técnicas de cepillado. La información obtenida, como resultado de las mediciones de las variables, es recogida en una encuesta

específicamente diseñada por la investigadora (Zoila Emperatriz Marchena Pejerrey en el año 2015). (Anexo N° 04 y Anexo N° 05)

- Validación y confiabilidad: el procedimiento de recolección de datos se realizó al aplicar una encuesta (Anexo N° 04) previamente sometido a juicios de expertos para la validación del instrumento y sometido a una prueba piloto para su confiabilidad mediante pruebas de pares, obtenido de una tesis titulado “relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la victoria Chiclayo 2015” del cirujano dentista Zoila Emperatriz Marchena Pejerrey.

Constará de 16 preguntas estructuradas sobre conocimiento en salud bucal, el cual contiene los fines que se planteara.

En los objetivos donde se consideró:

- Elementos de higiene bucal /1-4/ preguntas.
- Hábitos de higiene bucal /5-8/ preguntas.
- Patologías bucales /9-12/ preguntas.
- Técnicas de higiene bucal /13-16/ preguntas.

Donde se dará un punto por cada respuesta correcta y mediante regla de tres simples se agrupará los resultados en los siguientes intervalos.

En forma general:

- Nivel de conocimiento bueno: 12-16 aciertos.
- Nivel de conocimiento regular: 6-11 aciertos.
- Nivel de conocimiento malo: 0-5 aciertos.

Índice de higiene oral simplificado de Green y vermillón: El presente trabajo de investigación tendrá una ficha de índice de higiene oral simplificado que constara en medir la superficie del diente cubierta con sarro y depósitos blandos es simplificado porque sólo evaluará las 6 superficies dentales, entre las que se encuentran:

- Cara vestibular de:
 - Primer molar deciduo superior derecho 5.5.
 - Primer molar deciduo superior izquierdo 6.5.
 - Incisivo central permanentes superior derecho 1.1
 - Incisivo central permanentes inferior izquierdo 3.1
 - Primeros molares permanentes superiores derecho e izquierdo 1.6 Y 2.6.
- Cara lingual de:
 - Primer molar deciduo inferior derecho 8.5.
 - Primer molar deciduo inferior izquierdo 7.5.
 - Primeros molares permanentes inferiores derecho e izquierdo 3.6 Y 2.6.
- Donde se dará un puntaje y se evaluará las 6 superficies dentales se agrupará los resultados en los siguientes intervalos: bueno: 0,0 a 0,6 regular: 0,7 a 1,8 y malo 1,9 a 3,0.
- Los datos obtenidos en los cuestionarios y ficha índice de higiene oral simplificado se ingresaron a la base de datos en excel xp, una vez ordenados, tabulados, se analizaron según la naturaleza de la variable de estudio para el análisis e interpretación, se construyó una base de datos de acuerdo a la variable que se estudió, obteniendo frecuencia absoluta y relativa, para su representación gráfica.

4.3.3 Procedimiento de recolección de datos

El estudio se llevó a cabo en las instalaciones de la institución educativa del centro de educación básico especializado “Tahuantinsuyo”. Después de la debida aprobación de la directora de la institución educativa especializada “Tahuantinsuyo”. (Anexo N° 02)

La evaluación de los niños se realizó en un ambiente asignado en el auditorio de la institución educativa. Con el consentimiento de la directora y docente responsable en dicha aula se siguió la siguiente metodología: se seleccionó a los pacientes por revisión previa de nómina de alumnos matriculados que cumplieron los criterios de inclusión de la investigación.

Se le informó al apoderado de la participación en el estudio y se les explicó detalladamente la información contenida en el consentimiento informado (Anexo N° 03), se les entregó para que lo leyeran y posteriormente lo firmaran, nos trasladamos al lugar de evaluación acondicionada para el estudio se procedió a realizar el índice de higiene oral.

Por medio de la entrevista se llenó algunos datos de interés en la ficha de recolección de datos de los pacientes (Anexo N° 07).

Se realizó, entre la hora de 7:40 a 9:00 horas a.m.

Se colocó al paciente pediátrico en una silla con su apoderado y se le explicó las indicaciones necesarias a seguir para el recojo de la muestra se procedió con la toma del índice de higiene oral simplificado en el niño (pre test).

Con estricto cumplimiento de las normas universales de bioseguridad, siguiendo las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud

(OPS), se procedió a la evaluación usando barreras de protección como guantes, mascarillas, gorros, campos clínicos de material desechable.

Se realizó en examen intraoral, usando material de diagnóstico estéril, se evaluó clínicamente la presencia de placa blanda y se registró según el índice de higiene oral simplificado.

Para el recojo de muestra del IHOS se siguió las recomendaciones de la Estrategias para la prevención de enfermedades orales y la promoción de la salud las cuales son: el sujeto no debe lavarse los dientes, comer o beber excepto agua dos horas antes de la recolección, no debe realizar ejercicio físico, para el registro del índice de higiene oral simplificado de Greene y Vermillón, se examinó 6 piezas dentarias según la metodología de este índice: 1° molar permanente superior derecho (superficie vestibular); incisivo central superior permanente derecho (superficie vestibular); 1° molar permanente superior izquierdo (superficie vestibular), 1° molar 3.7 permanente inferior izquierdo (superficie lingual); incisivo central inferior permanente izquierdo (superficie vestibular) y 1° molar permanente inferior derecho (superficie lingual). Esta evaluación se realizó con iluminación de la luz natural, y se contó con un dispositivo portátil de iluminación. El IHOS consta de dos componentes: el índice de residuos blandos y el índice de cálculo, cada componente se evaluó en una escala de 0 a 3. Teniendo los siguientes criterios: 0 no hay residuos o manchas. 1 los residuos o placa no cubren más de un tercio de la superficie dentaria. 2 Los residuos o placa cubren más de un tercio de la superficie pero no más de dos tercios de la superficie dentaria expuesta. 3 los residuos blandos cubren más de 2 tercios de la superficie

dentaria expuesta. Para obtener el índice individual de IHO-S se requirió, sumar la puntuación de los códigos en cada diente señalado y dividirla entre el número de superficies analizadas. Este procedimiento se realizó tanto para el componente de residuos blandos como para el de cálculo o residuos sólidos, obteniendo 2 resultados los cuales fueron sumados y se obtuvo el IHO-S individual, una vez establecido, se procedió a determinar el grado clínico de higiene bucal.

Bueno: 0,0-0,6 Regular: 0,7-1,8 Malo: 1,9-3,0. Se utilizó la ficha de recolección de datos diseñada por el investigador para la presente investigación (Anexo N° 07). Las fichas fueron llenadas por un operador. El tiempo en que se realizó el índice de higiene oral simplificado fue de 5 minutos usando un cronómetro. Posteriormente, después de un mes de haber realizado dicho método didáctico dirigido a padres de familia se procedió a realizar la segunda sesión, midiendo nuevamente el Índice de Higiene Oral Simplificado.

La evaluación de los padres de familia se realizó en un ambiente asignado en el auditorio de la institución educativa. Por medio de la entrevista se llenó algunos datos de interés en la ficha de recolección de datos de los pacientes (Anexo N° 06).

Antes de la ejecución del “Efecto de un método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padre de familia de niños de 6 -11 años con autismo, síndrome de Down y retardo mental”. El investigador recibió una previa capacitación de profesionales como docentes en educación inicial y Odontopediatras, quienes brindaron las pautas necesarias para el manejo de las estrategias a utilizar en el método didáctico.

El horario fue de 1:45 a 3:00 horas p.m.

Se citó a los padres de familia al plantel institucional se le explico la participación del estudio y también se le explicó detalladamente la información contenida de una encuesta (Anexo N° 04) y la instrucciones que debían seguir para responder dicha encuesta que estaría estructurada con 15 preguntas sobre prevención en salud bucal y que los resultados obtenidos de la investigación seria de carácter confidencial.

Se aplicó la encuesta a los padres de familia sin haberles realizado ninguna charla de intervención sobre salud bucal en ellos, y que tuvo una duración de 25 minutos usando un cronómetro.

El horario fue de 2:00 a 3:30 horas p.m.

Se citó a los padres de familia por segunda vez al plantel institucional. Y se le explicó detalladamente en qué consistirá el método didáctico sobre higiene bucal dirigido a ellos en que constaría de 3 sesiones de aprendizaje educativos con métodos didácticos demostrativos sobre: Elementos de higiene bucal, hábitos de higiene bucal y patologías bucales. Y que tendría una duración de 90 minutos cada método didáctico y que el principal objetivo de las sesiones de aprendizaje educativos con métodos didácticos demostrativos sería: incrementar el nivel de conocimiento de los padres de familia y que pongan en práctica lo aprendido en sus hijos con la finalidad de disminuir la placa bacteria en sus hijos y algunas manifestaciones orales que podrían ser perjudiciales para sus menores hijos.

a) Sesión de aprendizaje educativa N° 01 (Anexo N° 11)

Se procedió a la primera sesión de aprendizaje educativo: Importancia de la higiene oral dirigida a padres de familia de 20-40 años. Tuvo una duración: 90 minutos usando un cronómetro.

b) Sesión de aprendizaje educativa N° 02 (Anexo N° 12)

Se procedió a la segunda sesión de aprendizaje educativo: Procedimiento para la práctica del correcto cepillado dental y uso del hilo dental dirigida a padres de familia de 20-40. Tuvo una duración: 90 minutos usando un cronómetro.

c) Sesión de aprendizaje educativa N° 03 (Anexo N° 13)

Se procedió a la tercera sesión de aprendizaje educativo: el cuidado de la salud bucal en el trabajo docente dirigida a padres de familia de 20-40. Tuvo una duración: 90 minutos usando un cronómetro.

Al culminar las sesiones de aprendizaje educativo con métodos didácticos. Se citó a los padres de familia al plantel institucional y se le aplicó una encuesta que estaría estructurada con 15 preguntas (Anexo N° 05) sobre prevención en salud bucal y que los resultados obtenidos de la investigación sería de carácter confidencial. La encuesta tuvo una duración de 15 minutos usando un cronómetro. Como parte final de la investigación se les agradeció a los padres de familia, directora de la institución educativa, a los niños, docentes, y personal auxiliar por el apoyo en la presente investigación.

4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Se hizo un resumen de los resultados adquiridos en las fichas de recolección de datos (Anexo N° 06 y Anexo N° 07). Posteriormente se vació toda la información obtenida de la investigación en tablas Excel 2013. Una vez ordenados, se tabularon e ingresados. El procesamiento de los datos recogidos luego se llevó a cabo previa anonimización de los participantes, esto a través del uso de códigos correlativos de tres cifras, los cuales identificaron a los sujetos de investigación. Luego por ello los datos se tabularon a una base spss2.4.0 previo control de calidad de la información, con lo cual se generará la matriz de datos. A partir de ello se aplicó la estadística descriptiva para hallar las frecuencias y porcentajes de la variable principal de estudio y sus dimensiones: Elementos de higiene bucal, Hábitos de higiene bucal, Patologías bucales, Técnicas de higiene bucal donde obteniéndose la frecuencia absoluta y relativa, para su representación gráfica y tabular.

4.5 Aspectos éticos

La investigación se desarrolló respetando el código de ética y deontología los diversos principios jurídicos y éticos, como los derechos de autor y la confidencialidad de la información.

La índole de cualquier otra consideración ética pertinente, así como la indicación que se aplicó los principios de Helsinki y el código de Núremberg adecuadas de la Asociación Médica Mundial y normas de ética Internacionales y Nacionales para la investigación científica.

Para poder iniciar con la investigación se solicitó la aprobación de la Universidad Alas Peruanas (Anexo N° 01) y de igual manera se solicitó la aprobación del representante tutor legal de los estudiantes mediante la firma de un consentimiento informado. Una vez aprobada se procedió a solicitar la aprobación del CEBE Tahuantinsuyo (Anexo N° 02). La información obtenida en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines formativos y de investigación.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos.

El presente estudio tuvo como finalidad determinar el efecto del método didáctico “sonríe feliz” sobre higiene bucal y el nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los padres de familia de niños de 6-11 años con autismo, síndrome de Down, y retardo mental, de la institución educativa Tahuantinsuyo 2017, para ello se evaluó a 77 padres de familia y 77 niños.

Tabla Nº 01 GÉNERO DE LOS PADRES DE FAMILIA.

