



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Estomatología

Tesis

“Conocimientos en Salud Bucal de padres familia y docentes sobre Higiene Oral
en estudiantes con Habilidades Especiales en el Centro de Educación Básica

Especial N°11 San German Jaime Hilari Barbal “La Salle”

Para optar el título de

Cirujano Dentista

Presentada por:

SARMIENTO CHIPANA, Hada Magdy

Abancay –Apurímac –Perú

2018

Tesis

“Conocimientos en Salud Bucal de padres familia y docentes sobre Higiene Oral
en estudiantes con Habilidades Especiales en el Centro de Educación Básica
Especial N°11 San German Jaume Hilari Barbal “La Salle”

Línea de Investigación

Cariología y Endodoncia.

Asesor:

Mg. C.D. Elizabeth Chavez Sanchez

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por acompañarme siempre y guiarme en cada paso que dí.

Dedico también a mis padres Magdalena y Fabio por darme la vida y con tanto amor y dedicación me apoyaron para que pueda culminar mis estudios y por estar siempre presentes dándome su apoyo incondicional y a mi hermano Frank por alentarme para que pueda salir siempre adelante.

AGRADECIMIENTO

A la directora y docentes de la institución educativa de habilidades especiales por el apoyo y confianza brindada para el desarrollo del presente trabajo.

A los docentes de investigación, por la paciencia que tuvieron en compartir sus enseñanzas, sus experiencias y especialmente por el apoyo, tiempo y asesoramiento durante el desarrollo de mi tesis.

A mis amigos por estar siempre conmigo apoyándome y compartiendo conmigo cada día.

INDICE DE CONTENIDO

Portada	I
Título	II
Dedicatoria.....	III
Agradecimiento	IV
Indice	V
Indice de tablas.....	VI
Índice de graficos.....	VII
Resumen	VIII
Abstract.....	IX
Introduccion.....	X
I. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	01
1.1 Descripción de la realidad	01
1.2 Identificación y formulación del problema	02
1.2.1 Problema General.....	04
1.2.2 Problemas Específicos.....	04
1.3 Objetivos de la Investigación.....	05
1.3.1 Objetivo General.....	05
1.3.2 Problemas Específicos.....	05
1.4 Justificación y viabilidad de la investigación	06
1.5 Delimitación de la investigación	07
1.6 Limitaciones de la investigación.....	07
II. MARCO TEÓRICO.....	08
2.1 Antecedentes de la investigación.....	08
2.1.1 Antecedentes ámbito nacional.....	08
2.1.2 Antecedentes del ámbito internacional.....	10
2.2 Bases Teóricas.....	13
2.3 Operacionalización de variables.....	42

2.4	Definición de términos básicos.....	45
III.	METODOLOGÍA.....	45
3.1	Tipo y Nivel de la investigación.....	45
3.2	Diseño de la investigación.....	45
3.3	Población y muestra de la investigación.....	46
3.4	Procedimientos y técnicas.....	46
3.4.1	Descripción de instrumentos.....	48
3.5	Técnicas de procesamiento de datos.....	48
3.6	Cronograma de actividades	49
IV.	ASPECTO ADMINISTRATIVOS.....	49
4.1	Tipo y Nivel de la investigación.....	45
4.2	Diseño de la investigación.....	45
4.3	Población y muestra de la investigación.....	46
4.4	Procedimientos y técnicas.....	46
4.4.1	descripción de instrumentos.....	48
4.5	Técnicas de procesamiento de datos.....	48
4.6	Cronograma de actividades	49
4.7	Presupuesto (materiales de investigación y otros).....	49
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
VI.	ANEXOS.....	

ÍNDICE DE TABLAS

PGA

TABLA N 1: Nivel de conocimiento según el sexo del padre.....	60
TABLA N°2: Nivel de conocimiento según la edad del padre.....	62
TABLA N°3: Higiene oral según la edad del estudiante.....	64
TABLA N°4: Higiene oral según el sexo del estudiante.....	66
TABLA N°5: Nivel de conocimiento docente mujer.....	68
TABLA N°6: Nivel de conocimiento del docente según edad.....	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG
GRAFICO N 1: Nivel de conocimiento según el sexo del padre.....	61
GRAFICO N°2: Nivel de conocimiento según la edad del padre.....	63
GRAFICO N°3: Higiene oral según la edad del estudiante.....	65
GRAFICO N°4: Higiene oral según el sexo del estudiante.....	67
GRAFICO N°5: Nivel de conocimiento docente mujer.....	69
GRAFICO N°6: Nivel de conocimiento del docente según edad.....	71

INTRODUCCION

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

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

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

El paciente con capacidades especiales es aquel niño, joven o adulto que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, que puede encontrarse médicamente comprometido, o con algún tipo de discapacidad física, psíquica, sensorial o problemas del comportamiento. Diferentes factores prenatales, perinatales y posnatales pueden generar discapacidad. Los factores prenatales como afecciones hereditarias dominantes y recesivas, aberraciones cromosómicas, infecciones (rubiola y toxoplasmosis), intoxicaciones con alcohol y drogas durante el embarazo, radiaciones, desnutrición etc., predominan en un 90 %. Los perinatales como traumas, falta de oxígeno durante el nacimiento, o prematuridad extrema,

comprenden un 5 %, y posnatales como infecciones (meningitis y encefalitis), intoxicación, trauma y tumoraciones, comprenden el otro 5 %.⁶

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

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

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

RESUMEN

Determinar conocimientos en salud bucal de padres familia y docentes sobre higiene oral en estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL La Salle de Abancay

La investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 33 padres de familia, 9 profesores de la institución y 33 niños con capacidades especiales respectivamente, para determinar el nivel de conocimiento se utilizó un cuestionario dirigido a padres de familia y profesores; para la obtención de datos de índice de higiene oral los niños fueron examinados clínicamente de acuerdo a la presencia de placa dental blanda. Y para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS, la prueba estadística de Independencia de Chi-cuadrado de Pearson, el nivel de conocimiento tanto de padres de familia como profesores del Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARI BARBAL La Salle de Abancay fue regular (56,4%); y tiene relación con el Índice de higiene oral que también fue regular (75%).

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

PALABRAS CLAVE

Capacidades especiales, conocimiento, higiene bucal.

ABSTRACT

To determine oral health knowledge of family parents and teachers about oral hygiene in students with special abilities in the Special Basic Education Center No. 11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL La Salle de Abancay.

The research was of a descriptive and cross-sectional type, the population consisted of 33 parents, 9 teachers of the institution and 33 children with special abilities respectively, to determine the level of knowledge a questionnaire was used for parents and teachers; To obtain oral hygiene index data, children were examined clinically according to the presence of soft dental plaque. And for the processing of the data we used the statistical program SPSS, the statistical test of Independence of Chi-square of Pearson, the level of knowledge of both parents and teachers of the Center for Special Basic Education No. 11 SANT GERMAN JAUME HILARI BARBAL La Salle de Abancay was fair (56.4%); and it is related to the Oral Hygiene Index, which was also regular (75%).

Conclusions, it is concluded that if there is a relationship between the level of knowledge of parents and teachers with the Oral Hygiene Index of children with special abilities, according to the results the higher the level of knowledge the better the index of oral hygiene.

KEYWORDS

Special abilities, knowledge, oral hygiene.

I.-PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud define la discapacidad como un término genérico, que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación. Discapacidad y persona con discapacidad son los términos aceptados internacionalmente y también es el término elegido por la Asamblea general de la ONU en el primer tratado internacional de los derechos de la personas con discapacidad aprobado en el año 2006. Así también, minusválido y persona con minusvalía son términos abandonados por la OMS ya desde 2001 por su connotación peyorativa. ¹

En el Perú existe una población de 5,2% (1 millón 575 mil personas) que presentan algún tipo de habilidades especiales según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), en los cuales es prioritario el conocimiento sobre salud bucal para la prevención de enfermedades Odontostomatológicas y más aún en niños con habilidades especiales. ²

El individuo con NCES no sólo se enfrenta a las barreras físicas sino con otros muchos impedimentos para cuidar su salud oral. Los problemas de subvención y reembolso de seguro son los más comunes. Las familias con un integrante con NCES experimentan más gastos económicos de los necesitados por personas sin estos requerimientos. La mayoría de ellos dependen y precisan de todo tipo de apoyos, para pagar los gastos del servicio dental ya que generalmente carecen de acceso a un seguro médico. En general, el seguro médico no les proporciona una protección completa, por los costos tan elevados. La consecuencia es que la falta de prevención y cuidado terapéutico oportuno hacen que la salud sea más incierta y costosa en un futuro. Un óptimo estado salud oral es más factible que se logre con acceso a beneficios de cuidado de salud integral. ³

Asimismo, en un gran número de escuelas y/o facultades de odontología no se analizan estos conceptos, así los alumnos egresan, por lo general, con insuficiente o ningún conocimiento para el abordaje o tratamiento de una persona con NCES.

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las dos terceras partes de la población con una discapacidad no recibe atención bucodental. ³

La situación de los pacientes discapacitados y/o especiales en lo que se refiere a su salud física y rehabilitación, puede considerarse como cubierta por todos los servicios y programas desarrollados con ese fin por la medicina. No puede decirse lo mismo en lo que se refiere a la salud, la rehabilitación bucodental y la participación de la odontología y estomatología en la prevención y conservación de esta. ⁴ La ignorancia, el temor a causar un daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento conservador, son los factores determinantes de soluciones extremas como las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su atención. ⁴

1.2 Identificación y formulación del problema

Los pacientes con limitaciones físicas y/o psíquicas demandan de una ayuda extra para conseguir y conservar una buena salud oral. En algunas ocasiones se necesita la asistencia de varios profesionales para mantener la seguridad de un procedimiento dental. En la consulta dental, la atención de estos individuos está estrechamente relacionada con su patología y su conducta, por lo que es recomendable un entrenamiento previo, el cual consiste en una o varias citas con la asistencia de los padres o tutores. Estabilizar al paciente como medida de protección es muy útil cuando no se logra controlar de manera adecuada su comportamiento.⁵

Los niños con habilidades especiales son un grupo vulnerable que depende de la atención de sus padres o de tener un familiar o una persona cerca de ellos, ya que debido a sus limitaciones requieren cuidados en su alimentación, vestimenta, educación e higiene personal.

La mala salud bucal de los niños afectados con discapacidades físicas y psicológicas ha motivado a varios autores demandar la participación de los padres de familia, educadores y profesionales especializados.⁶

Los tratamientos bucales en pacientes con habilidades especiales se requiere el apoyo de la familia de tal manera que el padre o la madre de familia se comprometa y se responsabilice de la higiene bucal de su niño con habilidades especiales, para obtener una mejor salud bucal. Es decir la base de todo es el conocimiento, pero ¿Cuánto saben los padres?, ¿De dónde se debe partir? Y ¿A dónde se debe apuntar para iniciar un programa de prevención? Muchos autores coinciden en señalar que los padres juegan un rol muy importante en la higiene bucal especialmente en niños con habilidades especiales. Debido a que ellos no pueden valerse por sí mismo, por lo que esta dependencia es primordial. Sin embargo a pesar que es una población numerosa aún no existen programas preventivos oficiales a nivel nacional para este tipo de pacientes, siendo los niños los más perjudicados.⁷

Dado estos tipos de problemas los procedimientos habituales de higiene bucal no logran el propósito de controlar la placa dental y prevenir las enfermedades orales, más aun cuando no se consigue un compromiso de la familia.