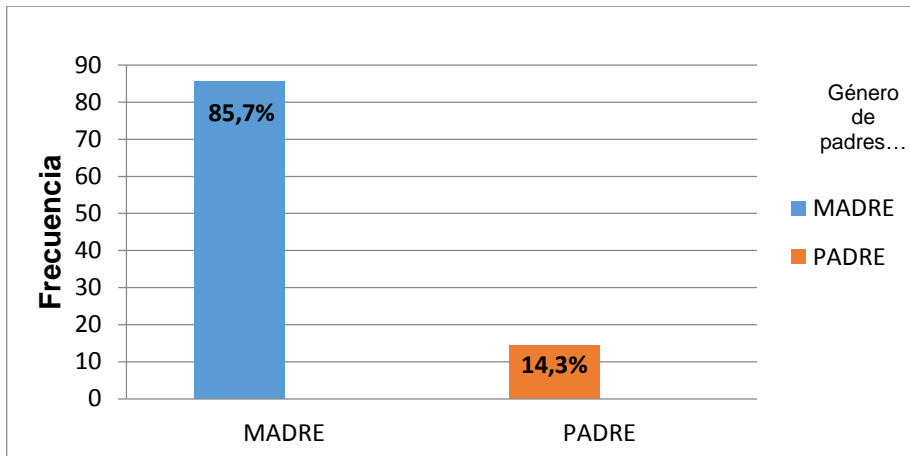
sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MADRE	66	85,7	85,7	85,7
PADRE	11	14,3	14,3	100,0
Total	77	100,0	100,0	

Fuente: propia del investigador

Análisis:

Se observa la distribución de frecuencia del variable sexo de los padres de los niños de 6 a 11 años evaluados, el cual 66 (85,7%) son madres y 11 (14,3%) son padres.

GRÁFICO Nº 01 DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO DE LOS PADRES DE FAMILIA.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 02 COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DIDÁCTICO “SONRÍE FELIZ” SOBRE HIGIENE BUCAL DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA.

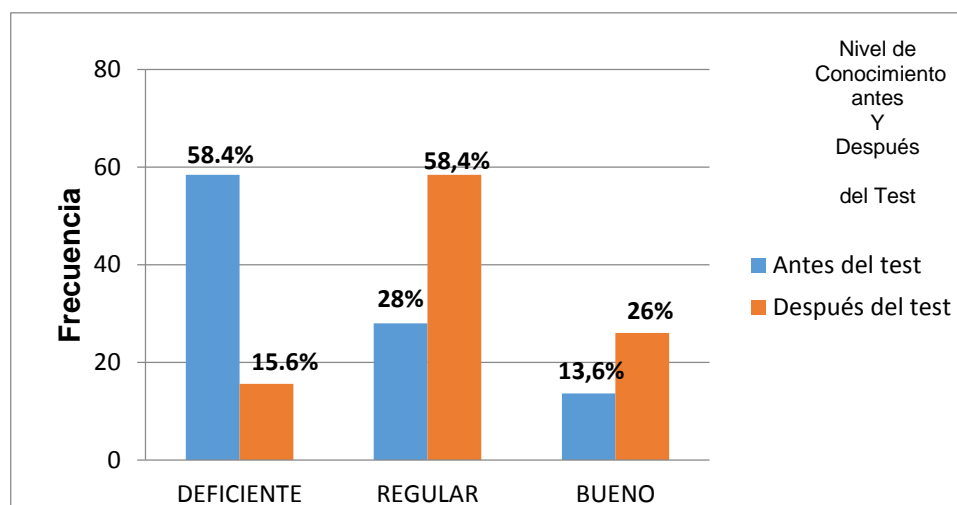
Nivel de conocimiento	Antes del test		Después del test		Diferencia
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
DEFICIENTE	45	58,4	12	15,6	42,8
REGULAR	22	28,0	45	58,4	30,4
BUENO	10	13,6	20	26,0	12,4

Fuente: propia del investigador

Análisis:

El nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de familia antes del test, presentaron un nivel de, 45 (58,4%) deficientes, 22 (28,0%) nivel regular y 10 (13,6%) son bueno. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de familia después del test, presentó un nivel de, 12 (15,6%) deficientes, 45 (58,4%) son de nivel regular y 20 (26%) son bueno.

GRÁFICO Nº 02 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DIDÁCTICO “SONRÍE FELIZ” SOBRE HIGIENE BUCAL DIRIGIDOS A PADRES DE FAMILIA.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 03 NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA EN RELACIÓN AL SEXO.

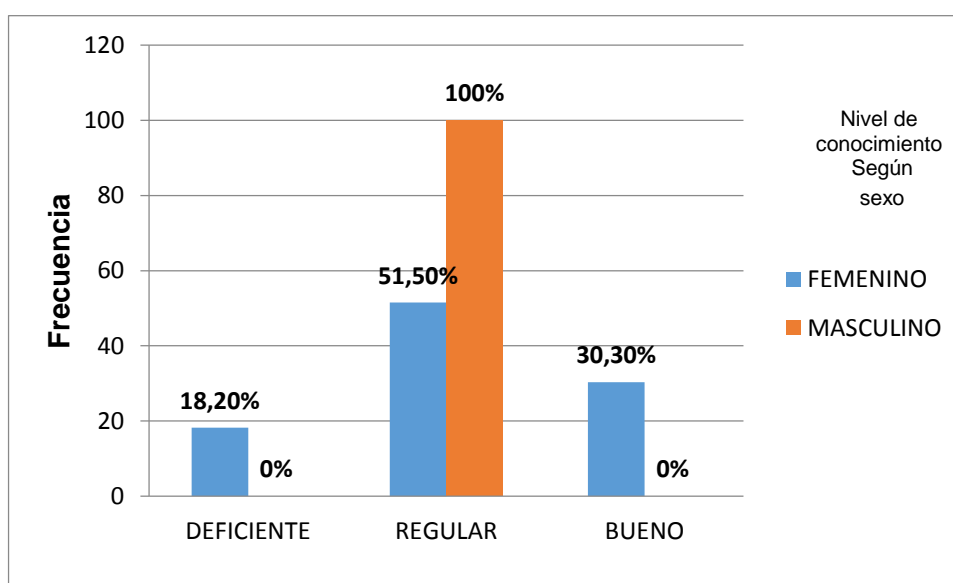
Nivel de conocimiento según sexo padres de Familia	Femenino		Masculino		Diferencia
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
DEFICIENTE	12	18,20	0	0.0	18.2
REGULAR	34	51,50	11	100.0	48,5
BUENO	20	30,30	0	0.0	30,0

Fuente: propia del investigador

Análisis:

En el grupo de las madres presentaron, un conocimiento de, 12 (18,2%) deficiente, 34 (51,5%) presento un conocimiento regular de, 34 (51,50%) un conocimiento bueno de, 20 (30,30%). Grupo de los padres presentaron, un conocimiento de 0 (0%) deficiente, 11 (100%) conocimiento regular, 0 (0) % no presentaron conocimientos bueno.

GRÁFICO Nº 03 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA EN RELACIÓN AL SEXO.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 04 EDAD DE PADRES DE FAMILIA.

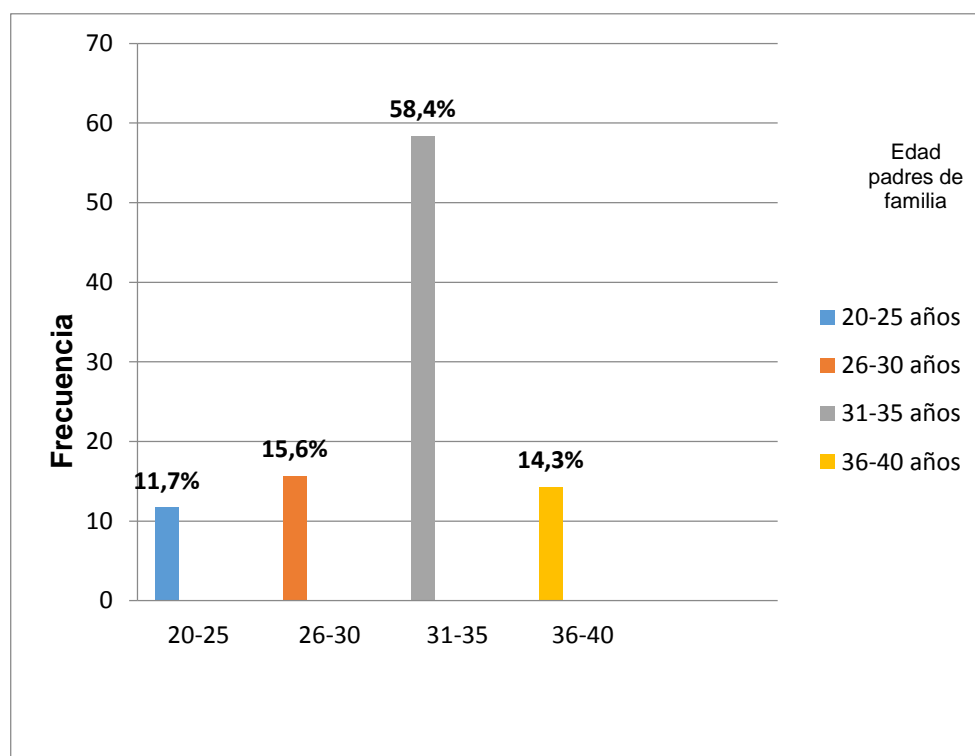
		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20-25 años	9	11,7	11,7	11,7
	26-30 años	12	15,6	15,6	27,3
	31-35 años	45	58,4	58,4	85,7
	36-40 años	11	14,3	14,3	100,0
Total		77	100,0	100,0	

Fuente: propia del investigador

Análisis:

Se observa la edad de los padres de los niños de 6 a 11 años evaluados, el cual 9 (11,7%) están entre los 20-25 años; 12 (15,6%) de 26-30 años; 45 (58,4%) de 31-35 años y 11 (14,3%) de 36-40 años.

GRÁFICA Nº 04 DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE PADRES DE FAMILIA.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 05 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DIDÁCTICO “SONRÍE FELIZ” EN RELACIÓN CON LA EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA.

NIVELES	20-25 AÑOS		26-30 AÑOS		31-35 AÑOS		36-40 AÑOS	
	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS
BUENO	0	0	3	1	10	25	2	4
	0%	0%	25%	8,33%	22,22%	55,56%	18,18%	36,36%
REGULAR	0	8	0	7	5	15	3	5
	0%	88,89%	0%	58,37%	11,1%	33,33%	27,27%	45,46%
MALO	9	1	9	4	30	5	6	2
	100%	11,11%	75%	33,3%	66,67%	11,11%	54,55%	18,18%
TOTAL	9	9	12	12	45	45	11	11
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

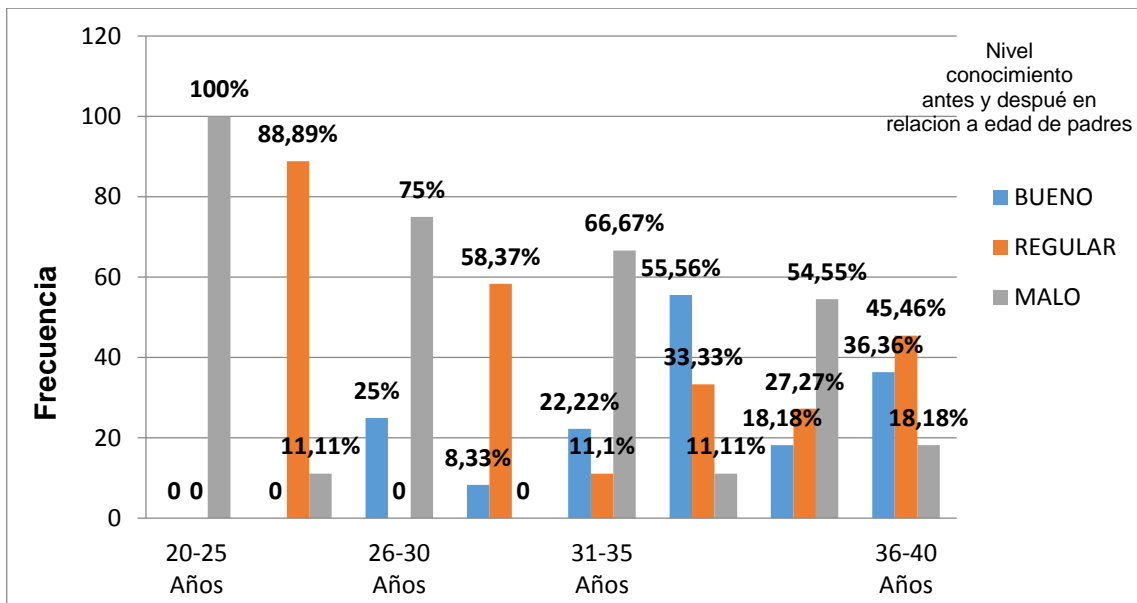
Fuente: propia del investigador

Análisis:

Se observa el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres en relación a su edad el grupo de los padres con 20-25 años antes de la aplicación del método didáctico se observó, 9 (100%) presentaron un conocimiento malo, 0 (0%) presentaron un conocimiento regular, 0 (0%) presentaron un conocimiento bueno. En el grupo de los padres con 20-25 años después de la aplicación del método didáctico se observó, 1 (11,1%) presentaron un conocimiento malo, 8 (88,9%) un conocimiento regular, 0 (0%) un conocimiento bueno. En el grupo de los padres con 26-30 años antes de la aplicación del método didáctico se observó, 9 (75%) presentaron un conocimiento malo, 0 (0%), presentaron un conocimiento regular, 3 (25%) presentaron un conocimiento bueno. En el grupo de los padres con 26-30 años después de la aplicación del método didáctico se observó, 4 (33,3%) presentaron un

conocimiento malo, 7 (58,3%) un conocimiento regular, 1 (8,3%) un conocimiento bueno. En el grupo de los padres con 31-35 años antes de la aplicación del método didáctico se observó 30, (66,67%) presentaron un conocimiento malo, 5 (11,1%) un conocimiento regular, 10 (22,22%) un conocimiento bueno. En el grupo de los padres con 31-35 años después de la aplicación del método didáctico se observó 5, (11,1%) presentaron un conocimiento malo, 15 (33,33%) un conocimiento regular, 25 (55,56%) un conocimiento bueno. En el grupo de los padres con 36-40 años antes de la aplicación del método didáctico se observó, 6 (54,54%) presentaron un conocimiento malo, 3 (27,27%), un conocimiento regular, 2 (18,18%) un conocimiento bueno. En el grupo de los padres con 36-40 años después de la aplicación del método didáctico se observó, 2 (18,2%) presentaron un conocimiento malo, 5 (45,5%) un conocimiento regular, 4 (36,4%) un conocimiento bueno.