La importancia de saber el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales sobre higiene bucal es crucial puesto que el conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades odontoestomatologica y más aún en niños con habilidades especiales que necesitan el asesoramiento de sus padres para tener una mejor higiene bucal.⁸

1.2.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle”

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle” ?
- ¿Cuál es el índice de higiene oral simplificado en los estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle”?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral simplificado de los estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle” ?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar conocimientos en salud bucal de padres familia y docentes sobre higiene oral en estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle”?

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el conocimiento sobre salud bucal en padres de los estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle”
- Determinar el índice de higiene oral simplificado en los estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle”
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral simplificado de los estudiantes con habilidades especiales en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle”

1.4 Justificación de la investigación

La siguiente investigación tiene como finalidad conocer las limitaciones los pacientes discapacitados la cuales son personas que tienen alguna inhabilidad física o mental, es necesario llevar a cabo un protocolo de atención odontológica en los pacientes con discapacidad y/o especiales, para ello es necesario conocer la prevalencia de la caries y enfermedad periodontal para definir con eficacia y eficiencia acciones de atención a la población afectada, en este caso pacientes niños y niñas que son atendidos en los centros de salud o clínicas ; ya que los porcentajes de caries dental y enfermedad gingival son altos en este grupo de individuos, se debe tratar de darles la mayor ayuda posible para que los mismos, no pierdan piezas dentarias y luego tengan problemas de oclusión, fonética, estética entre otros.

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La discapacidad representa pues, trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas.⁹

Por lo cual; el manejo eficaz del tratamiento a estas personas, implica más un cambio de actitud que de técnica. El odontólogo debe brindar la mejor atención posible a cada paciente de acuerdo con sus necesidades, debe armonizar psicológicamente con las necesidades del individuo en particular si desea lograr el objetivo de la atención odontológica, hay dos razones básicas para ello: mejorar la comunicación con el paciente , los padres; y brindar un modelo de actitudes y conductas para el resto del personal; por lo tanto el odontólogo debe tener un conocimiento activo de la psicología y mucha experiencia práctica, en la consulta de pacientes con Síndrome de Down, éstas ansiedades suelen ser mayores, debido a una incapacidad para comunicarse o a un impedimento físico, las reacciones de estos niños ante la situación odontológica suelen ser distintas a las de un paciente

normal, si el odontólogo no está preparado para éstas reacciones, pueden aparecer sentimientos de tensión e incomodidad, pudiendo aumentar el estado de ansiedad del paciente y hasta provocar temores.

Se debe considerar que el desconocimiento de los problemas bucodentales de los pacientes especiales, asociados a sus propias reacciones emocionales y las de sus familiares, patologías, así como las propias reacciones del profesional, van a crear con toda seguridad la mayor barrera para acceder a las posibilidades de su atención. Se deben agregar a estos factores la coexistencia de inconvenientes psicosociales que agravan el cuadro general de salud de estos pacientes y de su comprensión para que la profesión odontológica y estomatológica pueda darle soluciones.¹⁰

Por último, el objetivo de esta investigación es mejorar e impulsar las actividades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación de la salud bucal de los pacientes con discapacidad y/o especiales en distrito de Abancay, provincia de Abancay, departamento de Apurímac.

1.5 Limitación de la investigación

Las limitaciones que presenta el siguiente trabajo de investigación es:

- Los resultados no se pueden extrapolar a toda la población de internos de odontología en Abancay o en el Perú, ya que se ha limitado a estudiar la población de solo los discapacitados.
- La dificultad en el tratamiento odontológico de los pacientes con discapacidad.

El presente trabajo se limitó a evaluar el nivel de conocimiento en el manejo de los pacientes con discapacidad y/o especiales en centros odontológicas, en la cual implica la actitud, conducta o el comportamiento frente al manejo de dicho paciente.

II. Marco teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes de ámbito nacional

HERNANDEZ J, Y JAVIER F, (2016) Realizaron un trabajo que tuvo como propósito mostrar la relación del nivel de conocimiento de las madres de estudiantes discapacitados con el índice de higiene oral de sus respectivos niños de las CEBE de la ciudad de Iquitos, la muestra de los niños fue de 48 niños con sus respectivas madres los resultados fueron un regular nivel de conocimiento de las madres 18,8 % y el índice de higiene oral encontrado fue malo con un 47,9 %, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el índice de higiene oral de los niños y el nivel de conocimiento de las madres.¹¹

PEREZ SANCHEZ, ROSA M, (2015) Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales del distrito de Trujillo, la muestra estuvo conformada por 192 padres de niños con habilidades especiales que tenían de 1 a 18 años y que estudie en alguna de las instituciones educativas especiales, se encontró que el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (40.10%), el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (46.55%) según el género y no existió diferencia estadísticamente significativa. Según la edad el nivel de conocimiento fue regular siendo 41.46% y 41.27% para los grupos de 20 - 30 y 30 - 45 años respectivamente, existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años siendo 36.17% ($p=0.0425$). Así mismo, según el grado de instrucción se encontró que el nivel de conocimiento fue regular siendo 33.78% para los de nivel primaria, 47.89% para los de secundaria, y 38.30% para los de nivel superior existiendo diferencia significativa entre los de nivel primaria con los de nivel secundaria y superior ($p=0.0289$).¹²

BENAVENTE LIPA LOURDES ANGELA. (2007) El propósito de esta investigación fue evaluar la influencia del nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados sobre el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental.

Se realizó una investigación de tipo analítico y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 58 niños de ambos género con retardo mental leve o moderado entre los 6 y 14 años de edad, quienes acudieron con sus padres o apoderados. Al relacionar el Nivel de Educación Sanitaria Sobre Salud Bucal de los niños con retardo mental, se observó que el 62,1% de los niños cuyos padres o apoderados tuvieron nivel bajo de Educación sanitaria sobre salud bucal presentaron un estado de salud e higiene bucal malo en comparación con el 65,5% de los niños cuyos padres o apoderados tuvieron nivel medio de educación sanitaria sobre salud bucal que presentaron un estado de salud e higiene bucal regular, se halló diferencias estadísticamente significativa al aplicar la prueba X² (p=0,036). Por tanto se deduce que el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal que poseen los padres o apoderados, está relacionada con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental leve o moderado estudiados. ¹³

CABELLOS ALFARO, DORIS (2006) Realizo una investigación del tipo observacional, descriptivo y correlacional, teniendo como objetivo determinar la Relación entre el Nivel de conocimiento sobre Higiene bucal de los padres y la higiene bucal del Niño Discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra estuvo conformada por 90 padres y sus 90 hijos con discapacidad (Síndrome Down, retardo mental, autismo) del centro Ann Sullivian del Perú. El sub-grupo Síndrome Down estuvo conformado por 13 alumnos, el Sub-grupo retardado mental por 39 alumnos y el sub-grupo Autismo por 38 alumnos. Se presenta los resultados generales obtenidos de los padres de niños discapacitados sobre higiene bucal, agrupados en tres niveles, encontrándose en su mayoría al nivel de conocimiento regular, con un 68,9%, seguido por un conocimiento malo de 18,89% y por ultimo aquellos padres con un conocimiento bueno de 12,22%. Se encontró relación estadísticamente significativa entre el IHO del niño discapacitado y el nivel de conocimiento en higiene bucal del padre (p<0.05) y una correlación inversa regular significativo entre el IHO del niño discapacitados y el nivel de conocimiento del padre (0.58) p<0.05. ¹⁴

Cabellos A. (2006). Lima, Perú. La presente investigación tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). Utilizó como instrumento un cuestionario, se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un $p < 0,05$ y una correlación inversa regular, $p = -0,58$ con un $p < 0,05$ es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.¹⁵

2.1.2 Antecedentes de ámbito internacional

Di Nasso P. (2012). Mendoza, Argentina. El propósito de esta investigación fue evaluar la influencia del nivel de conocimientos sobre salud bucal de padres o apoderados, sobre el estado de salud bucal del niño con discapacidad y de esta manera obtener información para tener una base y así proponer un plan preventivo, eficaz y viable en el futuro sobre higiene bucal, fue una investigación de tipo descriptiva de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 24 niños de ambos sexos con diferentes discapacidades entre los 5 y 14 años de edad, quienes acudieron a la Clínica del Paciente Discapacitado en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo con sus padres o apoderados a quienes se aplicó un cuestionario de múltiple opción; los niños fueron examinados clínicamente, utilizando el índice epidemiológico de caries CPOD- ceod. A partir de las variables utilizadas se vinculó el nivel de conocimientos con el estado de salud bucal encontrado en los niños. Llegando a los siguientes resultados sobre Frecuencia de Higiene, el 75% dice tener conocimientos sobre dicho tema, en el Uso del chupete y la mamadera, y la enfermedad de caries, el 63% afirmó haber recibido información al respecto y en relación al tipo de cepillo adecuado, pasta dental adecuada y técnica de cepillado los resultados arrojados fueron 58%, 54% y 50% respectivamente.¹⁶

NAVAS P. RITA, MOGOLLON JOALIS (2007) Realizo una investigación en 35 padres y sus niños con síndrome de Down de Instituto de Educación Especial El Zulia del Municipio Maracaibo (estado Zulia), Venezuela, teniendo como objetivo determinar la Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down. Se determinaron las condiciones de salud bucal de los niños mediante la evaluación del estado de la dentición, necesidades de tratamiento, índice de placa e índice gingival. El 62,6% de los niños y adolescentes tenían caries dental. El índice CPOD fue de 5,5 y el de ceod fue de 3,6. El porcentaje más elevado de placa grado 1 (22,8) se reportó en el grupo de 11 a 14 años. El índice gingival fue de 3,72. Los padres participación en reflexión y análisis sobre la salud bucal, identificado, caracterizando y definiendo estrategias y operaciones para enfrentar los inadecuados cuidados de salud bucal de estos niños. En conclusión, los padres de los niños de este estudio participaron activamente en la búsqueda de propuestas efectivas para mejorar la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down. ¹⁷

2.2 Bases teóricas

La epidemiología dental.

Por simple definición, es el estudio de la distribución y dinámicas de las enfermedades dentales en una población humana. La distribución significa que cierto número de personas se selecciona para tener alguna afección y que la relación entre la enfermedad y la población afectada se puede describir con variables como la edad, el sexo, grupo racial o étnico.

El término dinámica se refiere a la distribución temporal y tiene que ver con tendencias, patrones cíclicos y el lapso entre la exposición a los factores incitantes y el inicio de la enfermedad.¹⁸

La definición de Russell de la epidemiología dental puede dar un mejor entendimiento: “No es tanto el estudio de la enfermedad como un proceso, sino el estudio de la situación de la gente que presenta la enfermedad”

Enfermedad periodontal en el paciente impedido.

La enfermedad periodontal es quizás la condición patológica bucal más común que afecta a la población adulta general, pero en cuanto concierne a los individuos impedidos, es el problema dental de mayor prevalencia en todas las edades.

Esto es debido a la gran acumulación de placa, el problema se complica en individuos con síndrome de down, cuya susceptibilidad a la enfermedad periodontal parece ser irrestricta.

La droga anti-epiléptica fenitoina (dilantina) produce una hiperplasia gingival en muchos pacientes que reciben esa terapia por mucho tiempo.¹⁹

Etiología de la enfermedad periodontal en el paciente impedido.

La placa dentaria.

Son concentraciones de microorganismos localizados sobre las superficies dentarias; y se forman en zonas inaccesibles al cepillado; como por ejemplo zonas del cuello e ínter proximales.

Factores como la higiene bucal inadecuada, comer alimentos blandos sin acción detergente, y la pobre coordinación muscular, pueden resultar en una intensa acumulación de placa bacteriana sobre los dientes de personas impedidas física y mentalmente, aún en superficies dentarias consideradas normalmente como de auto limpieza.²⁰

La placa bacteriana se forma habitualmente sobre la película adherida, que suele estar libre de bacterias; la placa se origina como un sobre crecimiento de bacterias principalmente gram positivas y en sus estadíos iniciales, contiene también restos bucales y células descamadas del epitelio gingival.

Si la placa no es removida a los pocos días aparecen bacterias más filamentosas que al aumentar la madurez, la flora vira a bacterias predominantemente Gram negativas. Esta placa se asocia con la producción de inflamación gingival.

Cálculos dentales.

Son acumulaciones que mantienen la placa bacteriana en contacto constante con los tejidos gingivales, provee una fuente de irritación mecánica y bloquea la salida de la hendidura gingival impidiendo el flujo del líquido de la misma.

Los pacientes impedidos están predispuestos a una mayor formación de cálculos en las superficies oclusales de los dientes.²¹

Muchas investigaciones y diversos resultados han llevado a la conclusión que, en algunos casos la formación de cálculo no está asociado a la acumulación de restos y placa, sino que puede vincularse con otras diferencias ambientales.²²

Como son:

- Dietas y hábitos alimenticios: En muchos pacientes impedidos, la dieta restringida y la actividad muscular anormal pueden disminuir el estímulo funcional de las estructuras de soporte de los dientes y aumentar los depósitos deletéreos de placa.
- Acumulación y retención dentaria: La acumulación de alimentos entre los dientes pueden dañar los tejidos gingivales interproximales, sobre todo si se deja permanecer el alimento por un periodo prolongado. En el impedido, en quien puede prevalecer la pérdida de dientes, restauraciones defectuosas lesiones de caries no tratadas, la acumulación de alimento crea serios problemas periodontales.
- Higiene bucal inadecuada: El descuido de la higiene bucal se ve con mucha frecuencia entre la población de impedidos. Este no solo resulta en mayores restos alimentarios, placa y acumulación de cálculos, sino también en estímulo gingival insuficiente, lo que origina una menor queratinización de la superficie y menor circulación sanguínea por esos tejidos.
- Tratamiento odontológico inadecuado: Las lesiones cariosas no tratadas y la extracción de dientes sin ser reemplazados, resultará en la pérdida del contacto ínter dentario y promoverá la acumulación de alimentos.

- Respiración bucal: La respiración bucal aparece más frecuentemente en la población de impedidos, lo cual puede suceder debido al menor control de coordinación muscular. Se ha especulado que la sequedad de los tejidos gingivales actúa como un irritante y los tejidos responden sufriendo una proliferación hiperplásica que facilite la acumulación de placa.
- Oclusión: No se piensa que el trauma oclusal sea un factor primario en la enfermedad periodontal. Sin embargo, en presencia de inflamación gingival o destrucción periodontal, la oclusión traumática parece agravar el estado de enfermedad. La movilidad dentaria, sensibilidad a la presión, migración de dientes y ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, son indicaciones de oclusión traumática. En los impedidos pueden encontrarse frecuentemente patrones oclusales anormales causados por factores como la pérdida de dientes permanentes y la inclinación de dientes vecinos, bruxismo, la manía de masticar objetos o la presencia de restauraciones dentales altas debido a la incapacidad del paciente de expresar incomodidad.
- Factores sistémicos: En general no se ha demostrado que ninguna enfermedad sistémica produzca enfermedad periodontal, en ausencia de factores locales como la placa. Si bien la eliminación de la enfermedad periodontal no ha curado ninguna dolencia sistémica, ha beneficiado a esos pacientes al eliminar la infección local y prevenir la incomodidad.

La placa microbiana.

La placa microbiana es una película blanda, pegajosa que se acumula sobre la superficie dental, especialmente en la parte cervical de los dientes. La teoría de la formación de placa nos explica que se inicia con el depósito inicial de una capa de proteína salival en la superficie dentaria, a esta película se adhieren los microorganismos presentes en la saliva; es por eso que se habla de la formación de la placa en dos etapas, una etapa inicial que puede comprender un depósito no bacteriano y una segunda que comprenda la fijación de las bacterias.

El depósito de placa a nivel del margen gingival se produce en todas las superficies de los dientes y se puede observar clínicamente con o sin soluciones reveladoras en

menos de 24 horas. Luego de su establecimiento inicial la placa se acumula rápidamente en dirección de la corona y después de aproximadamente una semana sin limpieza activa y adecuada alcanza su máximo espesor y extensión. La formación de placa es tan grande que al cabo de siete a catorce días sin higiene oral se observan depósitos inmensos en la zona gingival e interdental.

Existen varias teorías que explican la formación de placa, una de ellas refiere que el ácido láctico de las bacterias bucodentales favorece la precipitación de la mucina de la saliva y estas a su vez son metabolizadas por las enzimas de las bacterias, sufriendo desnaturalización, deshidratación e inactivación, para formar luego una placa inicial firme.

Otros investigadores han mostrado que las proteínas de la saliva se encuentran en estado metabolizable y como son coloreables se precipitan en forma lenta, esta precipitación guarda mucha relación con el pH salival, tanto es así que el pH favorece el acúmulo de placa bacteriana y a su vez favorece el desarrollo bacteriano.

Los grupos predominantes de microorganismos que aparecen durante la formación de placa son los micrococos y estreptococos, los filamentos micóticos son raros en esta etapa. La placa madura, por otra parte, contiene cantidades variables de detrito celular y orgánico y consiste fundamentalmente de microorganismos filamentosos Gram positivos incluidos en una matriz amorfa.

En la superficie de la placa se observan cocos, bacilos y en ocasiones leptothrix. Una placa de diez días contiene gran cantidad de las bacterias ya mencionadas además de vibriones y espiroquetas. En una placa de catorce días los cocos Gram negativos y los bacilos cortos constituyen aproximadamente el 50% de la placa total. El número total de microorganismos viables se ha estimado en 10⁸ por miligramo de peso húmedo.¹⁸

La placa bacteriana tiende a calcificarse, al hacerlo aumenta el número de filamentos Gram negativos.

Es conocido que la presencia de la placa bacteriana es la causa directa de la enfermedad periodontal y caries dental, en consecuencia, el control de la placa es esencial en la prevención.

Control de placa.

El control de placa es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre dientes y superficies gingivales adyacentes. La eliminación de la placa microbiana lleva a la resolución de la inflamación gingival durante sus etapas iniciales y la suspensión de las medidas de control de placa lleva a su recurrencia.

El control de placa es una de las claves de la práctica de la odontología; sin este nunca se lograría, ni conservaría la salud bucal. Cada paciente en cada consultorio dental debe participar en un programa de control de placa.

Para el sujeto con periodonto sano, el control de placa significa la conservación de la salud; para aquel con enfermedad periodontal, significa una curación óptima después de tratamiento y para los pacientes con enfermedad periodontal tratada representa la prevención de la recurrencia de la enfermedad.

Procedimiento pasó a pasó para la instrucción del control de la placa.

En la terapéutica periodontal el control de placa cumple dos objetivos importantes:

- Disminuir la inflamación gingival.
- Evitar la recurrencia de la enfermedad periodontal.

La eliminación mecánica de la placa diaria parece ser el único medio práctico para mejorar la higiene bucal.

PASO I: MOTIVACIÓN.

La motivación es uno de los elementos más críticos de lograr para tener éxito, por lo que requiere de los siguientes esfuerzos.

Receptibilidad, entender los conceptos de patogénesis.

- Modificación de los hábitos, adoptar un régimen auto administrado.

- Modificaciones del comportamiento, ajustar la jerarquía de las propias creencias y hábitos de higiene bucal.

El paciente debe entender que es la enfermedad periodontal, cuáles son sus efectos, que es susceptible a ella y que puede hacer para lograr y conservar la salud bucal.

El dentista debe reconocer que la motivación extensa efectiva suele ser en extremo difícil, si no es que imposible de lograr; por lo tanto, el dentista debe estar preparado para modificar el plan de tratamiento original si el paciente no está capacitado para cooperar en forma satisfactoria.

PASO II: EDUCACIÓN.

El cepillado dental es el procedimiento preventivo y terapéutico más importante administrado por el paciente. Y aunque rara vez se reconoce su importancia en la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal deberá ser bien explicado.

PASO III: INSTRUCCIÓN.

Los pacientes pueden disminuir la incidencia de la placa y gingivitis con mayor eficacia mediante la instrucción y supervisión repetidas que con los hábitos auto adquiridos de higiene bucal, sin embargo, la instrucción con respecto a la limpieza de dientes debe ser algo más que una demostración de rutina sobre el uso del cepillo dental y los auxiliares de la higiene bucal.

ÍNDICES DE HIGIENE ORAL.

La epidemiología dental con todos los sistemas de índices es una ciencia joven.

El Índice C.P.O fue introducido por primera vez por Klein y Palmer (1938) posteriormente aparecieron los índices de Rusell (1956) y Ramfjord (1959) diseñado para poblaciones con un avanzado compromiso periodontal y finalmente Green y Vermillon (1960) donde se demuestra el avanzado compromiso periodontal lo que determina una extensión coronal de la placa bacteriana.

El índice de higiene de O'leary tiene el inconveniente del factor tiempo para la toma de los datos, esto siempre aplicable a grandes poblaciones. Otros índices de higiene oral que relacionan el nivel de conocimiento con el índice de higiene oral, son el Test

de Hu-dbi el cual consta de 20 ítems (preguntas) estando hecho con un sistema dicotómico (sí o no) de los 20 solo 12 ítems tienen puntaje dependiendo del tipo de respuesta que se exprese, las otras preguntas no tienen calificación debido a que no tienen relación con el estado periodontal.¹⁸

El índice de higiene oral de Ori es el que relaciona con el test de Hu-dbi.