GRÁFICO Nº 05 DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL EN RELACION A EDAD DE LOS PADRES DE FAMILIA.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 06 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE PADRES DE FAMILIA.

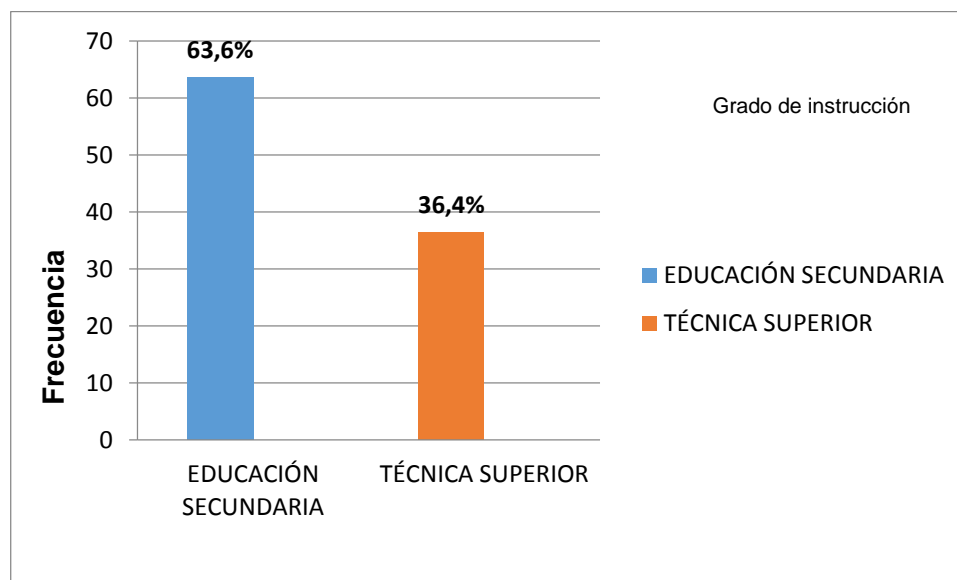
		Grado de instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	EDUCACION SECUNDARIA	49	63,6	63,6	63,6
	TECNICA SUPERIOR	28	36,4	36,4	100,0
	Total	77	100,0	100,0	

Fuente: propia del investigador

Análisis:

Se observa la distribución de frecuencia del grado de instrucción de los padres de los niños de 6 a 11 años evaluados, el cual, 49 (63,6%) son de educación secundaria, 28 (36,4%) son de educación técnica o superior.

GRÁFICA Nº 06 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 07 COMPARACIÓN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DIDÁCTICO “SONRÍE FELIZ” EN RELACIÓN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA.

IROS	TÉCNICA SUPERIOR				EDUCACIÓN SECUNDARIA			
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUES	
	Frecuencia Porcentaje		Frecuencia Porcentaje		Frecuencia Porcentaje		Frecuencia Porcentaje	
Bueno	4	14,28%	5	17,85%%	6	12,24%	17	34,70%
Regular	4	14,28%	19	67,87%	9	18,36%	14	28,57%
Malo	20	71,44%	4	14,28%	34	69,4%%	18	36,73%
TOTAL	28	100%	28	100%	49	100%	49	100%

Fuente: propia del investigador

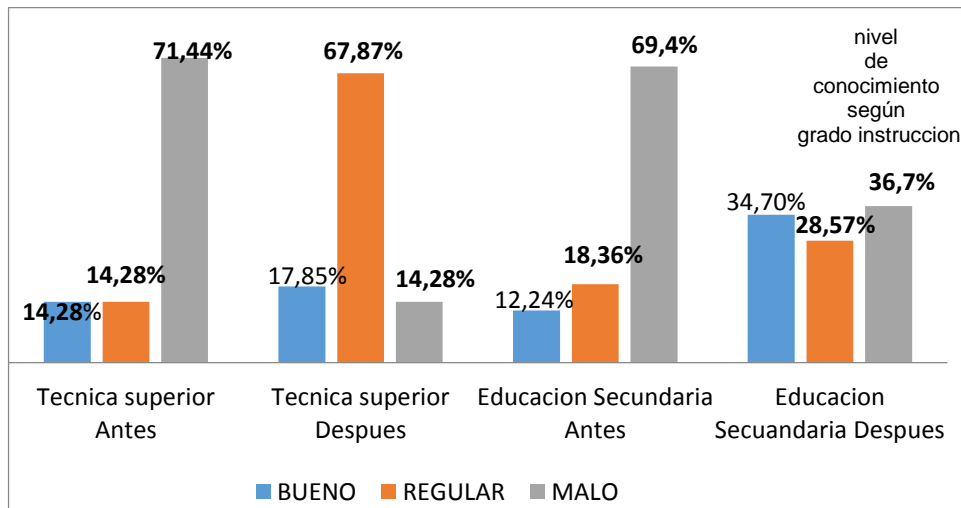
Análisis:

Los padres que tuvieron instrucción, técnica superior antes de la aplicación del método didáctico se observó, 4 (14,28%) presentan conocimiento bueno, 4 (14,28%) se observa un conocimiento regular, 20 (71,44%) conocimiento malo.

Los padres que tuvieron instrucción, técnica superior después de la aplicación del método didáctico se observó, 5 (17,85%) presentan conocimiento bueno, 19 (67,87%) se observa un conocimiento regular, 4 (14,28%) conocimiento malo.

Los padres que tuvieron instrucción, educación secundaria antes de la aplicación del método didáctico se observó, 6 (12,24%) presentan conocimiento bueno, 9(18,36%) se observa un conocimiento regular, 34 (69,4%) conocimiento malo. Los padres que tuvieron instrucción, educación secundaria después de la aplicación del método didáctico se observó, 17 (34,70%) presentan conocimiento bueno, 14 (28,57%) se observa un conocimiento regular, 18 (36,73%) conocimiento malo.

Gráfico N° 07 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DIDÁCTICO “SONRÍE FELIZ” EN RELACIÓN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 08 FRECUENCIA SEGÚN LA EDAD DE LOS NIÑOS EVALUDOS.

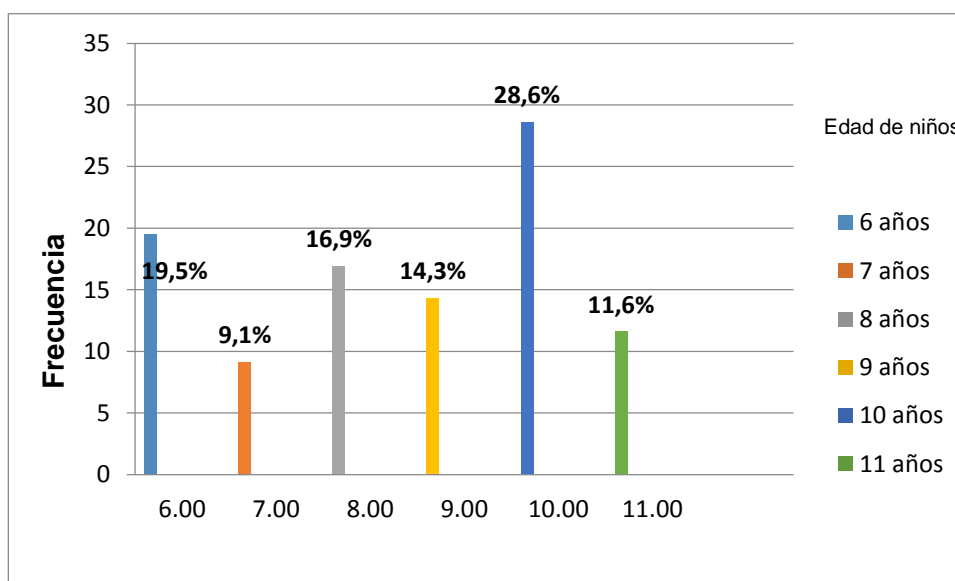
	Edad niños					
	Frecuencia	Frecuencia Acumulada		porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válido	6,00	15	15	19,5	19,5	19,5
	7,00	7	22	9,1	9,1	28,6
	8,00	13	35	16,9	16,9	45,5
	9,00	11	46	14,3	14,3	59,7
	10,00	22	68	28,6	28,6	88,3
	11,00	9	77	11,6	11,6	100,0
Total		77	100,0	100,0	100,0	

Fuente: propia del investigador

Análisis:

Se observa la distribución de frecuencia de la edad de los niños evaluados, el cual 15 (19,5%) tienen 6 años; 7 (9,1%) tienen 7 años; 13 (16,9%) tienen 8 años; 11 (14,3%) tienen 10 años y 22 (28,3%) de 11 años.

GRÁFICO Nº 08 DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LOS NIÑOS EVALUDOS.



Fuente: propia del investigador

TABLA N° 09 FRECUENCIA SEGÚN EL SEXO DE LOS NIÑOS EVALUADOS.

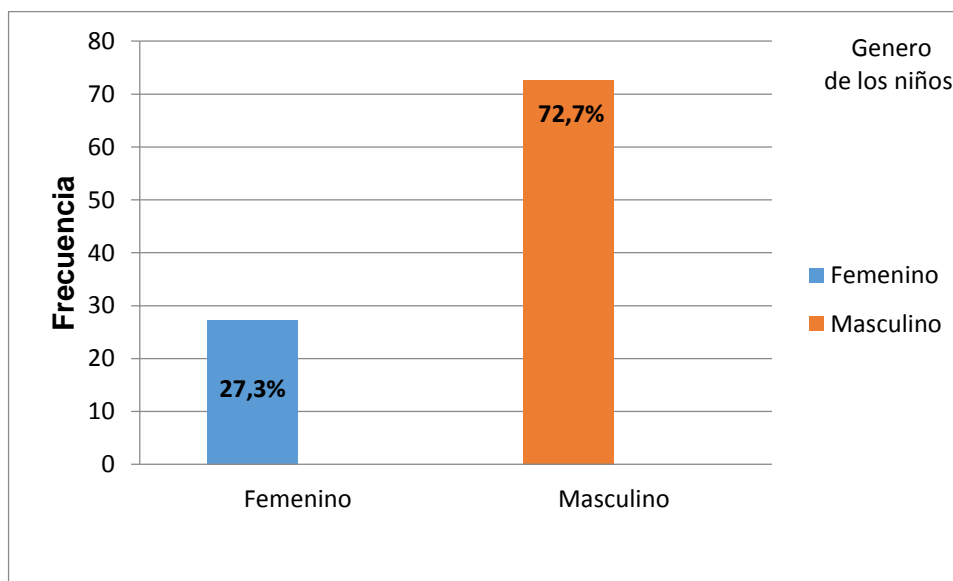
		sexo niño			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	femenino	21	27,3	27,3	27,3
	masculino	56	72,7	72,7	100,0
Total		77	100,0	100,0	

Fuente: propia del investigador

Análisis:

Se observa la distribución de frecuencia de la variable sexo los niños de 6 a 11 años evaluados, el cual 21 (27,3%) femenino y 56 (72,7%) son masculino.

GRÁFICO N° 09 DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE LOS NIÑOS EVALUADOS.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 10 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO EN RELACIÓN CON LA EDAD DE LOS NIÑOS EVALUADOS.