Índice de higiene oral simplificado. (Green y Vermillion) (IHOs).

Green y Vermillion elaboraron el índice de higiene bucal en 1960 y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies que representaban los segmentos anteriores y posteriores de la boca.

El IHO-S mide la superficie del diente cubierta por restos y cálculos.

El HIO-S consiste en dos variables; el índice de restos simplificados (DI-S) y el índice de cálculos simplificados (CI-S). Cada componente se evalúa en una escala de 0-3.

Las seis superficies dentarias examinadas en el IHO-S son las caras bucales de los dientes número 3,8,14,24 y las linguales de los dientes número 19,30. Cada superficie dentaria se divide de manera horizontal en tercio gingival, medio e incisal.¹⁸

El mayor valor del IHO-S es su uso en los estudios epidemiológicos y en la evaluación de programas de educación de salud dental (longitudinal). También puede evaluar un caso individual de limpieza bucal y con extensión limitada, usarse en pruebas clínicas.

El índice es fácil de utilizar porque el criterio es objetivo, el examen puede llevarse a cabo en forma rápida y un alto grado de reproducibilidad es posible con un mínimo de sesiones de adiestramiento.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DENTAL.

Existe amplia evidencia para mostrar que la placa dental es el agente causal en la caries y en la enfermedad dental. Por lo tanto, para eliminar los efectos de la placa

dental, deben utilizarse métodos que tiendan a eliminarla de los dientes y alrededor de los tejidos periodontales.

Junto con la eliminación de la placa, deben emplearse procedimientos para aumentar la resistencia del esmalte; en aquellas zonas donde la placa no se puede eliminar debido a la configuración anatómica, deben aplicarse selladores de fosas y fisuras.

Para todos los procedimientos necesarios se requiere la cooperación y motivación del paciente o en el caso de niños, de los padres.

Eliminación de placa. El único medio eficaz para eliminar la placa de las partes coronarias y oclusales de los dientes y de la unión de los tejidos periodontales, es mediante métodos mecánicos, como el cepillado dental y el uso de seda dental. Infortunadamente, esto requiere la participación activa del paciente en forma regular.

La persona impedida es más resistente a la prevención porque no puede entender la razón que la determina o no es capaz de realizarla, o porque da poco o ningún valor a su salud bucal, de acuerdo con la naturaleza del impedimento, habrá que decidir a quién enseñar. En el caso del paciente gravemente impedido, o retardado, hay que elegir a un padre, cuidador o ayudante.

Consejo dietético.

En una revisión bibliográfica, no se muestran, estudios sobre programas de regulación dietética en personas impedidas para el control de la enfermedad dental, sin embargo, para poder prevenir la enfermedad dental, se debe reparar en la relación que mantiene con la dieta y ofrecer sugerencias para su implementación en el paciente.

Dieta y enfermedad dental.

Como se ha sugerido en párrafos anteriores, la placa dental juega un papel muy importante en la iniciación de la caries y de la enfermedad periodontal. El mecanismo exacto de la dieta sobre la formación de la placa no está aún del todo claro, pero se ha buscado implementar las medidas preventivas que regulen y modifiquen la

ingestión dietética y la calidad del sustrato, necesarios para el crecimiento de la placa.

La nutrición y la dieta pueden afectar los dientes y los tejidos periodontales en dos formas:

- Sistémicamente durante su formación, desarrollo y mantenimiento.
- Localmente, por el contacto con las superficies de los tejidos y el producto resultante del metabolismo bacteriano.

El efecto de ciertos componentes y las propiedades del alimento parecen tener un efecto marcado en la iniciación y progreso de la enfermedad dental. Por ejemplo, se ha demostrado que una dieta cariogénica, cuando se administra por sonda, no produce caries en un animal susceptible, aunque un experimento similar en perros demostró que aun con alimentación por sonda hubo un aumento en el exudado gingival, lo cual parece sugerir que existía un sustrato de otras fuentes que no eran la cavidad bucal.

Esto sugiere además que el metabolismo de la placa en la caries y la enfermedad periodontal pueden ser procesos diferentes.

En el paciente impedido, la consideración del sustituto dietético en una preocupación fundamental respecto a las propiedades físicas de los alimentos y su retención en la boca, debido a la alteración de la capacidad masticatoria de los flujos salivales y de la tensión muscular en la boca y alrededor de ella.

El consejo dietético debe darse para establecer un programa, de odontología preventiva, este consejo debe centrarse principalmente en el equilibrio y adecuación de la dieta, utilizando los cuatro grupos alimentarios básicos, minimizando la ingestión de sucrosa y las frecuencias de las comidas y considerando las propiedades físicas de los alimentos recomendados.

Si se notan deficiencias nutricias mayores junto con patología obvia o demoras en el crecimiento y desarrollo, está indicada la consulta con el médico del paciente para un asesoramiento dietético por un médico o un nutricionista profesional quien deberá

considerar la historia familiar y la salud de la boca (índice de caries, índice de higiene oral e índice periodontal).

A pesar del consejo dietético se debe tomar una estrategia basada en cuatro acciones:

- Combatir los agentes microbianos.
- Aumentar la resistencia del diente.
- Modificar la dieta.
- Mejorar la entrega y aceptación de agentes preventivos de la caries.

DEFINICIÓN DEL PACIENTE ESPECIAL O DISCAPACITADO.

El paciente niño especial, discapacitado o con habilidades especiales; es aquel cuya condición física, mental clínica o social le impide alcanzar su pleno desarrollo en comparación con otros niños de su misma edad. ²³

En el acta de rehabilitación de 1973 se define como "Persona incapacitada" a aquella persona que:

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

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

Dividido en tres categorías principales de discapacidad:

- a) Discapacidad física
- b) Discapacidad mental
- c) Trastornos sistémicos

FAMILIA Y DISCAPACIDAD

La presencia de un hijo con discapacidad genera en la familia, en la mayoría de los casos, una serie de desajustes. Tal vez la primera reacción de los padres sea no creer, ocultar y ocultarse ante los demás, pensar y desear que haya una equivocación en el diagnóstico.

Perciben su realidad como violenta y dolorosa y tratan de evadirla, pues su imagen de padres era disfrutar al hijo, verlo crecer y verse reflejados en él.

Los padres transitan distintas etapas, desde no aceptar la situación de tener un hijo diferente, pasando de médico en médico, culpando a profesionales, buscando medicinas alternativas, hasta que aceptan la real magnitud y el significado de la discapacidad, comprendiendo que el problema del hijo persistirá.²⁴

A partir de ese momento, aparecen los sentimientos de culpa, las recriminaciones y dudas. La dedicación de tanto tiempo al menor provoca deterioro en la relación familiar con sus otros hijos y consigo mismos, siendo frecuentes las relaciones distantes, separaciones, personas cansadas y angustiadas.

Esto afecta la calidad de vida de los integrantes del grupo familiar y del hijo con discapacidad. También se dan casos de padres que comprenden y aceptan pronto la real situación de su hijo, alcanzando grandes logros en el desarrollo de las potencialidades del niño, no perdiendo la visión de las otras áreas de desarrollo de sus vidas.

Paniagua (2003) plantea un modelo de adaptación de padres que tienen un hijo con discapacidad y el mismo consiste en varias etapas:

- 1.- *Fase de shock*: Al conocer la noticia de que su hijo tiene una discapacidad, se produce un bloqueo que puede impedir incluso la comprensión de los mensajes que se están recibiendo.

2.- *Fase de negación:* Después de la primera fase, la reacción de muchos padres es olvidar o ignorar el problema, funcionando día a día como si nada hubiera sucedido, o bien, resistirse cuestionando la capacidad de diagnóstico de los profesionales.

3.- *Fase de reacción:* En esta fase los padres viven una serie de emociones y sentimientos tales como enfado, culpa y depresión. Aunque éstos resulten aparentemente desajustados, constituyen los primeros pasos inevitables hacia la adaptación, siendo necesaria su expresión para alcanzar las fases más constructivas.

4.- *Fase de adaptación y reorientación:* Tras sentir con intensidad alguna de las reacciones anteriormente citadas, la mayoría de los padres llegan a un grado de suficiente calma emocional para avanzar hacia una visión realista y práctica de cómo ayudar al hijo.

Por otro lado, estas fases estarán relacionadas con factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de este tipo de familias de niños, como los rasgos del niño, las características de los padres y de la familia, pobres estrategias para afrontar el estrés y características inadecuadas de los servicios que apoyan a los padres.

Como se puede observar, estos factores están muy referidos en nuestro sistema social, principalmente a personas que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, extrema pobreza o estrategias deficientes en redes y de apoyo social.²⁵

En tanto los niños son pequeños, las familias reciben sugerencias para normalizar, integrar e incluir a su hijo discapacitado. Posteriormente, cuando son adultos comienza a disminuir el apoyo social y educacional y pareciera que los hijos se mantienen como *eternos niños*, no percibiendo fácilmente sus niveles de competencia. Esto genera nuevamente confusión y pueden llegar a reiterar la vivencia de las etapas ya mencionadas por Paniagua.

El contexto familiar y el estrés que implica tener un hijo con discapacidad se puede conocer a través de la narrativa, es decir a través del relato de las situaciones que

vive la familia o un miembro de ella, convirtiéndose en el organizador de su propia vida.²⁶

Esto lo acerca a las emociones y sucesos, de tal manera que pueda comprenderlos y elaborarlos cognitivamente, para luego generar una intervención acorde a las características y situación de vida de las familias.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍAS DE LA O.M.S.

Discapacidades.

Pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. La característica fundamental es la objetivación. En otras palabras, la discapacidad toma forma al tiempo que el individuo toma conciencia de un cambio de su identidad.²³

Decir que alguien tiene una discapacidad es mantener la neutralidad, ya que son posibles distintos matices de interpretación en relación a su potencial.

- Discapacidad de la conducta: hacen referencia a la conciencia y capacidad de los sujetos para conducirse en las actividades de la vida diaria como en la relación con otros, incluida la capacidad de aprender.
- Discapacidad de la comunicación: hacen referencia a la capacidad del sujeto para generar y emitir mensajes, así como para recibir y comprender mensajes.
- Discapacidad del cuidado personal.
- Discapacidad de la locomoción.
- Discapacidad de la disposición corporal.
- Discapacidad de destreza.
- Discapacidad de situación.
- Otras restricciones de la actividad.

Minusvalías.

Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol, que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

La minusvalía es un fenómeno social, que representa las consecuencias sociales y ambientales que se derivan para el individuo por el hecho de tener deficiencias y discapacidades.²³

- Minusvalías de orientación.
- Minusvalías de independencia física.
- Minusvalías de movilidad.
- Minusvalías de ocupación.
- Minusvalías de integración social.
- Otras minusvalías.

Deficiencia.

Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, incluye tanto situaciones innatas como adquiridas.

La deficiencia se refiere a las funciones propias de cada parte del cuerpo.²³

- Deficiencias intelectuales: perturbaciones del ritmo y grado de desarrollo de las funciones cognitivas. Así la percepción, la atención la memoria y el pensamiento con su deterioro; como consecuencia de procesos patológicos.
- Otras deficiencias psicológicas.
- Deficiencias del lenguaje.
- Deficiencias del órgano de la audición.
- Deficiencias viscerales y de otras funciones especiales.
- Deficiencias músculo esqueléticas.

DEFICIENCIA INTELECTUAL.

Definición.

Para comprender la Deficiencia intelectual o comúnmente llamada deficiencia mental, habría que acercarse antes al concepto de Inteligencia. La Teoría Monárquica defiende que la inteligencia es una facultad única o unitaria no compuesta por otras facultades inferiores.

La Teoría Oligárquica propone la existencia de un Factor General o "G" denominado Inteligencia General y un segundo factor específico constituido por la capacidad concreta para cada tipo de actividad (Factores S).

La teoría Multifactorial sostiene la existencia de un conjunto de factores (13, de los cuales los 6 primeros se consideran como de habilidades primarias) independientes entre sí y que constituyen lo que llamamos Inteligencia.

Estas teorías nos conducen a una concepción determinista de la Inteligencia considerándola de forma estática y reduciendo la capacidad mental a una cifra (Coeficientes Intelectuales). Se ha de tomar con mucho cuidado este concepto, ya que las personas tenemos diferente capacidad de respuesta y de adaptación al medio.²⁷

Otros autores la definen, quizás de forma más certera como la habilidad para aprender, capacidad para pensar abstractamente, habilidad para adaptarse a situaciones nuevas, o también como conjunto de procesos cognitivos como memoria, categorización, aprendizaje y solución de problemas, capacidad lingüística o de comunicación y conocimiento social.

Siguiendo los lineamientos mencionados con anterioridad podemos decir que la deficiencia intelectual se define como la capacidad intelectual inferior a la media o promedio, que aparece generalmente durante la infancia y que se manifiesta por una alteración del desarrollo, problemas de aprendizaje y dificultad en la adaptación social.

Existen tres criterios fundamentales para definir lo que es la Deficiencia Intelectual:

Criterio Pedagógico: El deficiente mental es aquel sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por tanto tiene unas necesidades educativas especiales, es decir necesita unos apoyos y unas adaptaciones del currículo que le permitan seguir el proceso de enseñanza ordinaria.

Criterio Sociológico o Social.

Deficiente mental es aquella persona que presenta en mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar a cabo una vida con autonomía personal: Doll, Kanner y Tredgold, utilizaron este criterio.

Criterio Psicológico o Psicométrico.

Es deficiente mental aquel sujeto que tiene un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales. Binet y Simon fueron los principales impulsores del criterio psicométrico.

Criterio Médico o Biológico.

La deficiencia mental tiene un sustrato biológico, anatómico o fisiológico que se manifiesta durante la edad de desarrollo.

Tanto en la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D.) como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), recogen en sus definiciones estos tres criterios:

La O.M.S define a los deficientes mentales como "individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos".²⁷

La A.A.M.D define la Deficiencia Mental como un "funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originado durante el período de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa".²⁸

Otros criterios son:

Criterio Conductista: Lanzado por los partidarios del Análisis experimental de la Conducta. El déficit mental ha de interpretarse como producto de la interacción de cuatro factores determinantes: biológicos, de interacción con el medio y condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos actuales.

VARIANTES DE LA DEFICIENCIA INTELECTUAL

Deficiencia intelectual ligera.

Su C.I. está entre 52-68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación, y tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras. Los pacientes con afectación leve constituyen el 75% de los pacientes con deficiencia mental y a menudo no se distinguen de los niños con plenas facultades mentales hasta que empiezan a ir a la escuela.²⁹

En general estos niños pueden seguir parte del programa educativo, aunque a un ritmo más lento que el resto de los niños, y en la edad adulta suelen conseguir mantenerse por sí mismos si reciben ayuda en momentos puntuales. No suele haber síntomas o signos físicos relevantes, salvo una incidencia de ataques de epilepsia ligeramente superior a la del resto de la población.

Deficiencia intelectual moderada o media.

Su C.I. se sitúa entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales.

Aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las habilidades pre tecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo. Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales básicas.²⁹

Los individuos con deficiencia mental moderada pueden llegar, en la edad adulta, a trabajar como personal no cualificado o semicualificado.

Deficiencia intelectual severa.

Su C.I. se sitúa entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre.

Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre.

Puede adiestrarse en habilidades de auto cuidado básico y pre tecnológicas muy simple.²⁹

En general, estas personas pueden llevar una vida normal, aunque, en muchas ocasiones, precisan de una supervisión de sus actividades, pero, en general, son independientes para las actividades de la vida diaria.

En cambio, los individuos con deficiencia mental profunda precisan ayuda y cuidados continuos.

Existen muchos factores que pueden ser causa de deficiencia mental. Entre ellos están:

- Las infecciones de la madre durante el embarazo (como la rubéola).
- Las lesiones químicas (como las intoxicaciones por plomo o el síndrome del alcohol fetal).
- Los traumatismos (sobre todo craneales).
- Las alteraciones del metabolismo (como la fenilcetonuria o la enfermedad de Tay-Sachs), las alteraciones mentales que aparecen en la fenilcetonuria pueden prevenirse si se eliminan de la dieta ciertos componentes antes de que se produzcan lesiones cerebrales irreversibles.
- Las enfermedades cerebrales (como la neurofibromatosis o el cáncer).
- Los procesos prenatales de causa desconocida (como la hidrocefalia).
- Las alteraciones cromosómicas (como el síndrome de Down).
- Los trastornos del comportamiento (como el autismo).
- Las influencias ambientales (como la malnutrición o la falta de estímulos).

Uno de los principales objetivos, en el tratamiento de los pacientes con deficiencia mental, es conseguir el desarrollo óptimo de sus facultades; deben tenerse en cuenta sus intereses individuales, sus experiencias personales y sus recursos disponibles. Otro objetivo es conseguir la adaptación social y la incorporación a la vida normal.

Es muy importante que los individuos con algún grado de deficiencia mental reciban una educación especial, a ser posible desde la infancia.

Los resultados de los programas de educación especial son espectaculares, por lo que también se aplican a los de deficiencia mental profunda.²⁹

El pronóstico de las personas con deficiencia mental tiene más relación con la edad de comienzo y la intensidad del tratamiento, la motivación personal, las posibilidades de educación o las condiciones médicas o ambientales que con el grado de alteración mental.

Con un programa de actuación precoz y la disponibilidad de sistemas de apoyo, muchos pacientes con deficiencia mental han llegado a ser miembros útiles de la sociedad.

Este enfoque permite a algunos pacientes alcanzar una vida independiente, o al menos los alberga en un ambiente más protegido. Incluso los pacientes cuya discapacidad requiere cuidados permanentes se benefician de los programas de reeducación y estimulación.

CAUSAS RELACIONADAS DIRECTAMENTE A UNA DEFICIENCIA INTELLECTUAL

RETARDO MENTAL.

El retardo mental es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría como un funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el periodo de desarrollo y está asociado con deterioro de aprendizaje y adaptación social o maduración o ambos.³⁰

Para evaluar el grado y la severidad del retardo mental se debe realizar una prueba psicométrica donde se asociará la edad mental de la persona evaluada y su

correspondiente edad cronológica y el cociente que se obtenga como resultado representará el cociente de inteligencia promedio (C.I) que permitirá la siguiente clasificación:

Tabla 1

GRADO DE RETARDO MENTAL	COCIENTE INTELECTUAL
FRONTERIZO	68 – 83
LEVE	52 – 67
MODERADO	36 – 51
GRAVE	20 – 35
PROFUNDO	DEBAJO DE 20

Sin embargo, a pesar de esta clasificación la significación del cociente de inteligencia en el diagnóstico del retardo mental no es determinante.

Perlstein sostiene que es un número que dice muy poco sobre la naturaleza de la condición, su pronóstico o la velocidad del crecimiento intelectual del niño.

Fenichel ha sostenido que es una verdad esencial que todos los que trabajen con esos niños impedidos nunca deberían olvidar que no importa que etiqueta diagnóstica se coloque en un niño trastornado; ese niño es único y totalmente distinto de cualquier otro niño en conducta, funcionamiento intelectual, deficiencias de lenguaje y en sus reacciones al dolor y al temor.

Para el odontólogo la clasificación que debería interesarle sobre los pacientes mentalmente retardados es la que pueda establecer un pronóstico educativo y social.

Infortunadamente dicha clasificación también se basa en la medición del C.I., pero es utilizada ampliamente en la ubicación del niño para su rehabilitación educativa y vocacional.

Esta clasificación divide a los niños en:

Tabla 2

Educables (RME)	50 -79
Entrenables (RME _n)	25 -49
No entrenables	Debajo de 25

A los retardados educables se le considera capaces de una educación especial, mientras que los entrenables son considerados como capaces de hacer solamente las tareas más sencillas, sin poder beneficiarse de los ejercicios académicos.

Factores prenatales en el retardo mental.

La base biológica del retardo mental está determinado por el efecto de la mala salud materna en las tres capas germinativas; ectodermo, mesodermo y endodermo; como el sistema central deriva del ectodermo, es completamente lógico que las anomalías de la piel, cabello y dientes estén asociados frecuentemente con la disfunción cerebral.

Los principales factores implicados en los defectos de nacimiento y malformación son:

- Infección
- Nutrición
- Enfermedad crónica
- Medicamentos
- Radiación

- Trauma
- Anoxia

En el niño no nacido puede también influir la prematurez, toxemia e incompatibilidad sanguínea.

La infección materna: producida por los virus parecen ser las más dañinas durante el primer trimestre del embarazo, debido a que el embrión en este estadio todavía no ha desarrollado mecanismos de inmunidad y como consecuencia puede producir muerte, aborto o el desarrollo de anomalías mayores.

Como el primordium del órgano dentario se encuentra en estadio crítico desde la sexta a la novena semana de gestación, los dientes están frecuentemente afectados en estos niños.

La prematurez: se define como un niño con peso menor de 2500 gramos. Es un factor importante en el retardo mental y tiene que ver con el 25% de todas las muertes neonatales.

Se dice que el infante prematuro es propenso al daño cerebral, principalmente porque el tamaño pequeño predispone al feto a posiciones anormales en el útero.

La falla en el desarrollo de los sistemas orgánicos puede llevar inmadurez respiratoria, renal y hepática; esta última podría variar el nivel de bilirrubina a un grado mayor a 20mg/100ml en el torrente sanguíneo y por consiguiente puede producir daño cerebral, retardo mental y atetosis.

Envenenamiento por plomo: de interés para los odontólogos son los estudios de determinación de niveles de plomo en dientes primarios.

Un estudio en Filadelfia por Needleman, Tuncay y Shapiro, se encontraron concentraciones aumentadas de plomo en la dentina secundaria adyacente a la pulpa, reflejando exposición post dental.

La conclusión obvia de estos estudios es que los programas para la prevención del retardo mental deben incluir la eliminación del plomo del medio ambiente.