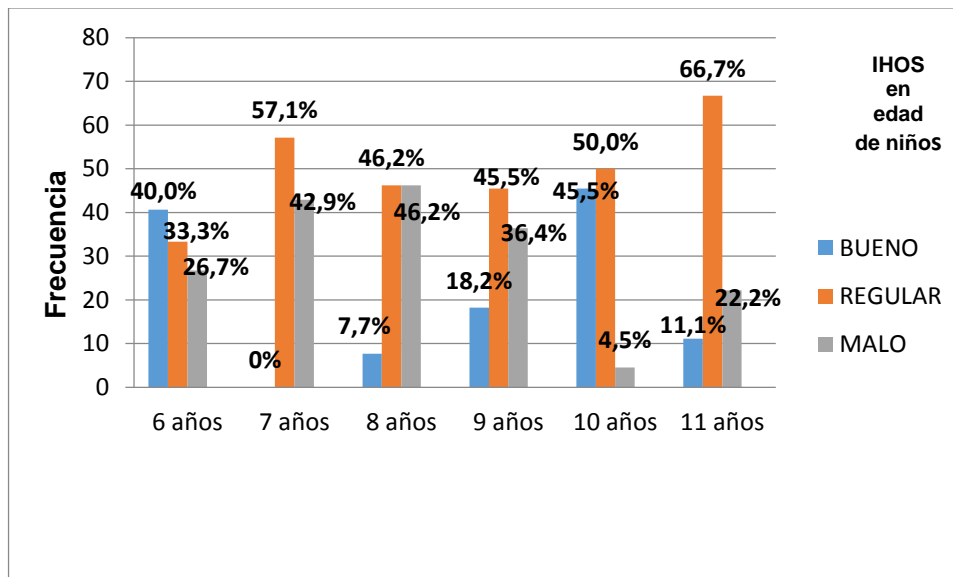
Tabla cruzada IHOS*edad niños									
			edad niños						Total
			6,00	7,00	8,00	9,00	10,00	11,00	
IHOS	BUENO	Recuento	6	0	1	2	10	1	20
		% dentro de edad niños	40,0%	0,0%	7,7%	18,2%	45,5%	11,1%	26,0%
	REGULAR	Recuento	5	4	6	5	11	6	37
		% dentro de edad niños	33,3%	57,1%	46,2%	45,5%	50,0%	66,7%	48,1%
	MALO	Recuento	4	3	6	4	1	2	20
		% dentro de edad niños	26,7%	42,9%	46,2%	36,4%	4,5%	22,2%	26,0%
Total	Recuento		15	7	13	11	22	9	77
	% dentro de edad niños		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			%	%	%	%	%	%	%

Fuente: propia del investigador.

Análisis:

En el grupo de 6 años ,6 (40%) presentaron un IHOS bueno ,5 (33,3%) un IHOS regular,4 (26,7%)un IHOS malo; en el grupo de 7 años , 0 (0%) presentaron un IHOS bueno , 4 (57,1%) un IHOS regular ,3 (42,9%) un IHOS malo ; en el grupo de 8 años , 1 (7,7%) presentaron un IHOS bueno , 6 (46,2%) un IHOS regular ,6 (46,2%)un IHOS malos ; en el grupo de 9 años , 2 (18,2%) presentaron un IHOS bueno , 5 (45,5%) un IHOS regular ,4 (36,4%)un IHOS malos ; en el grupo de 10 años , 10 (45,5%) presentaron un IHOS bueno , 11 (50%) un IHOS regular ,1 (4,5%)un IHOS malo y en el grupo de 11 años , 1 (11,1%) presentaron un IHOS bueno , 6 (66,7%) un IHOS regular ,2 (22,2%)un IHOS malo.

GRÁFICO N° 10 DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO EN RELACIÓN CON LA EDAD DE LOS NIÑOS EVALUADOS.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 11 ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO EN RELACIÓN CON EL SEXO DE LOS NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EVALUADOS.

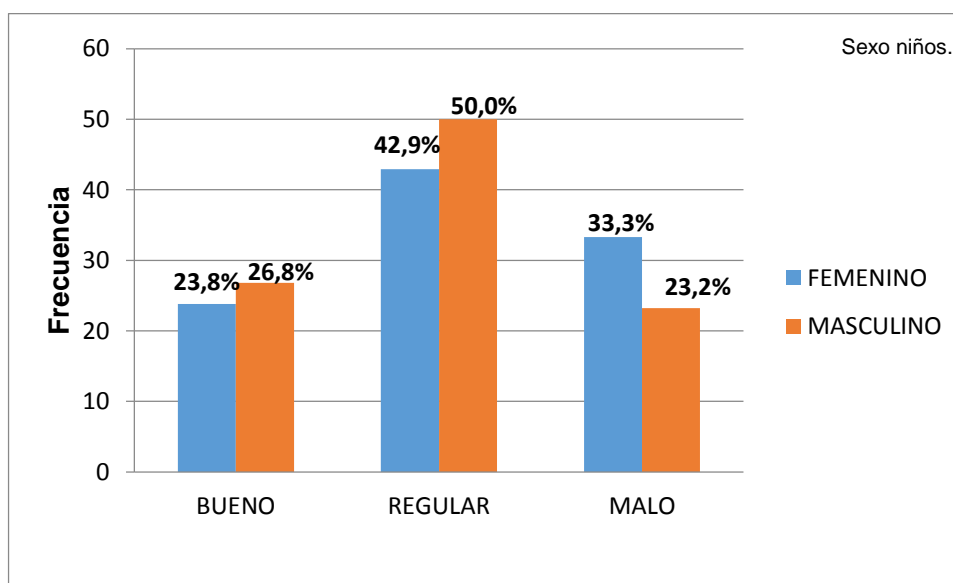
		Tabla cruzada IHOS*sexo niños			
		sexo niños		Total	
		femenino	masculino		
IHOS	BUENO	Recuento	5	15	20
		% dentro de sexo niños	23,8%	26,8%	26,0%
	REGULAR	Recuento	9	28	37
		% dentro de sexo niños	42,9%	50,0%	48,1%
	MALO	Recuento	7	13	20
		% dentro de sexo niños	33,3%	23,2%	26,0%
Total		Recuento	21	56	77
		% dentro de sexo niños	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: propia del investigador

Análisis:

En el grupo femenino de los niños; 5(23,8%) un IHOS bueno, 9(42,9%) IHOS regular, 7(33,3%) IHOS malo y en el grupo masculino de niños, 15(26,8%) un IHOS bueno, 28(50,0%) IHOS regular, 13(23,2%) IHOS malo.

GRÁFICO Nº 11 DISTRIBUCIÓN DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO EN RELACIÓN CON EL SEXO DE LOS NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS EVALUADOS.



Fuente: propia del investigado

5.2 Análisis inferencial

TABLA Nº 12 COMPARACIÓN EL IHOS ANTES Y DESPUES EN RELACION A LA ENFERMEDAD QUE PRESENTEN LOS NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL.

IHOS	RETARDO MENTAL				SD. DOWN				AUTISMO			
	ANTES		DESPUÉS		ANTES		DESPUES		ANTES		DESPUÉS	
Bueno	0	0%	5	13,15%	0	0%	6	40%	0	0%	9	37,50%
Regular	4	10,52%	19	50%	5	33,33%	7	46,70%	4	16,66%	13	54,17%
Malo	34	89,48%	14	36,85%	10	66,67%	2	13,30%	20	83,33%	2	8,33%
TOTAL	38	100%	38	100%	15	100%	15	100%	24	100%	24	100%

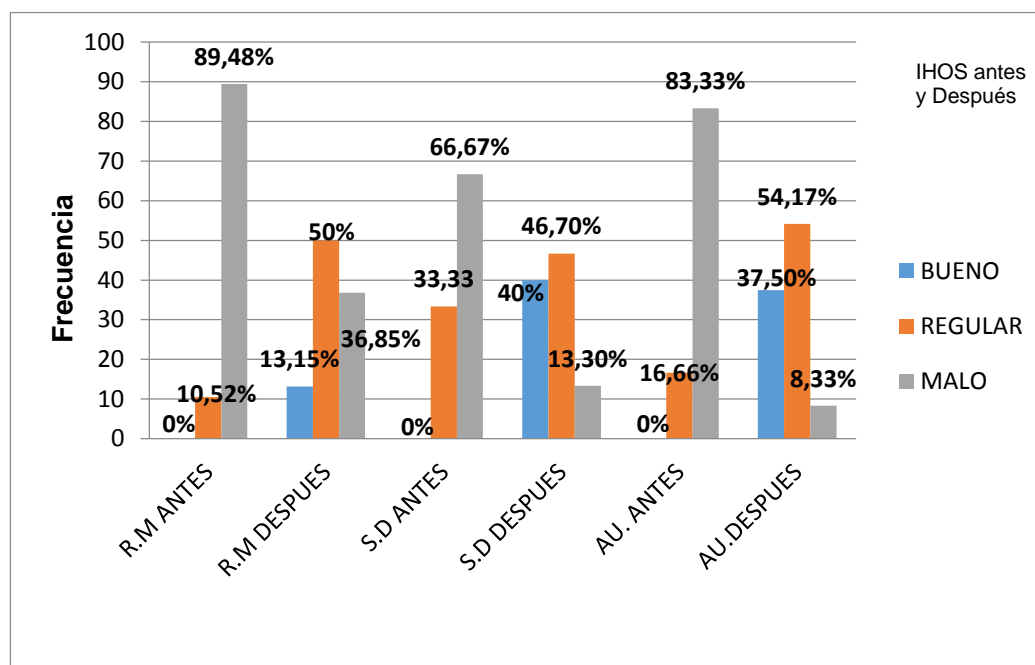
Fuente: propia del investigador.

Análisis:

Se observa el índice de higiene oral simplificado antes de la intervención educativa dirigida a los niños de 6- 11 años con retardo mental el cual presenta un IHOS malo de, 38 (89,48%) ,presento un IHOS regular de, 4 (10,52%) ,y presento un IHOS bueno de, 0 (0%). después de haber realizado las charlas de intervención a los padres de familia pudimos observar cambios significativos en cuanto IHOS presento 5(13,15%) bueno , IHOS regular 19 (50%),IHOS malo represento, 14 (36,85%). Se observa el índice de higiene oral simplificado antes de la intervención educativa dirigida a los niños de 6- 11 años con síndrome Down presentaba un IHOS malo de 10 (66,67%), presento un IHOS regular de, 53 (33,33%), por ultimo IHOS de bueno de, 0 (0%). después de haber realizado las charlas de intervención hubieron cambios significativos presento IHOS bueno, 6(40%), IHOS regular de 7 (46,70%), IHOS malo de 2 (13,30%).se observa el índice de higiene oral simplificado antes de la intervención educativa dirigida a los niños de 6- 11 años con autismo

presentaba un IHOS malo de, 20 (83,33%), presento un IHOS regular de 4 (16,66%), por ultimo IHOS de bueno de, 0 (0%). Después de haber realizado las charlas de intervención hubieron cambios significativos presento IHOS bueno, 9 (37,50%), IHOS regular de, 13 (54,17%), IHOS malo de 2 (8,33%).

GRAFICO Nº 12 DISTRIBUCIÓN DEL IHOS ANTES Y DESPUES EN RELACION A LA ENFERMEDAD QUE PRESENTEN LOS NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL.



Fuente: propia del investigador.

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

Para la Contratación de Hipótesis se utilizó la Prueba R de Pearson y correlación de Spearman. Para la relación del nivel de conocimiento de los padres y el IHOS de los niños de 6 a 11 años.

TABLA Nº 13 CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS.

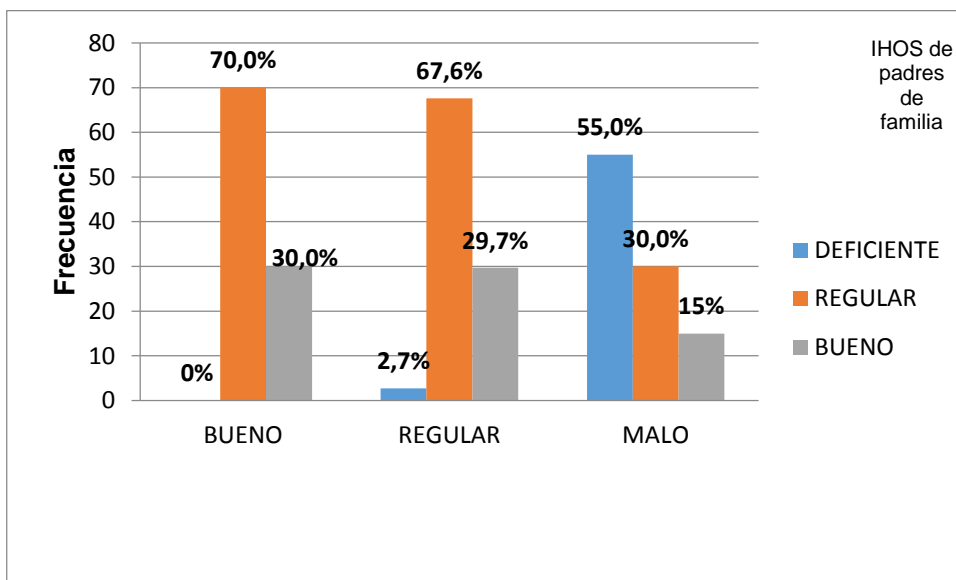
		Tabla cruzada Nivel conocimiento*IHOS				
		IHOS			Total	
		BUEN O	REGUL AR	MALO		
Nivel conocimiento	DEFICIEN TE	Recuento	0	1	11	12
		% dentro de IHOS	0,0%	2,7%	55,0%	15,6%
	REGULAR	Recuento	14	25	6	45
		% dentro de IHOS	70,0%	67,6%	30,0%	58,4%
	BUENO	Recuento	6	11	3	20
		% dentro de IHOS	30,0%	29,7%	15,0%	26,0%
	Total	Recuento	20	37	20	77
		% dentro de IHOS	100,0	100,0%	100,0	100,0
			%		%	%

Fuente: propia del investigador

Análisis:

Se observa la mayor frecuencia con un nivel de conocimiento deficiente de, 11 (60,9%) el cual presentaron un IHO malo, con nivel de conocimiento regular de, 25 (46,4 %), presentaron un IHO regular y con nivel de conocimiento bueno 11 (28,6%) presentaron un IHO regular.

GRÁFICO Nº 13 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PADRES Y EL ESTADO DE HIGIENE ORAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS.



Fuente: propia del investigador

TABLA Nº 14 CORRELACIÓN DE PEARSON

Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,396	,000
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,377	,001
N de casos válidos		154	

Fuente: propia del investigador

H1: existe relación entre el nivel de conocimiento de los padres y el IHOS de los niños de 6 a 11 años en el centro de educación básica especial Tahuantinsuyo

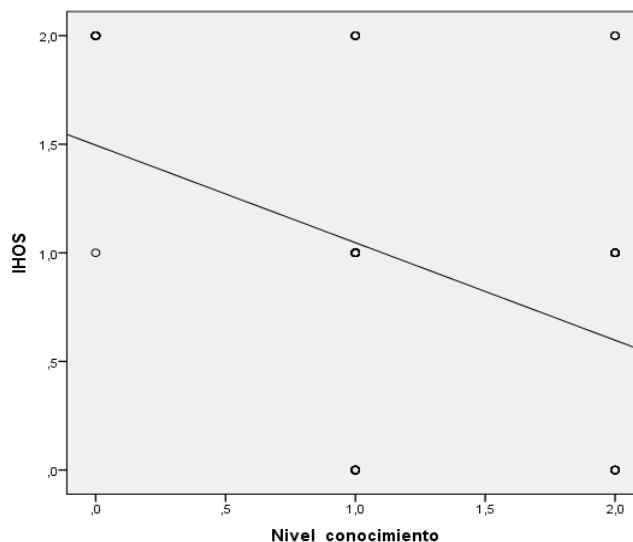
Análisis:

Muestra examinada es 154 personas, lo cual se considera que siga una distribución normal (se utiliza el valor de coeficiente de Pearson)

El valor obtenido de coeficiente de Pearson es de ($r = -0,396$); por lo cual podemos afirmar que existe una correlación entre las variables “nivel de conocimiento y IHOS”.

La Significancia de la correlación de Pearson es ($P = 0,00$) es menor a 0,05 por lo cual existe una asociación lineal negativa entre las variables. Es decir, mientras aumenta el valor del nivel de conocimiento, disminuye el IHOS; aceptamos la H1.

GRAFICO N° 14 GRÁFICO DE DISPERSIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO E IHOS DE LOS NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS.



Fuente: propia del investigador

Análisis:

Mientras aumenta el valor del nivel de conocimiento, disminuye el IHOS.

5.4 Discusión

El presente estudio tuvo como finalidad determinar si el efecto de un método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padres de familia influye en incrementar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de familia, y reducir el IHOS en los niños con habilidades diferentes. El conocimiento que poseen los padres sobre la salud bucal es un problema significativo, porque los niños, con necesidades especiales demandan una atención inmediata, por lo que se requiere de un vasto conocimiento sobre salud bucal por parte de los padres, para así mejorar la posibilidad de éxito durante la prevención y/o el tratamiento dental. Debido ello, la importancia de determinar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal. Así mismo Holguin L y Oyola M (2016), Pérez R

(2015), Soares, Volpato, Castro y cols (2013), Di Nasso y Carces (2013), Di Nasso y Salazar. (2014), Vásquez M. (2014), Morales E. (2013), Cabellos D. (2014) y Arias Muñoz, Romero y cols (2014) evaluaron el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres de familia y/o cuidadores de niños con habilidades especiales.

Mientras Goveo V. en (2015). Realizó su estudio sobre el nivel de conocimientos en salud bucal en madres de niños con discapacidad (síndrome de Down, retardo mental, parálisis cerebral, autismo). Al evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres del Centro Educativo Básico Especial Ricardo Bentin, se encontró un nivel de conocimiento regular en el 63.4% y en el 62.1% de los padres de los alumnos con síndrome de Down y autismo respectivamente. Estos resultados, guardan similitud con las investigaciones desarrollados por Holguin y Oyola (2016) En Perú, quienes reportaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral en el 68,6% de los padres de familia de niños con discapacidad (síndrome de Down, autistas, parálisis cerebral infantil y retardo mental). Así mismo existe concordancia con los resultados obtenidos por Pérez R. en (2015) en el Perú, quien encontró en mayor porcentaje un nivel de conocimiento regular sobre salud oral en el 40.10% del total de los padres de niños con habilidades especiales. De igual manera existe similitud con el trabajo desarrollado en el Perú por Vásquez M. en (2014) quien halló en mayor porcentaje el nivel de conocimiento regular de higiene bucal en el 46.7% de los padres de los niños con habilidades diferentes. En concordancia Cabellos D. en (2014) en Perú, el resultado de su investigación reflejó un nivel de conocimiento regular sobre higiene bucal en el

68,9% de los padres de los niños discapacitados (Síndrome de Down, retardo mental y autismo) en el centro Ann Sullivan. Por otro lado se difieren con el trabajo reportado por Morales E. en (2013) en Perú, el resultado de su investigación reflejó un nivel de conocimiento bajo, sobre grados de información sobre higiene bucal en los padres de niños con habilidades diferentes. Así mismo, no existe concordancia con el estudio de Di Nasso y Carces (2013) en Argentina, quienes encontraron que el 75% de los padres tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre salud bucal, hábitos y elementos de higiene. De igual manera existe diferencia con la investigación realizada por Di Nasso y Salazar (2014) en Argentina y Perú, sus resultados de aproximaciones iniciales, como “observaciones iniciales” mostraron que los padres desconocen sobre la salud bucal en general e ignorancia sobre temas de. Salud bucal más complejos y que competen a las personas con discapacidad. Así mismo no existe semejanza a lo hallado por y Arias, Muñoz V., Romero y cols (2015) en Cuba, sus resultados reportados denotaron que la mayoría de los padres de los niños con retraso mental ligero presentaron una información higiénico sanitaria bucal no satisfactoria o malo. Igualmente no se guarda similitud a los resultados obtenidos por Soares, Volpato, Castro y cols (2013) en Brasil, sobre la salud bucal y la conducta de los padres y cuidadores frente al cuidado de los niños y adolescentes con discapacidad bajo su responsabilidad, quienes encontraron que el 79% de los padres no sabe cuáles son las enfermedades que puede causar la placa dental, sin embargo el 70% de los encuestados tiene conocimiento sobre que es la placa dental, pero un 88% desconocen de la enfermedad periodontal. El presente trabajo al evaluar

el nivel de conocimiento de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo según el sexo se encontró, que los padres de los alumnos con síndrome de Down presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 66.7% del sexo femenino y el 50% del sexo masculino, y los padres de los alumnos con Autismo presentaron un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal el 68.2% del sexo femenino. Así mismo identificaron un nivel de conocimiento regular los estudios realizados por Holguin y Oyola en (2016) en Perú, según el sexo de los padres de los niños con discapacidad halló un nivel de conocimiento regular en un 61,4% del sexo femenino, y en el 10% del sexo masculino. También se coincide con Pérez R en (2015) en Perú, según el sexo encontró un nivel de conocimiento regular sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales en un 46.55% del sexo femenino. Pero difieren con lo encontrado. En esta investigación en los padres de los alumnos con Autismo del sexo masculino, que presentaron un nivel de conocimiento bajo sobre salud bucal en el 57.1%. Este último encontrado en la presente investigación y al considerar solo el sexo masculino de los padres de los alumnos con síndrome de Down que presentaron un nivel de conocimiento regular el 50%, no guarda similitud con lo reportado por Pérez R. en (2015) en Perú, al considerar el sexo masculino encontró mayormente un nivel de conocimiento bueno (alto) sobre salud oral en los padres de niños con habilidades especiales. Finalmente según el sexo nuestro resultado difiere con Goveo V. en (2015) en Ecuador, los resultados obtenidos sobre salud bucal de las madres de niños con discapacidad fue insuficiente (malo) y en el presente trabajo fue regular el nivel de conocimiento presentado por las madres de los alumnos con síndrome de

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

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

de nivel primaria, 47.89% para los de secundaria, y 38.30% para los de nivel superior. Referente a los resultados obtenidos en el presente estudio indicaron que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes es regular en un 66%; estos hallazgos coinciden con el estudio de Cabellos D. en (2014) que tiene como resultado regular un 68% con respecto al nivel de conocimiento sobre higiene bucal. En la presente investigación los resultados obtenidos con respecto en el Índice de higiene bucal encontrando en los niños con habilidades diferentes fue malo con 73%, de esta manera coincide con las investigaciones de Lamas R. que obtuvo 67%, Whyman R. 78% y Van Grunsven 84% que obtuvieron altos índices de higiene oral, esto podría deberse a la falta de orientación sobre higiene bucal y la necesidad de programas que ayuden a los padres de niños con habilidades diferentes con respecto a la higiene bucal ,ya que ellos obtuvieron un regular nivel de conocimiento. Con respecto al objetivo general se estudió la relación que existe entre el nivel de conocimiento de los Padres sobre higiene bucal y el índice de higiene bucal de los niños con habilidades diferentes. En primer lugar se realizó un cuestionario sobre el nivel de conocimiento de los padres de los niños con habilidades diferentes obteniendo como resultado un regular nivel de conocimiento en un 66%. En segundo lugar, en este trabajo de investigación se evaluó la variable Índice de higiene bucal en niños con habilidades diferentes se obtuvo un 73% de IHO malo, lo corroboran las siguientes investigaciones, Van Grunsven , Whyman. R y Lamas L. cuyos resultados fueron elevados niveles de Índice de higiene bucal, todo por causa del inadecuado conocimiento y entrenamiento de los padres, esto sumado a los problemas que tiene cada

discapacidad según Whyman R. y Van Grunsven .En el presente estudio sobre nivel de conocimiento de padres y el Índice de higiene bucal de los niños con habilidades diferentes se encontró una relación estadísticamente significativa, entre IHO y Nivel de conocimiento con un $p < 0,05$ y una correlación inversa significativa, entre IHO y Nivel de conocimiento con un $(-0,53 p < 0,05)$. Es decir a mayor nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades diferentes menor índice de higiene bucal en los niños. Pero esta relación solamente se dio de manera regular en nuestro trabajo, ya que los resultados dieron un nivel de conocimiento regular en padres y un IHO malo en los niños discapacitados. Lo que estaría confirmado que es necesario programas de entrenamiento sobre higiene bucal para los padres, logrando así menores niveles de IHOS en niños con habilidades diferentes.

Conclusiones:

- El nivel de conocimiento antes y después de la aplicación del método didáctico “sonríe feliz” sobre higiene bucal dirigido a padres de familia. Antes del test, presentaron un nivel de, 45 (58,4%) deficientes, 22 (28,0%) nivel regular y 10 (13,6%) son bueno. El nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de familia después del test, presentó un cambio significativamente mayor en el nivel de conocimiento en los padres de familia siendo, 12 (15,6%) deficientes, 45 (58,4%) son de nivel regular y 20 (26%) son bueno.
- El efecto del método didáctico dirigido a los padres de familia según la edad de los padres de familia presento el grupo de los padres con 20-25 años antes de la aplicación del método didáctico se observó, 9 (100%)

presentaron un conocimiento malo, después de la aplicación del método didáctico se observó un cambio significativamente mayor 8 (88,9%) un conocimiento regular. Los padres con 26-30 años antes de la aplicación del método didáctico se observó, 9 (75%) presentaron un conocimiento malo, después de la aplicación del método se observó un cambio significativamente mayor (58,3%) con un conocimiento regular. Los Padres con 31-35 años antes de la aplicación del método didáctico se observó 30, (66,67%) presentaron un conocimiento malo, después de la aplicación del método se observó un cambio significativamente mayor (55,56%) presento un conocimiento bueno. Los padres con 36-40 años antes de la aplicación del método didáctico se observó, 6 (54,54%) presentaron un conocimiento malo, después de la aplicación del método se observó un cambio significativamente mayor (45,5%) un conocimiento regular.

- Los resultados de la comparación del IHOS antes y después en relación a la enfermedad que presenten los niños de 6 a 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental. Los niños con retardo mental presentaron un IHOS malo de 89,48% antes, y después presentaron IHOS que fue significativamente mayor el IHOS regular 50%. Los niños con síndrome de Down presentaron un IHOS malo de 66,67% antes, y después presentó IHOS que fue significativamente mayor el IHOS regular de 46,70%. Los niños con autismo presentaron un IHOS malo de 83,33% antes, y después presentó IHOS que fue significativamente mayor el IHOS regular de 54,17%.

- Se concluye que el efecto de un método didáctico sobre higiene bucal dirigido a los padres de familia influye en incrementar el nivel de conocimiento y disminuir el índice de higiene oral en sus menores hijos con necesidades especiales.