Aspectos bucales del retardo mental.

Los pacientes con incapacidades de desarrollo presentan frecuentemente:

- Malformaciones congénitas múltiples incluyendo anomalías de la dentición.
- Patrones aberrantes de la dentición.
- Hipoplasia del esmalte.
- Ausencia de gérmenes dentarios.
- Displasia ectodérmica hereditaria.

Manejo odontológico del paciente mentalmente retardado.

Los estudios revelan que el 89% de los niños con retardo mental están catalogados como discapacidad intelectual leve, por lo que pueden ser tratados de forma rutinaria, pero con ciertos principios sobre el manejo odontopediátrico.

El acercamiento y la eficacia del tratamiento dependen de la actitud que tome el odontólogo y el personal auxiliar, para la atención de los pacientes impedidos mentalmente.³¹

Esta atención no debe crear estereotipos, y por el contrario debe realizarse un análisis individual tomando en cuenta su historia médica e historia odontológica; la estrategia de atención debe considerar el aspecto físico, emocional y social para poder tener éxito.

Existe, por supuesto, una cantidad de pacientes mentalmente impedidos que son hiperactivos e impulsivos, actitudes que pueden perturbar el procedimiento del consultorio y por consiguiente obliga al profesional a plantearse exigencias fuera de lo común para poder atender a ese tipo de pacientes, esto demandaría que el profesional obtenga una remuneración mayor por su trabajo, cosa más ilógica en la mayoría de los casos porque muchas de las familias están agotados económicamente por los costos médicos vitales que requieren el tratamiento de estos pacientes.³²

El factor principal en la negativa de muchos odontólogos para tratar estos enfermos, no obstante, es su falta de entrenamiento adecuado para superar los problemas que presentan.

Para la atención odontológica de estos pacientes se debería de tener en cuenta el siguiente decálogo:

- Conocer la enfermedad del paciente.
- Analizar a cada paciente como un individuo.
- Evite actitudes negativas hacia el enfermo, el lisiado o el ciego.
- Estructurar el consultorio para atender ese tipo de paciente.
- Ejercitar una atención cariñosa combinada con firmeza.
- Emplear auxiliares que mejoren la capacidad del paciente para aceptar la atención ambulatoria.
- Recompensar el buen comportamiento y desaliente el que es inapropiado.
- Enseñar a los padres los principios de la prevención.
- Estudiar continuamente las diferencias de los niños sanos y los que están enfermos.
- Enseñar a los auxiliares las modalidades de los impedidos mentales y físicos y solicite su apoyo en el manejo de esos pacientes.

EL AUTISMO.

El autismo es un trastorno muy complejo del lenguaje, socialización y dificultades perceptivas motoras.

Su etiología es incierta; se le conoce también como Síndrome de Kanner. El síndrome autístico, está caracterizado por múltiples impedimentos de desarrollo, cognitivos, sensoriales, perceptuales, motoras, de lenguaje y problemas de la conducta y la socialización.

Todas estas características hacen que sea definido como la incapacidad de relacionarse en la forma corriente con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida, desarrollando un deseo ansiosamente obsesivo por el mantenimiento de

la identidad. La prevalencia del autismo se calcula entre el 2 y 5 por 10.000 de la población.

Los síntomas, causados por trastornos cerebrales, incluyen:

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

Gilbert et al. Realizaron un estudio sobre 28 niños autistas situados en su primera infancia y encontraron marcadas peculiaridades en:

- La mirada: es fija, evitan el contacto ocular directo con las demás personas. Cuando miran lo hacen "de reajo".
- La audición: muchos niños autistas han sido tomados por sordos en el primer período de sus vidas. No se inmutan ante los cambios auditivos de su entorno. Ignoran los sonidos fuertes que podrían alarmar a la mayoría de niños.

Ello puede ser debido a una falta de interés por lo que los rodea, aunque pueden mostrar fascinación por ciertos sonidos sutiles como el desenvolvimiento de un caramelo.

- El juego: pueden mostrar falta de interés en los juegos que divierten a los otros niños de su misma edad. No manifiestan interés en los juegos que implican una interacción social con sus padres.

Mientras que los bebés pueden manifestar "características autistas", solo un diagnóstico valorativo exhaustivo puede revelar si tiene Autismo o simplemente son manifestaciones de comportamiento atribuibles a otras dificultades.

Consideraciones médicas odontológicas.

Existen pocos problemas médicos que un odontólogo debe considerar al tratar a un niño autista. Sin embargo, debe tenerse cierto cuidado en el trastorno convulsivo, ya que ello puede conllevar a una hiperplasia gingival secundaria debido a la medicación con anticonvulsionante.

Promover una buena higiene bucal para el niño impedido requiere lograr de los padres un alto grado de cooperación.

La preparación de los padres especialmente de las madres, puede exigir posiblemente un esfuerzo igual al de plasmar las respuestas del niño.

Es de esperar que una comprensión empática de las dificultades que estas familias enfrentan permitan al odontólogo no sólo corregir algunas falsas interpretaciones, sino también comprometer a los padres en la elaboración de un programa de higiene bucal adecuado, que cumpla las necesidades del niño autista.

En su mayor parte, los padres de niños autistas son informantes confiables de las dificultades de su hijo y pueden ser maestros y terapeutas eficaces con ellos.

El profesional debe darse cuenta del grado de madurez del desarrollo individual y de las dificultades específicas del síndrome; hay que intentar que el niño este cómodo en el ámbito del consultorio, preparándolo para que desarrolle un Rapport con el odontólogo.³³

En algunos casos se tendrá que hospitalizar al niño autista para su completa rehabilitación bucal con anestesia general, sin embargo, la mejor solución es evitar la necesidad de la hospitalización mediante un cuidado preventivo precoz, uso máximo de fluoruros, regulación de la dieta y promoción de una buena higiene bucal, sobre una base de pacientes ambulatorios.

SÍNDROME DE DOWN.

El síndrome de Down o trisomía del par 21 fue descrito por primera vez por John Longdon Hayden Down, en 1866. Es un fenómeno de traslocación, tiene incidencia de 1: 660 nacidos vivos y está asociado con la edad materna avanzada. Las anomalías en el Síndrome de Down son tan comunes entre sí que a menudo parecen primos o hermanos.

Manifestaciones clínicas.

Características generales.

- Cabeza braquicefala.
- Piel seca, eczematosa y a veces hiperqueratósica.
- Hipoplasia de los senos frontales.
- Puente nasal pequeño con aplasia del hueso nasal.
- Ojos oblicuos y fisuras palpebrales angostas.
- Pliegues epicánticos.
- Cuello corto y grueso.

Características bucales

- Lengua escrotal.
- Macroglosia con protrusión y mordida abierta.
- Anomalías palatinas (rugas anteriores prominentes).
- Maxilar superior hipoplásico.
- Ángulos gonianos oblicuos (tendencia a clase III).
- Desarmonias oclusales (mordida cruzada)
- Microdoncia.
- Dientes primarios que no se exfolian.
- Dientes conoides.
- Anodoncias.
- Dientes supranumerarios.
- Transtornos periodontales.

De las muchas anomalías bucales asociadas con el síndrome de Down, la enfermedad periodontal es la más común. Esta condición puede empezar poco después de la erupción de los dientes primarios y se cree que está asociada con la elevada prevalencia de gingivitis necrotizante.³⁴

La infección gingival causa una pérdida de tejido interproximal, la que a su vez crea zonas para la acumulación de alimentos; esto, junto con la pobre higiene bucal, produce zonas para exacerbaciones inflamatorias recurrentes. La recidiva crónica de estas inflamaciones gingivales agudas resulta en una recesión gingival progresiva, pérdida de hueso, movilidad dentaria aumentada y pérdida de dientes a una temprana edad.

Modificación de la conducta.

La teoría del aprendizaje social brinda varios conceptos útiles para el trabajo con niños con alguna discapacidad, tomando en cuenta la conducta de estos niños, que es a menudo identificada como problema de conducta por su relativa frecuencia a lo inapropiado del contexto. La mayoría de las infinitas variaciones de conducta son aprendidas vía principios básicos de acondicionamiento.³²

Acondicionamiento operante.

En el acondicionamiento operante la respuesta de la conducta del niño es seguida por un cambio en el ambiente. Si bien el paradigma estímulo – respuesta se refiere a un reflejo, la notación respuesta seguida por estímulo, significa que el estímulo es contingente con la respuesta; por ejemplo, la respuesta de la conducta original u operante de mover una llave es seguido por el cambio ambiental de una luz que se enciende; las alteraciones producidas por la conducta operante tienen la capacidad de afectar su frecuencia.

La contingencia de un estímulo que aumenta la frecuencia de la conducta es positivamente reforzada.

La clave del manejo de la conducta está en el efecto de la recompensa, la cual es contingente con la respuesta del individuo; para tal efecto se puede aplicar

reforzadores sociales que son los que involucran personas, y no sociales como postres, privilegios u objetos tangibles deseados.³²

Para determinar el reforzador más eficaz para un niño determinado, habrá que brindarle un menú de refuerzos antes de iniciar el programa de manejo.

En resumen, la eficacia de un reforzador elegido determinará el cambio en la frecuencia de la conducta.

Acondicionamiento clásico.

El acondicionamiento clásico o pavloviano implica el paradigma estímulo – respuesta, un estímulo o cambio en el ambiente es seguido por una respuesta o conducta individual.

Un estímulo como la sed conduce a una respuesta de beber agua; este ejemplo ilustra como los cambios en el ambiente interno (estímulo fisiológico) conducen a la gratificación de una necesidad humana básica.

Con el estímulo sed se provocará universalmente una respuesta de buscar agua, este paradigma básico es considerado como un reflejo no condicionado, no enseñado, o que ocurre naturalmente; la aparición de otro estímulo simultáneo, repetido, por ejemplo, el sonido de una campana, con el estado no condicionado de sed conducirá predeciblemente a una conducta de buscar agua.

La asociación o apareamiento continuados del estímulo no condicionado con un sonido de campana conducirá eventualmente a una respuesta condicionada demostrable: el sonido (estímulo condicionado) producirá entonces una respuesta de buscar agua.³²

El conocimiento

El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos; o un esquema, estructura o marco de referencia.³⁵

El conocimiento según varios autores es todo un proceso mental basado en la elaboración de ideas a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche, etc.

La información por otro lado implica solamente el nivel de aprehensión del dato que se le muestra a la persona, sin haber tenido ninguna opinión al respecto, lo cual revela ya un grado superior de proceso mental que es el conocimiento.

Todo conocimiento adquirido sea apropiado o errado, tiene relación estrecha con la teoría del aprendizaje; más aún si este se presenta en personas con discapacidades por lo que se prefiere estudiar la modificación de conducta a partir de los diversos aprendizajes que se presenten.³⁵

ASPECTOS LEGALES PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ.

Ley general de la persona con discapacidad. Ley Nª 27050.

CAPITULO I

DE LAS DISPOSICIONES GENERALES.