Recomendaciones

- Promover la creación de talleres educativos en salud bucal en la población con escasos acceso a servicios de salud bucal impulsando a la participación de los padres de familia y en la implementación de acciones para mejorar la salud bucal.
- Realizar sesiones educativas y demostrativas sobre salud bucal, haciendo hincapié en temas más relevantes como higiene bucal, enfermedades bucales, dirigido a las madres de familia para reforzar sus conocimientos
- Capacitar a los padres de familia, para que así ellos sean la fuente primaria de prevención de lesiones dentarias.
- Recomendando a la directora del CEBE que ponga en práctica los puntos siguientes: En base a los resultados obtenidos, estos puedan sirvan para reforzar las enseñanzas básicas sobre salud oral, involucrando no solamente a las madres y estudiantes, sino a todo el plantel educativo (director, docentes, auxiliares).

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. La Organización Mundial de la Salud. Estrategia OMS de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas. Secretaría general de la OMS; 2007.
2. Bravo M, Morán N, Rodríguez M, Pérez M, Díaz M. Evaluación de la intervención educativa “tu sonrisa” en niños discapacitados. Revista Médica Electrón.2017.[Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200003&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200003&lng=es)
3. Álvarez P. en 2016. Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral. (Tesis). Universidad Central de Ecuador 2016.
4. Goveo V. Nivel de conocimiento en salud bucal de las madres del centro infantil de desarrollo integral de los niños con discapacidad la Joya provincia de Imbabura Cantón Otavalo. (Tesis). Universidad Central de Ecuador 2015.
5. Arias S, Muñoz L, Romero C, Espeso N. Propuesta de comunicación en salud bucal para niños con retraso mental Ligero, padres y educadores. Rev Camagüey. 2005; 9(6): 1-12.
6. DI Nasso P. La salud oral de grupos poblacionales vulnerables: Experiencias de educación para la salud bucal en niños con discapacidad en Perú y Argentina. Rev Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo [serial on the Internet]. (2017, June), [cited March 2, 2017]; 4(2): 7-11. Available from: Dentistry & Oral Sciences Source.

7. Lina I. Torres G, López O, Montero E, Ramos S , Pérez Y . Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en niños con retraso mental leve. [Internet]. pág. 170-177 .[Disponibile. en:http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_supl1_2013/articulos/t-1.html).
8. Soares J, Volpato L, Castro P, Lambert N, Borges A, Carvalhosa A. Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência. J Health Sci Inst. 2013; 31 (3): 239-43.
9. Di Nasso P, Carces F. Estudio Descriptivo sobre el nivel de conocimientos odontológicos de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. Rev Portales médicos. 2013; 8 (6). 1-7
10. Tenazoa T. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades especiales en el centro educativo básico especializado Iquitos. (Tesis). Universidad científica del Perú 2017.
11. Porras J. Relación entre el nivel de conocimiento de salud bucal y la conducta de hábitos de higiene oral de los padres de familia de niños con habilidades diferentes en centros educativos de madre admirable, san Rafael instituto san borja y maría auxiliadora. (Tesis). Universidad alas peruanas Perú 2017.
12. Carrillo N. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y autismo del centro educativo básico especial Ricardo Bentin. (Tesis). universidad privada Norberto Wiener Perú 2016.

13. Muñoz V. Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y su relación con la higiene bucal de los niños en la ONG mundo amor (Tesis). Universidad señor de Sipan, Chiclayo, Perú 2015.
14. Pérez R. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales (Tesis). Universidad privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú 2015.
15. Marchena Z. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la victoria. (Tesis). Universidad señor de Sipan, Chiclayo, Perú 2015.
16. Morales D. Eficacia de dos técnicas educativas informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental en el centro Ann Sullivan Perú. (Tesis). Universidad mayor de san marcos Perú 2013.
- 17 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. (Tesis). Universidad mayor de san marcos Perú 2013.
18. Jiménez A. *et a La discapacidad en España: Datos epidemiológicos; 2002.*
[Disponibile:http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3025.](http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3025)
- 19 Instituto nacional de estadística geografía e informática Clasificación de tipo de discapacidad 2001.
[Disponibile:http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf.](http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf)

20. Bouras N. Mental Health in Mental Retardation: The ABC for mental health, primary care and other professionals. Grup Pere Mata London 2002. Disponible: http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Psychiatry_Intellectual/mental-retard-esp.pdf.
21. Diccionario de Medicina Océano Edición Barcelona España Editorial Océano 1995. Disponible: <https://latam.casadellibro.com/libro-diccionario-de-medicina-oceano-mosby/9788475550749/1254347>.
22. Palma A. Construyendo Puentes Cuidado Dental para Pacientes con Autismo Academy of Dental Therapeutics and Stomatology 2011. Disponible: https://dentegrace.com/courses/2215%2FPDF%2F1103cei_aut_Spanish_rev1.pdf.
23. Gómez B, Badillo V, Martínez E, Planells. Intervención odontológica actual en niños con autismo La desensibilización sistémica Cien dent 2009 pág.:207215. Disponible: http://www.mydental4kids.com/descargas/pdfs/articulos_dra_martinez/autismo.pdf.
24. Morales M. Paciente autista en la clínica dental Venezuela Universidad Santamaría. disponible: https://www.researchgate.net/publication/311856402_el_paciente_autista_en_la_clinica_dental_articulo_cientifico.
25. Martínez A. Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición México. 2003 Disponible: <https://www.google.es/search?q=mar>

26. Silvestre F. La odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universidad de Valencia; 2007 pág.: 269-273.
[Disponible:http://puv.uv.es/libro/odontologia-en-pacientes-especiales.html](http://puv.uv.es/libro/odontologia-en-pacientes-especiales.html).
27. Arguelles P. Parálisis facial infantil. Barcelona Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP Neurología Pediátrica 2008.
[Disponible:https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf).
28. Demicheri A. La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down Odontostomatología 2011 pág.: 4-15.
[Disponible:http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000200002&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000200002&lng=es).
29. Castañeda N, Jiménez A, Huete A, Egea C, Sarabia A *et,al* correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral.
Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072001000300006&lng=es.
30. Bouras N, Holt G, Day K, Dosen A. *et,al* Mental Health in Mental Retardation:The ABC for mantal healt, primary care and other professionals. Grup Pere Mata (London). 2002
[disponible:http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Psychiatry_Intellectual/mental-retard-esp.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Sections/Psychiatry_Intellectual/mental-retard-esp.pdf)
31. Palma A. Construyendo Puentes: Cuidado Dental para Pacientes con Autismo Academy of Dental Therapeutics and Stomatology; 2011.
[Disponiblehttps://dentegrace.com/courses/2215%2FPDF%2F1103cei_aut_Spanish_rev1.pdf](https://dentegrace.com/courses/2215%2FPDF%2F1103cei_aut_Spanish_rev1.pdf)

32. Organización de las Naciones Unidas 2006. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. pág. 222
32. Corkille, D. (1993). *El niño feliz. Su clave psicológica*. Barcelona: Gedisa.
33. Miles, C. (1990) *Special Education for Mentally Handicapped Pupils*. Mental Health Center.
34. Feaps. (2001). *Las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado*. Madrid
35. Grau, C. y Gil, M.D (2012). *Intervención psicoeducativa en Necesidades Específicas de Apoyo Educativo*. Madrid: Pearson.
36. Muntanet, J. *La sociedad ante el deficiente mental*. Madrid: Narcea.
37. James, O. y Whinttaker. *Psicología*. Tercera edición
38. Piaget, J. Inhelder, B. (1920). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
39. Osterrieth, P. (1920). *Psicología infantil*. Madrid: Morata.
40. Vallés A. (1998). *Autocontrol: Enfrentamiento en actitudes, valores y normas*. Alcoy: Marfi
- 41 Ponce D. *et, al* Módulo de promoción de la salud bucal ministerio de salud –dirección general de promoción de la salud 2013. Disponible: <http://www.minsa.gob.pe/dgps>

ANEXOS

ANEXO N° 01: CARTA DE PRESENTACIÓN



Pueblo Libre, 27 de Noviembre del 2017

Lic. ASUNTA ALVAREZ ZEGARRA
Directora del centro de educación básica especial "Tahuantinsuyo"

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi respetuoso saludo y al mismo tiempo presentarle al egresado **GARAY LORA, MIGUEL ANGEL**, con código **2012152620**, de la Escuela Profesional de Estomatología - Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud - Universidad Alas Peruanas, quien necesita recabar información en el área que usted dirige para el desarrollo del trabajo de investigación (tesis).

TÍTULO: "EFECTO DE UN MÉTODO DIDÁCTICO DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA EN LA HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 - 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL TAHUANTINSUYO- 2017"

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 al presente.

Atentamente,

UAP | UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. MIRIAM DEL ROSARIO VASQUEZ SEGURA
DIRECTORA
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

ANEXO Nº 02: CONSTANCIA DE DESARROLLO



" AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO "

CONSTANCIA

La que suscribe, Lic. Asunta Álvarez Zegarra Directora del Centro Educativo Básica Especial Tahuantinsuyo, del Distrito de Independencia, Jurisdicción de la Unidad de Gestión Educativa Local 02 San Martín de Porras.

DA CONSTANCIA:

Que, don MIGUEL ANGEL GARAY LORA, Bachiller en Estomatología egresado de la Universidad Particular "ALAS PERUANAS", a sido expositor del tema: **"EFECTO DE UN MÉTODO DIDACTICO DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA EN LA HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 - 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL TAHUANTINSUYO- 2017"**

Se extiende la presente constancia en agradecimiento por su colaboración voluntaria y gratuita.

Atentamente

(Firma manuscrita)

ANEXO N° 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**FACULTAD MEDICINA HUMANA CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL ESTOMATOLOGIA**

Mediante el presente documento yo, _____ identificado (a) con DNI/CIP _____ autorizo a mi hijo (a) _____ participar en la investigación realizada por el Bachiller en Estomatología: Garay Lora Miguel Ángel.

He sido informado (a) que el objetivo de la investigación es “DETERMINAR EL EFECTO DE UN MÉTODO DIDÁCTICO DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA EN LA HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 – 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL TAHUANTINSUYO- 2017”

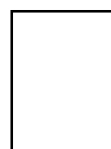
Estos resultados proveerán una valiosa información que permitirá la planificación de propuestas preventivas y así beneficiar a los padres familia.

Su participación será en forma anónima y le garantizo que la información obtenida será de tipo confidencial y solo se utilizará para fines científicos. Además se le informa que usted no pondrá en riesgo la salud e integridad de su menor hijo, tampoco recibirá algún incentivo económico por su participación en el mencionado estudio.

Para fines prácticos se le solicita firmar dicho documento como prueba de aceptación.

Firma del apoderado

Huella digital



Lima, ____ de _____ del 2017.

ANEXO Nº 04: ENCUESTA DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA PRETEST



ENCUESTA DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA EN LA HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 – 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL TAHUANTINSUYO- 2017

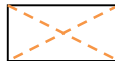
APLICADO A LOS PADRES DE FAMILIA LIMA 2017.

Presentación: el presente cuestionario forma parte de un estudio de investigación, para ello le pediría que fuera tan amable de contestar unas preguntas la información que proporciona será manejada con más estricta confidencialidad.

Objetivo: Determinar la eficacia de la estrategia de intervención “yo sonrío feliz” si es eficiente en el desarrollo del nivel de conocimiento y aprendizaje en salud bucal en los padres de familia.

Instrucciones: el siguiente cuestionario consta de 15 preguntas marque cuidadosamente cada pregunta con un aspa dentro del recuadro.

Si es afirmativo especifique.



Edad: ... Sexo: M F

1.- ¿Cuáles son los elementos de higiene bucal que utiliza usted?

- a) Dulces, cepillo dental, pasta dental
- b) Flúor, pasta dental, hilo dental
- c) Cepillo, hilo dental, pasta dental
- d) Cepillo, agua, jabón

2.- ¿Para qué sirve el hilo dental?

- a) Para retirar pequeños trozos de comida y placa dental entre los dientes
- b) Para sacar brillo a los dientes
- c) Para darle forma a los dientes
- d) Para coser heridas en la boca

3.- ¿Es importante el enjuague bucal? ¿Por qué?

- a) porque amarilla mis dientes

- b) porque saca brillo a los dientes
- c) porque blanquea los dientes
- d) porque me da buen aliento y elimina las bacterias

4.- ¿Qué tipo de cerda deben tener los cepillos?

- a) cerdas suaves
- b) cerdas abiertas
- c) cerdas de colores
- d) cerdas dobladas

5.- ¿Cuándo cree Ud. que debemos cepillarnos 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 durante el día?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) Cuando me acuerdo

7.- ¿Cada cuánto tiempo cambia su cepillo dental?

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 6 meses
- c) Cada 12 meses
- d) Cada 1 año

8.- ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?

- a) 30 segundos
- b) 1 minuto
- c) 2 minutos
- d) 3 minutos

9.- ¿Qué es la caries dental?

- a) La picadura de los dientes
- b) Enfermedad infectocontagiosa
- c) Un dolor de la boca
- d) Un dolor de muela

10.- ¿Qué es la placa bacteriana?

- a) Restos de dulces y comidas
- b) Manchas blanquecinas en los dientes
- c) Restos de comida y microorganismos
- d) El negro de los dientes

11.- ¿Qué es la gingivitis?

- a) El dolor del diente
- b) La enfermedad de las encías
- c) Inflamación del labio

d) Infección de la boca

12.- ¿Cuáles son las consecuencias de la caries dental?

a) Dolor y pérdida del diente

b) Movimiento del diente

c) Sangre en las encías

d) heridas en mi boca

13.- ¿Cuál es la secuencia para realizar el cepillado dental?

a) Dientes, lengua, paladar, carrillo

b) Carrillo, diente, la boca, la mano

c) La boca, dientes, labios y cachetes

d) Periodonto, dientes, caries

14.- ¿Cuáles son los elementos indicados para realizar el cepillado dental?

a) Pasta dental, cepillo, enjuague bucal e hilo dental

b) Cepillo, pasta dental, hilo dental, enjuague bucal

c) Hilo dental, cepillo, pasta y enjuague bucal

d) Hilo dental enjuague bucal, cepillo y pasta dental

15.-La manera ideal de cepillarse los dientes es:

a) circular

b) horizontal

c) de arriba hacia abajo

d) cuadrada

16.- La técnica de rotación pertenece a la técnica:

a) Stillman

b) Fones

c) Bass

d) Bass modificado

Instrumento validado por el autor: MARCHENA PEJERREY ZOILA
EMPERATRIZ (2015)

ANEXO N° 05: ENCUESTA DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA POSTEST



ENCUESTA DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA EN LA HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 – 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL TAHUANTINSUYO- 2017

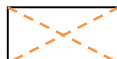
APLICADO A LOS PADRES DE FAMILIA LIMA 2017.

Presentación: el presente cuestionario forma parte de un estudio de investigación, para ello le pediría que fuera tan amable de contestar unas preguntas la información que proporciona será manejada con más estricta confidencialidad.

Objetivo: Determinar la eficacia de la estrategia de intervención “yo sonrío feliz” si es eficiente en el desarrollo del nivel de conocimiento y aprendizaje en salud bucal en los padres de familia.

Instrucciones: el siguiente cuestionario consta de 15 preguntas marque cuidadosamente cada pregunta con un aspa dentro del recuadro.

Si es afirmativo especifique.



Edad: ... Sexo: M F

1.- ¿Cuáles son los elementos de higiene bucal que utiliza usted?

- e) Dulces, cepillo dental, pasta dental
- f) Flúor, pasta dental, hilo dental
- g) Cepillo, hilo dental, pasta dental
- h) Cepillo, agua, jabón

2.- ¿Para qué sirve el hilo dental?

- e) Para retirar pequeños trozos de comida y placa dental entre los dientes
- f) Para sacar brillo a los dientes
- g) Para darle forma a los dientes
- h) Para coser heridas en la boca

3.- ¿Es importante el enjuague bucal? ¿Por qué?

- a) porque amarilla mis dientes

- b) porque saca brillo a los dientes
- c) porque blanquea los dientes
- d) porque me da buen aliento y elimina las bacterias

4.- ¿Qué tipo de cerda deben tener los cepillos?

- a) cerdas suaves
- b) cerdas abiertas
- c) cerdas de colores
- d) cerdas dobladas

5.- ¿Cuándo cree Ud. que debemos cepillarnos 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 durante el día?

- a) 1 vez
- b) 2 veces
- c) 3 veces
- d) Cuando me acuerdo

7.- ¿Cada cuánto tiempo cambia su cepillo dental?

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 6 meses
- c) Cada 12 meses
- d) Cada 1 año

8.- ¿Cuánto tiempo debe durar el cepillado dental?

- a) 30 segundos
- b) 1 minuto
- c) 2 minutos
- d) 3 minutos

9.- ¿Qué es la caries dental?

- a) La picadura de los dientes
- b) Enfermedad infectocontagiosa
- c) Un dolor de la boca
- d) Un dolor de muela

10.- ¿Qué es la placa bacteriana?

- a) Restos de dulces y comidas
- b) Manchas blanquecinas en los dientes
- c) Restos de comida y microorganismos
- d) El negro de los dientes

11.- ¿Qué es la gingivitis?

- a) El dolor del diente
- b) La enfermedad de las encías
- c) Inflamación del labio

d) Infección de la boca

12.- ¿Cuáles son las consecuencias de la caries dental?

- a) Dolor y pérdida del diente
- b) Movimiento del diente
- c) Sangre en las encías
- d) heridas en mi boca

13.- ¿Cuál es la secuencia para realizar el cepillado dental?

- a) Dientes, lengua, paladar, carrillo
- b) Carrillo, diente, la boca, la mano
- c) La boca, dientes, labios y cachetes
- d) Periodonto, dientes, caries

14.- ¿Cuáles son los elementos indicados para realizar el cepillado dental?

- a) Pasta dental, cepillo, enjuague bucal e hilo dental
- b) Cepillo, pasta dental, hilo dental, enjuague bucal
- c) Hilo dental, cepillo, pasta y enjuague bucal
- d) Hilo dental enjuague bucal, cepillo y pasta dental

15.-La manera ideal de cepillarse los dientes es:

- a) circular
- b) horizontal
- c) de arriba hacia abajo
- d) cuadrada

16.- La técnica de rotación pertenece a la técnica:

- a) Stillman
- b) Fones
- c) Bass
- d) Bass modificado

Instrumento validado por el autor: MARCHENA PEJERREY ZOILA
EMPERATRIZ (2015)

ANEXO Nº 06 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA PADRES DE FAMILIA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº DE FICHA	EDAD	SEXO	GRADO INSTRUCCIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO	
				ANTES	DESPUÉS
Nº 01					
Nº 02					
Nº 03					
Nº 04					
Nº 05					
Nº 06					
Nº 07					
Nº 08					
Nº 09					
Nº 10					
Nº 11					
Nº 12					
Nº 13					
Nº 14					
Nº 15					
Nº 16					
Nº 17					
Nº 18					
Nº 19					
Nº 20					
TOTAL					

ANEXO Nº 07 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA MENORES.



ESCUELA PROFESIONAL ESTOMATOLOGÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PACIENTES (AUTISMO, SÍNDROME DOWN Y RETARDO MENTAL)

Nº DE FICHA	IHOS		EDAD	SEXO	ENFERMEDAD QUE PADECE EL MENOR.		
	ANTES	DESPUÉS			AUTISMO	SÍNDROME DOWN	RETARDO MENTAL
Nº 01							
Nº 02							
Nº 03							
Nº 04							
Nº 05							
Nº 06							
Nº 07							
Nº 08							
Nº 09							
Nº 10							
Nº 11							
Nº 12							
Nº 13							
Nº 14							
Nº 15							
Nº 16							
Nº 17							
TOTAL							

ANEXO N° 08: FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL PRE TEST



Ficha de índice de higiene oral

N° (Alumno):.....

Habilidad Diferente:... (Sexo):.....

Edad:.....

Índice de higiene oral simplificado (IOH-S) de GREEN Y VERMILLON.

1,6/5,5	1,1/5,1	2,6/6,5
4,6/8,5	4,1/7,1	3,6/7,5

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

Bueno ()
 Regular ()
 Malo ()

N° Padre:

Fecha del IHO:

Los valores clínicos de higiene bucal para placa blanda fueron:

- Bueno: 0.0 a 0,6
- Regular: 0,7 a 1,8
- Malo: 1,9-3,0

ANEXO N° 09: FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL POSTEST



Ficha de índice de higiene oral

N° (Alumno):.....

Habilidad Diferente:... (Sexo):.....

Edad:.....

Índice de higiene oral simplificado (IOH-S) de GREEN Y VERMILLON.

1,6/5,5	1,1/5,1	2,6/6,5
4,6/8,5	4,1/7,1	3,6/7,5

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

Bueno ()
Regular ()
Malo ()

N° Padre:

Fecha del IHO:

Los valores clínicos de higiene bucal para placa blanda fueron:

- Bueno: 0.0 a 0,6
- Regular: 0,7 a 1,8
- Malo: 1,9-3,0

ANEXO N° 10: MATRIZ DE CONSISTENCIA



EFFECTO DE UN MÉTODO DIDÁCTICO DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA EN LA HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 – 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL TAHUANTINSUYO- 2017

TITULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	POBLACION Y MUESTRA
<p>EFFECTO DE UN MÉTODO DIDÁCTICO DIRIGIDO A PADRES DE FAMILIA EN LA HIGIENE BUCAL EN NIÑOS DE 6 – 11 AÑOS CON AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN, RETARDO MENTAL DEL CENTRO DE</p>	<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es el efecto del método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padres de familia de</p>	<p>objetivo general</p> <p>Determinar el efecto del método didáctico sobre higiene bucal dirigido a padres de familia de niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, Retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>a. Determinar el efecto del método didáctico “sonríe feliz” según el sexo de los padres de familia en relación a la higiene bucal en</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>El efecto del método didáctico “sonríe feliz” sobre higiene bucal influye en los padres de familia de los</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Efecto de un método didáctico dirigido a padres de familia.</p> <p>Variable dependiente</p> <p>Higiene bucal en niños con autismo, síndrome de Down, retardo mental.</p>	<p>Población</p> <p>Estuvo conformada por alumnos de 1^{er} a 6^{to} grado que acudieron al “CEBE” Tahuantinsuyo, y padres de familia que acudieron a la charla de intervención.</p> <p>Muestra</p> <p>El tipo de muestreo es Intencional no probabilístico ya que el investigador es el que elige las unidades que conformará la muestra. La muestra estuvo conformada por 77 padres</p>

<p>EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL TAHUANTINSU YO- 2017</p>	<p>niños de 6 – 11 años con Autismo, Síndrome de Down, Retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017?</p>	<p>niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017.</p> <p>b. Determinar el efecto del método didáctico según la edad de los padres en relación a la higiene bucal en niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017.</p> <p>c. Determinar el efecto de un método didáctico según el grado de instrucción de los padres en relación a la higiene bucal en niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017.</p> <p>d. Comparar el IHOS antes y después de la aplicación del método didáctico “sonrió feliz” en niños de 6- 11 años con autismo,</p>	<p>niños de 6 – 11 años con autismo, síndrome de Down, Retardo mental del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017.</p>	<p>Covariable</p> <ul style="list-style-type: none"> •Edad. •Sexo. •Grado de instrucción de los padres de familia. <p>Tipo de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓Cuasi experimental: porque manipulare de manera intencional una o más variables independientes. ✓Comparativo: porque se comparará variables en dos grupos: El IHOS antes y después en niños con autismos, síndrome Down y retardo mental. Nivel de conocimiento antes y después en padres de familia. ✓Transversal: porque el estudio se realizó en un momento dado siendo la recolección de datos de ambos grupos en simultáneo. 	<p>de familia y 77 alumnos de 6 a 11 años de edad, que reunieron los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener diagnóstico de: síndrome Down, retardo mental y autismo. - Alumnos matriculados en el presente año académico del centro de educación básica especializado. - Niños de 6 a 11 años de edad. - Buen estado nutricional <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niños con aparatología fija. - Niños cuyos Padres de familia que no deseen participar del estudio. - Niños con alteraciones de la formación de esmalte. - Niños mayores de Niños mayores de 12 a más años. - Padres de familia con deficiencia mental. - Niños que sufran otras enfermedades sistémicas - Mal estado de nutrición (peso y talla)
---	---	---	--	--	--

		<p>síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017.</p> <p>e. Determinar la influencia del método didáctico “sonríe feliz” dirigido a los padres de familia en relación al estado de higiene bucal.</p> <p>f. Comparar IHOS en relación a la enfermedad que presentan los niños de 6-11 años con autismo, síndrome de Down, retardo mental, del centro de educación básica especial Tahuantinsuyo- 2017.</p>		<p>Nivel de la investigación</p> <p>✓Prospectivo: porque la información que se recogerá no incluye datos pasados, sino datos recientes que se obtendrán a partir de la fecha en que se realizará el estudio de investigación.</p> <p>✓Correlacional: Porque describe la relación entre dos o más variables en un momento determinado.</p>	
--	--	--	--	--	--

ANEXO Nº 11 MÉTODO DIDÁCTICO “YO SONRIÓ FELIZ”

Datos informativos: sesiones de aprendizaje Nº 01

Denominación: Importancia de la higiene oral en padres de familia. ⁴¹ Edad: 20-40 años / Duración: 90 minutos

Desarrollo de la sesión	Animación tiempo: 20'	Motivación tiempo: 10'	Apropiación tiempo: 30'	Transferencia tiempo: 15'	Evaluación tiempo: 15'
<p>Actividad Nº01</p> <p>Dientecitos: Dinámica ⁴¹</p> <p>Actividad Nº02</p> <p>El semáforo ⁴¹</p>	<p>Actividad: Dientecitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se dispondrá de 39 imágenes de dientes cada imagen se rasga en dos partes; deben rasgarse de manera que los bordes queden irregulares, para tener un total de 77 partes, una para cada participante. • Al iniciar la actividad el facilitador entrega a cada participante una de las partes. Cuando todos tengan su respectiva hoja, cada participante busca al 	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador hace una breve introducción para referirse a los órganos que involucran la boca y los factores de riesgo. • Luego los invita a realizar un trabajo en grupos. • Se prepara imágenes relacionadas con las funciones que cumple la boca. • El facilitador forma grupos de once integrantes, a cada grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador presenta la información en medios o materiales audiovisuales con los que cuenta. • puede ser una presentación en papelotes, u otros medios, para explicar las diversas funciones que se realizan en la boca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se agrupa a los participantes en grupos de once personas. • A cada grupo se le entrega siete rectángulos de papel, en cada uno de ellos debe escribir una alternativa para reducir placa dental, y las medidas preventivas en salud bucal en sus menores hijos. • Trabaja durante cinco minutos, tiempo en el que el facilitador orienta 	<p>Actividad: El semáforo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregar a cada pareja de participantes tres círculos: uno de color rojo, uno verde y uno amarillo. • se leen los enunciados que estén relacionados con los aprendizajes obtenidos durante el desarrollo de la sesión; los enunciados deben ser ciertos, falsos o de respuesta dudosa. (la lista de enunciados