Artículo 1.- Finalidad de la Ley.

La presente Ley, tiene por finalidad establecer el régimen legal de protección, de atención de salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que la persona con discapacidad alcance su desarrollo e integración social, económica y cultural, previsto en el artículo 7 de la constitución política del Perú.

Artículo 2.- Definición de las personas con discapacidad.

La persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias evidenciales con la pérdida significativa de alguna o algunas de sus funciones físicas,

mentales o sensoriales, que impliquen la disminución o ausencia de la capacidad de realizar una actividad dentro de formas o márgenes considerados normales limitándola en el desempeño de un rol, función o ejercicio de actividades y oportunidades para participar equitativamente dentro de la sociedad.

Artículo 3.- Derechos de la persona con discapacidad.

La persona con discapacidad tiene iguales derechos, que los que asisten a la población en general, sin perjuicio de aquellos derechos especiales que se deriven de lo previsto en el segundo párrafo del art. 7 de la constitución política de la presente ley y su reglamento.

Artículo 4.- Papel de la familia y del Estado.

La familia tiene una labor esencial frente al logro de las acciones y objetivos establecidos en esta Ley. El Estado ofrecerá a la familia capacitación integral (educativa, deportiva, de salud, de incorporación laboral, etc.) para atender la presencia de alguna discapacidad en uno o varios miembros de la familia.

Altagracia, M.(1999) Realizó un estudio con el propósito de establecer e identificar la patología bucal prevalente en niños excepcionales y la intervención de variables como los fármacos, las dietas, la higiene bucal y la extracción social.

Para obtener la información se seleccionó a una población de niños entre 3 y 14 años, atendidos en el instituto de Educación Especial del Municipio Maracaibo, Estado de Zulia en Venezuela y se estableció un nivel de significancia de $\alpha = 0.10$.³⁴

2.3 Operacionalización de variables

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE BUCAL: diferentes conocimientos de los elementos necesarios para la higiene bucal. Variable de tipo cualitativa medida en escala ordinal presenta las siguientes dimensiones:

- Elementos de higiene bucal: 3 preguntas de elementos de higiene bucal.
- Hábitos de higiene bucal: 3 preguntas de hábitos de higiene bucal.
- Patología bucal relacionada con higiene bucal: 3 preguntas de patología bucal relacionada con higiene bucal.
- Técnicas de higiene bucal: 03 preguntas sobre técnicas de higiene bucal

Toma los siguientes valores:

- Bueno (9-12 aciertos)
- Regular (5-8 aciertos)
- Malo (0-4 aciertos)

HIGIENE BUCAL EN NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES: se cataloga como la presencia de placa dental blanda en las piezas indicadas. Variable de tipo cualitativa medida en escala ordinal y toma los siguientes valores:

- Bueno: 0.0 – 0.6
- Regular: 07- 1.8
- Malo: 1.9- 3.0

Edad: Tiempo que ha vivido el niño (a) contando desde su nacimiento. Variable cualitativa medida en escala de razón. Y toma los siguientes valores:

- 8-10 años
- 11-13 años
- 14-16 años
- 17-19 años.

- Género: condición orgánica que diferencia al varón de la mujer. Variable cualitativa medida en escala ordinal y toma los siguientes valores:
 - Masculino
 - Femenino

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALORES
NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL	Respuesta expresada de la madre sobre los elementos necesarios para la higiene bucal	Elementos de higiene bucal	Tres preguntas de elementos de higiene bucal.	Formulario para la evaluacion de conocimientos	cualitativa	ordinal	Bueno (9-12) Regular (5-8) Malo (0-4)
		Habitos de higiene bucal	Tres preguntas de habitos de higiene bucal.				
		Patologia bucal relacionada con higiene bucal	Tres preguntas de patologias bucal relacionada con higiene bucal.				
		Tecnicas de higiene bucal	Tres preguntas sobre tecnicas de higiene bucal.				
HIGIENE BUCAL EN NIÑOS CON CAPACIDADES ESPECIALES	Repeticion de acciones de limpieza en la persona, atuendos y entorno respetando los recursos, o sea si derrochar agua,ni usando productos que puedan dañar el medio ambiente con el fin de preservar la salud	.....	presencia de placa dental blanda en las piezas indicadas	Indice de Green y Vermillon	cualitativa	ordinal	Bueno (0.0-0.6) Regular (0.7-1.8) Malo (1.9- 3.0)

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONE S	DEFINICION OPERACION AL	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALORES
Genero	Condición orgánica que diferencia al varón de la mujer.	.....	Identificación del rubro sexo en la Ficha de matrícula	Dato registrado en la ficha de matrícula	Cualitativa	Nominal Dicotomica	Masculino Femenino
Edad	Se define como el tiempo transcurrido que ha vivido una persona.	.....	Corresponde a la edad cronológica según la nómina de		Cuantitativa	Discreta	8-10 años 11-13 años 14- 16 años 17-19 años

2.4 Definición de términos básicos

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de la investigación

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

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

3.2 Diseño de la investigación

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

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

3.3 Población y muestra de la investigación

Población:

La población, estará conformada por 40 padres y/o tutores de cada niño y 9 profesores de los estudiantes matriculados en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle” - ABANCAY, 2017.

Muestra:

La muestra estará conformada por 30 padres y/o tutor, 9 profesores, y 30 niños matriculados en el Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL La Salle” y que cumplen con criterios de selección.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

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

Criterios de exclusión

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

3.4 Procedimiento y técnicas

Técnica de recolección de datos

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

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

Procedimiento:

3.4.1 descripción de instrumentos:

Se coordinara con el Directora del Centro de Educación Básica Especial N°11 SANT GERMAN JAUME HILARIBARBAL “La Salle” - ABANCAY, de los niños con Habilidades Especiales, para explicar el objetivo del estudio.

Una vez otorgado el permiso se solicitará al director de la escuela la lista de todos los niños inscritos en la institución. Posteriormente se procederá a informar a los profesores a cargo de los niños, el procedimiento que se realizara.

Mediante los docentes se accederá a los padres de familia; explicándoles cual es el motivo por el cual se requerirá de su ayuda, Luego se les solicitará a los padres de familia que firmen un consentimiento informado y una autorización para la evaluación de los niños. Seguidamente se procedió a entregarles el cuestionario acerca del nivel de conocimientos que estos tienen acerca de la salud oral de sus hijos y se esperó a que concluyan para poder recoger los cuestionarios.

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

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

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

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

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

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

La calificación fue:

- Nivel de conocimiento bajo: 0-4 preguntas acertadas.
- Nivel de conocimiento regular: 5-8 preguntas acertadas

- Nivel de conocimiento alto: 9-12 preguntas acertadas.

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

Procedimiento De Toma De Índice De Higiene Oral En Niños:

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

Se utilizará una pastilla reveladora de placa, y con la ayuda de espejos bucales y baja lenguas se evaluó la tinción de esta solución en las superficies dentarias. Se procedió a registrar lo observado en una ficha de Índice de Higiene Oral previamente elaborada.

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

Tipo de diente y superficie por evaluar:

1. Molar superior derecho vestibular
2. Molar superior izquierdo vestibular
3. Molar inferior derecho lingual

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

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

Criterio para calificar presencia de placa blanda en IHO-S

- 0: No hay presencia de residuos o manchas
- 1: desechos blandos que cubre no más de una tercera parte de la superficie dental.
- 2: desechos blandos que cubre no más de dos tercios de la superficie de un diente
- 3: residuos blandos que cubren la tercera parte o más de la tercera parte de la superficie dental expuesta.

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

Los valores clínicos de higiene bucal para placa blanda serán:

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

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

3.5 Técnicas de procesamiento de datos

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

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

IV. Aspecto administración

4.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2016			2017											
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
INICIO	x	x													
Redaccion de titulo	x	x													
Esquema del Proyecto de investigacion		x	x												
Elementol del Proyecto		x	x	x											
Objetivos de la Investigacion			x	x											
Justificacion				x	x										
DESARROLLO				x	x	x									
Revision Bibliografica					x	x	x	x							
Elaboracion de marco teorico							x	x	x	x	x				
Recoleccion de datos												x	x		
Analisis de datos												x	x		
Presentacion del avance de investigacion															x
CIERRE															x
Redaccion de la tesis															x
Revision de la tesis															x
Defensa de la tesis															x

4.2 PRESUPUESTO

RECURSOS	
HUMANOS Y MATERIALES	Costo
<i>Personal</i>	
Tutoria y asesoria del trabajo	S/. 1,000.00
<i>Equipos</i>	
Presentacion de la investigacion	S/.500.00
<i>Servicios</i>	
Reproduccion de material	S/.200.00
Procesamiento de datos	S/.900.00
Logistica	S/.200.00
Gastos de transporte	S/.100.00
Total	S/. 3,000.00

RESULTADOS

En la tabla N°1 De la siguiente tabla podemos apreciar que, al relacionar el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia según género, se evidencio que el nivel de conocimiento bajo fue más común en el sexo femenino (15.6%) y regular también en el género femenino (48.9%)

En la tabla N° 02 Referente al nivel de conocimiento de los padres de estudiantes con capacidades especiales según la edad se encontró una frecuencia de regular nivel de conocimiento en higiene bucal en las edades de 24 a 44 años (28.9%) seguido del grupo etario de 23 a 33 años (26.7%).

En la Tabla N° 03 En esta tabla se puede observar que del total de la población estudiada de estudiantes con capacidades especiales se encuentra una frecuencia de mal índice en el grupo etario de 9 a 14 años seguido del conjunto de 3 a 8 años de edad (35.6%).

En la Tabla N° 4: En cuanto a la higiene oral según el sexo del estudiante con capacidades especiales se pudo descifrar que el índice que higiene oral malo en el sexo masculino fue de 57.8% y el femenino de 35.6%

En la Tabla N° 05: En esta tabla al analizar al relacionar el nivel e conocimiento en salud bucal de los docentes según el sexo, se logró observar que en el sexo femenino el 60% de los docentes tenían conocimiento regular sobre salud bucal y el 40% tenían conocimiento bueno sobre el tema.

En la Tabla N° 06, Respecto al nivel de conocimiento de docentes sobre salud bucal se pudo apreciar que en las edades de 42 a 51 años el nivel de conocimiento fue regular (20%) mientras que en el grupo etario de 33 a 42 años el nivel de conocimiento bueno fue de 40% de total de los docentes entrevistados.