	<p>compañero o compañera que tiene la otra mitad, que debe coincidir exactamente. Al encontrar la pareja, conversan por tres minutos sobre: nombre, ocupación aspiraciones, personales expectativas del taller.</p> <p>•Se aclara que la conversación debe contener solo información que deseen compartir con todo el grupo. Al finalizar el tiempo, los participantes y el facilitador forman un grupo y cada pareja debe presentarse mutuamente.</p>	<p>asigna una imagen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los integrantes dialogan sobre la relación entre la imagen y la salud bucal. Sintetizan sus ideas y colocan solo una palabra que exprese la relación. •Durante el trabajo en grupos pequeños el facilitador debe orientar de manera continua a cada uno de los grupos. •Un representante de cada grupo expone su conclusión. • Se concluye el trabajo con una síntesis de la información presentada. 		<p>a cada grupo en su trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al finalizar el tiempo establecido, se invita a los integrantes del primer grupo a que coloquen sus rectángulos en la pizarra, ubicándolos en forma horizontal (uno al costado del otro). • El siguiente grupo coloca sus propuestas debajo de las propuestas existentes, siempre que sean similares o tengan relación con las ya presentadas; de no existir similitudes continuarán colocándolas en forma 	<p>se encuentra en un papelografo en la pizarra)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Para el desarrollo de la sesión después de leer cada enunciado, la pareja de participantes puede intercambiar opinión por algunos segundos y levantar el círculo de color, según corresponda a la opinión de la pareja: si está de acuerdo con la oración se levanta el círculo verde, si no está de acuerdo levanta el círculo rojo y si la oración es dudosa o no supiera la respuesta, levanta el
--	--	---	--	--	--

			<p>horizontal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los demás participantes pueden opinar sobre el lugar dónde ubicar cada rectángulo. • al concluir se debe reflexionar sobre todas las formas en que se puede evitar la formación de la placa dental, y medidas prevención con énfasis en que la higiene es la forma más práctica y efectiva para evitarla, además de protegerse contra otras enfermedades como la periodontitis, la gingivitis y evitar la halitosis (mal aliento). 	<p>círculo de color amarillo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al concluir se solicita a los participantes, explicar porque es importante practicar la higiene oral. Se agradece la participación y se les invita a la siguiente sesión.
--	--	--	--	---

ANEXO Nº 12 METODO DIDACTICO “YO SONRIO FELIZ”

Datos informativos: sesiones de aprendizaje significativos nº2

Denominación: Procedimiento para la práctica del correcto cepillado dental uso del hilo dental. ⁴¹ Edad: 20-40 años. Duración: 90 minutos

Desarrollo de la sesión	Motivación tiempo: 20'	Apropiación tiempo: 20'	Transferencia tiempo: 30'	Evaluación tiempo: 20'
<p>Actividad N°01</p> <p>Correcto cepillado dental.⁴¹</p> <p>Actividad N°02</p> <p>Hilo dental.⁴¹</p> <p>Actividad N°03</p> <p>Dinámica: ¡Vamos a crear!⁴¹</p>	<p>Actividad: correcto cepillado dental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador revisa brevemente los principales temas abordados en la sesión anterior, destaca la importancia de una adecuada higiene para conservar la salud bucal y en especial el cepillado dental; luego el facilitador formula las siguientes preguntas de reflexión: <ul style="list-style-type: none"> •¿Nos cepillamos correctamente los dientes? •¿Usamos los insumos y materiales adecuados? •¿Con qué frecuencia nos cepillamos los dientes? •¿En qué momento? 	<ul style="list-style-type: none"> • El facilitador agrupa a los participantes en grupos de cinco personas. • A cada grupo se le entrega rectángulos de papel con ideas clave sobre el (Cepillado dental, el cepillo, la pasta dental, el hilo dental) que serán distribuidos indistintamente a cada grupo. Los rectángulos con la 	<ul style="list-style-type: none"> •Se entrega a cada grupo una lista de cotejo grupal, que consigna los pasos para realizar la técnica del cepillado y uso del hilo dental, con una columna para cada integrante del grupo. • Cada participante, en su respectivo grupo, ejecuta la rutina de la técnica del cepillado, explica la actividad que realiza a los demás integrantes del grupo. Durante la explicación, otro integrante 	<p>Actividad: ¡Vamos a crear!</p> <ul style="list-style-type: none"> •El facilitador agrupa a los participantes en siete grupos •A cada grupo le otorga la hoja correspondiente a uno de los pasos de la técnica del correcto cepillado dental. •El facilitador da las indicaciones: cada grupo d debe preparar la explicación correspondiente al gráfico que le es asignado, en forma creativa. •El facilitador puede orientar las actividades, sugiriendo lo siguiente: •Presentarlo en forma de rimas •Cantado •Representarlo en coreografía

	<ul style="list-style-type: none"> • Con estas preguntas se da inicio a la actividad: Antes, se preparan cuatro imágenes de la silueta de un cepillo, cuatro siluetas de un reloj y 12 siluetas de un diente. • Se reparte a cada participante una silueta. • A quienes se les asigna la silueta del cepillo colocan información sobre los insumos que utiliza en su cepillado; a quienes se les asigna la silueta de reloj toman información sobre la frecuencia y momento de cepillado, y en la silueta de diente escriben información sobre la forma de cepillarse. • Los participantes describen la información solicitada en el material proporcionado para tal caso, durante tres minutos. • Al concluir el tiempo, de forma voluntaria los 	<p>información los puede encontrar en el ítem: Material para el desarrollo de la sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se reparte a cada grupo un papelote con el título de cada uno de los temas claves mencionados. • Los grupos intercambian los rectángulos dependiendo si la información pertenece o no al tema asignado a cada grupo. • Cuando consideren su 	<p>marca al mismo tiempo, en la lista de cotejo, con un check las actividades que ejecuta su compañero o con una equis (X) si no ejecuta alguna actividad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para cada nuevo participante que ejecute la rutina, debe asignarse un nuevo participante evaluador, de tal forma que al finalizar todos los compañeros expliquen la rutina y a la vez apliquen la lista de cotejo. • El facilitador da por concluido la sesión educativa y felicitando a todos los padres de familia por su participación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos tendrán cinco minutos para preparar su presentación • Concluido el tiempo, presentan su propuesta. El facilitador inicia la presentación, también en forma creativa; cada grupo debe estar atento al momento que le corresponda su presentación para conservar la secuencia del cepillado dental
--	--	--	--	--

	<p>participantes leen su aporte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El facilitador felicita a los participantes por su trabajo y les pide que todos peguen su hoja en la pizarra o un papelote. • El facilitador para concluir hace notar las semejanzas entre los aportes. No se retiran los aportes de la pizarra, porque servirán de insumo para la siguiente actividad. 	<p>información, deben transcribir en forma ordenada la información en el papelote, trabajan durante cinco minutos, tiempo en el que el facilitador orienta a cada grupo en su trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada grupo expone sus resultados. • Para la apropiación de conocimientos del cepillado dental y uso del hilo dental se entrega a los participantes las láminas anexas al módulo, que describen los pasos de la técnica del correcto cepillado dental. • Cada grupo explica uno de los pasos de cepillado. • Los participantes 		
--	---	---	--	--

		<p>analizan las láminas, leen las instrucciones de cada uno de los pasos, dialogan entre ellos, realizan consultas al facilitador, hasta entenderlas en su totalidad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Observan los aportes que permanecen en la pizarra y verifican cuales están relacionadas con		
--	--	---	--	--

		<p>los diferentes pasos de cepillado dental.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cada grupo explica uno de los pasos de cepillado.• El facilitador para concluir relaciona los aportes de la pizarra con cada paso expuesto.		
--	--	---	--	--

ANEXO Nº 13 MÉTODO DIDACTICO “YO SONRIO FELIZ”

Datos informativos: sesiones de aprendizaje significativos nº3

Denominación: el cuidado de la salud bucal en el trabajo docentes. ⁴¹ Edad: 20-40 años / Duración: 90 minutos

Desarrollo de la sesión	Animación tiempo: 20'	Apropiación tiempo: 20'	Transferencia tiempo: 30'	Evaluación tiempo: 20'
<p>Actividad Nº 01 El cartero⁴¹</p> <p>Actividad Nº02 Mis compromisos⁴¹</p>	<p>Actividad: El cartero</p> <ul style="list-style-type: none"> •El facilitador forma un círculo con todas las sillas, una para cada participante; se retira una silla y uno de los participantes se queda de pie e inicia la actividad. •El participante, ubicado en el centro dice: “Traigo una carta para todos los participantes que usan lentes”. •Todos los participantes que cumplan esa 	<ul style="list-style-type: none"> •El facilitador conversa sobre la problemática que implica la higiene bucal en nuestros niños, y resalta el rol del docente como agente de cambio. •Antes, el facilitador coloca cada uno de los siguientes títulos en un papelote: <ul style="list-style-type: none"> •¿Por qué es importante la Salud Bucal? •¿Cómo se forma la caries? 	<ul style="list-style-type: none"> •El facilitador forma cinco grupos, diferentes a los conformados en la actividad anterior, con integrantes que laboren en el mismo nivel educativo. •El facilitador indica la siguiente actividad: Los participantes elaboran propuestas de trabajo en el aula, consideran los conocimientos adquiridos para incorporarlos en su trabajo con los alumnos. Para orientar el trabajo se puede sugerir: (Canciones, poesías y adivinanzas, 	<p>Actividad: Mis compromisos</p> <ul style="list-style-type: none"> • El momento final ha llegado y se debe concluir con un proceso reflexivo expresado en un compromiso personal, con las siguientes acciones. •El facilitador ubica a los participantes del grupo en forma de media luna y entrega una pieza de papel, en forma de diente, a cada participante. •Los invita a reflexionar sobre la importancia de su rol en el desarrollo de comportamientos saludables en sus alumnos. Y los motiva a pensar,

	<p>característica deben cambiar rápido de lugar, y el que inicia la actividad busca ubicarse en alguno de los lugares vacíos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El que se queda sin sitio pasa al centro y realiza la misma actividad, inventando una nueva característica. • Realizar esta actividad durante cinco oportunidades 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué puedo hacer para evitarla? • ¿Cuándo me lavo? • ¿Cómo deben ser los insumos? ¿Cómo me cepillo? • El facilitador forma siete grupos y otorga a cada grupo un papelote con su respectivo título • Cada grupo debe incluir información clave en el papelote sobre el tema que le fue asignado, durante cinco minutos. • Transcurridos los cinco minutos, los papelotes rotan hacia un nuevo grupo. • Los integrantes de ese nuevo grupo revisan la información e incluyen 	<p>Cuentos, Fichas de lectura comprensiva, Fichas de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de una sesión de aprendizaje, Actividades artísticas, Incorporación del Rincón de Aseo) • Como alternativa: Diseño de sesión de capacitación a padres de familia Los docentes trabajan por espacio de 20 minutos y exponen sus productos. 	<p>durante algunos minutos, qué acción concreta pueden realizar que contribuya a promover el autocuidado de la salud bucal de sus alumnos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los participantes deben escribir esa acción en el material proporcionado. Invita a algunos participantes voluntarios que expresen su compromiso. Finalizada la participación voluntaria, el facilitador invita a conservar los compromisos escritos como recordatorio para lograr su cumplimiento. • Agradece su participación y aportes.
--	--	---	---	---

		<p>información adicional, de ser necesario, esta vez solo por dos minutos.</p> <ul style="list-style-type: none">• El papelote rota de la misma manera, hasta llegar al grupo inicial.• Cada grupo se queda con el papelote que originalmente tenía y revisa la información añadida, de ser necesario pide a quien corresponda le sustente su aporte.• Cada grupo sustenta brevemente su información• El facilitador precisa conceptos y concluye la actividad.		
--	--	--	--	--

ANEXO Nº 14 FOTOGRAFÍAS

Foto 1: Realizando el IHOS a los menores en la institución educativa básica especial Tahuantinsuyo.



Fuente: Tomado por el investigador

Foto 2: Sesiones de aprendizaje: importancia de la higiene oral en padres de familia.



Fuente: Tomado por el investigador

Foto 3: Sesiones de aprendizaje procedimiento para la práctica del correcto cepillado dental uso del hilo dental.



Fuente: Tomado por el investigador

Foto 4: Madres de familia desarrollando una encuesta acerca del nivel de conocimiento.



Fuente: Tomado por el investigador