TABLA N°1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL SEXO DEL PADRE

		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		P-VALUE
		n	%	n	%	N	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MALO	5	11.1	7	15.6	12	26.7	0.326
	REGULAR	8	17.8	22	48.9	30	66.7	
	BUENO	0	0.0	3	6.7	3	6.7	
TOTAL		13	28.9	32	71.1	45	100.0	

GRÁFICO N°1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL SEXO DEL PADRE

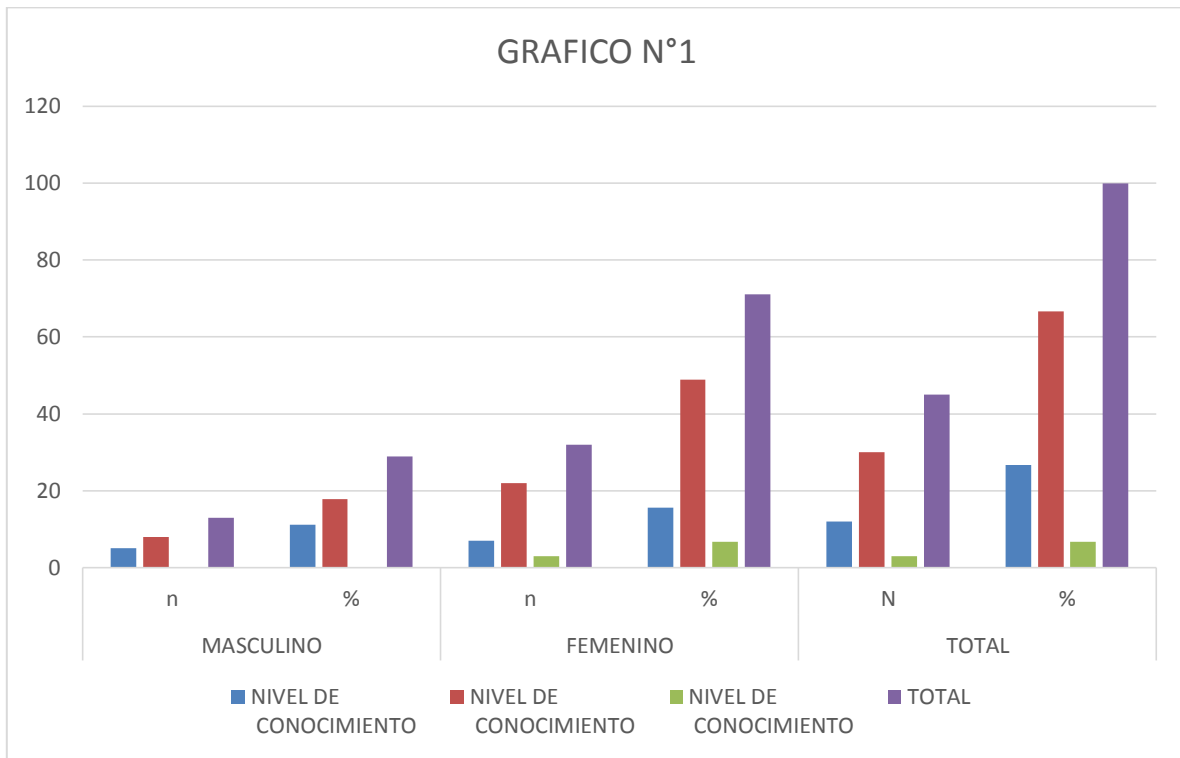


TABLA N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN LA EDAD DEL PADRE

		DE 23 A 33 AÑOS		DE 34 A 44 AÑOS		DE 45 A 57 AÑOS		TOTAL		P-VALUE
		n	%	n	%	n	%	N	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTO	MALO	2	4.4	7	15.6	3	6.7	12	26.7	0.458
	REGULAR	12	26.7	13	28.9	5	11.1	30	66.7	
	BUENO	2	4.4	1	2.2	0	0.0	3	6.7	
TOTAL		16	35.6	21	46.7	8	17.8	45	100	

GRÁFICO N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN LA EDAD DEL PADRE

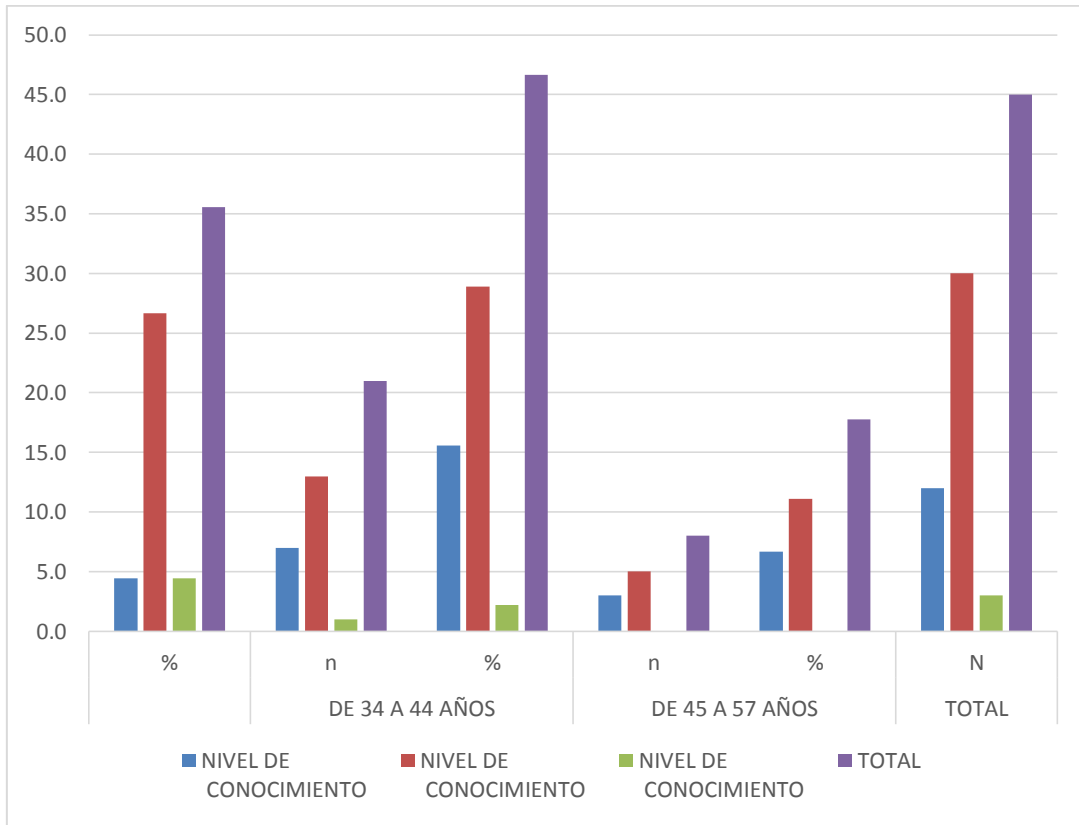


TABLA N°3

HIGIENE ORAL SEGÚN LA EDAD DEL ESTUDIANTE

		DE 3 A 8 AÑOS DE EDAD		DE 9 A 14 AÑOS DE EDAD		DE 15 A 18 AÑOS DE EDAD		TOTAL		P-VALUE
		n	%	n	%	n	%	N	%	
HIGIENE ORAL	REGULAR	0	0.0	2	4.4	1	2.2	3	6.7	0.395
	MALO	16	35.6	19	42.2	7	15.6	42	93.3	
TOTAL		16	35.6	21.0	46.7	8.0	17.8	45.0	100.0	

GRÁFICO N°3

HIGIENE ORAL SEGÚN LA EDAD DEL ESTUDIANTE

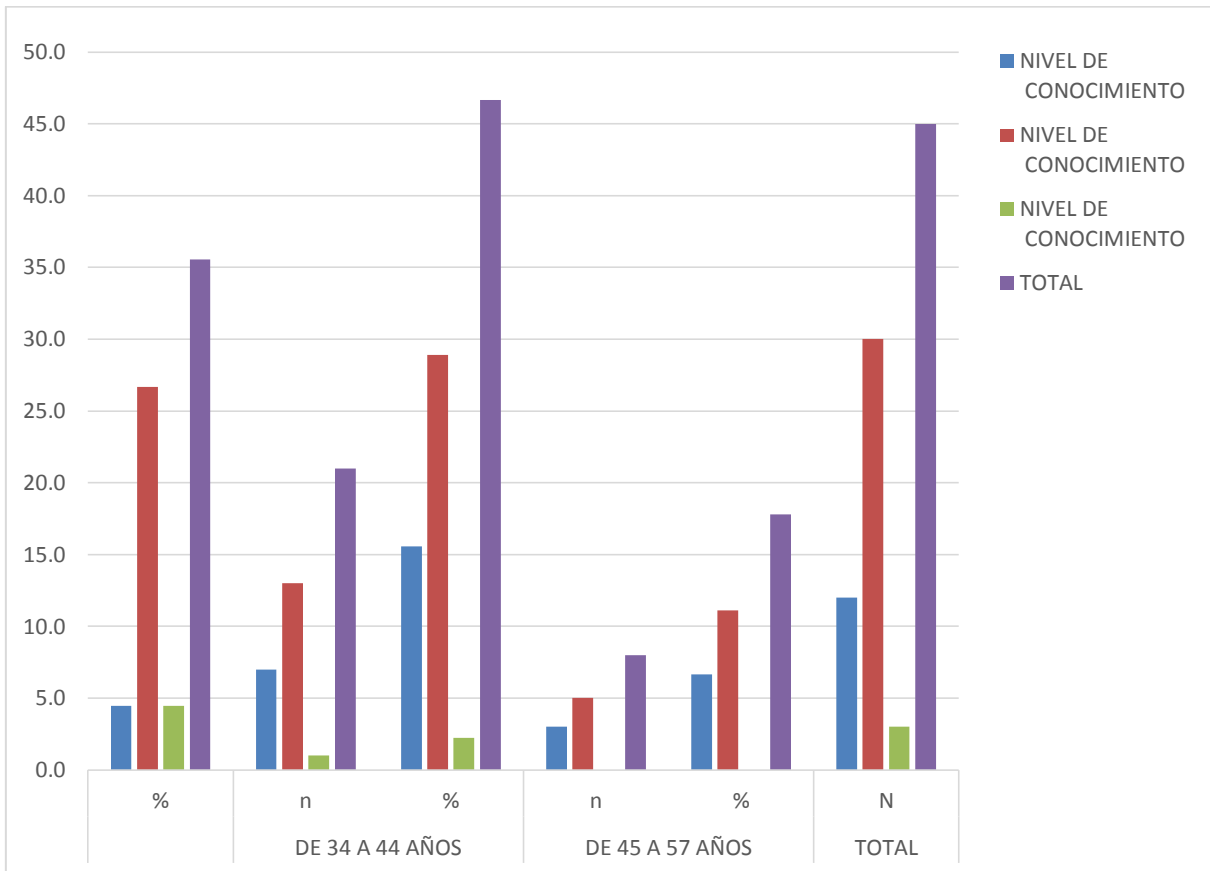


TABLA N°4

HIGIENE ORAL SEGÚN EL SEXO DEL ESTUDIANTE

		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		P-VALUE
		n	%	n	%	N	%	
HIGIENE ORAL	REGULAR	2	4.4	1	2.2	3	6.7	0.869
	MALO	26	57.8	16	35.6	42	93.3	
TOTAL		28	62.2	17	37.8	45	100	

GRÁFICO N°4

HIGIENE ORAL SEGÚN EL SEXO DEL ESTUDIANTE

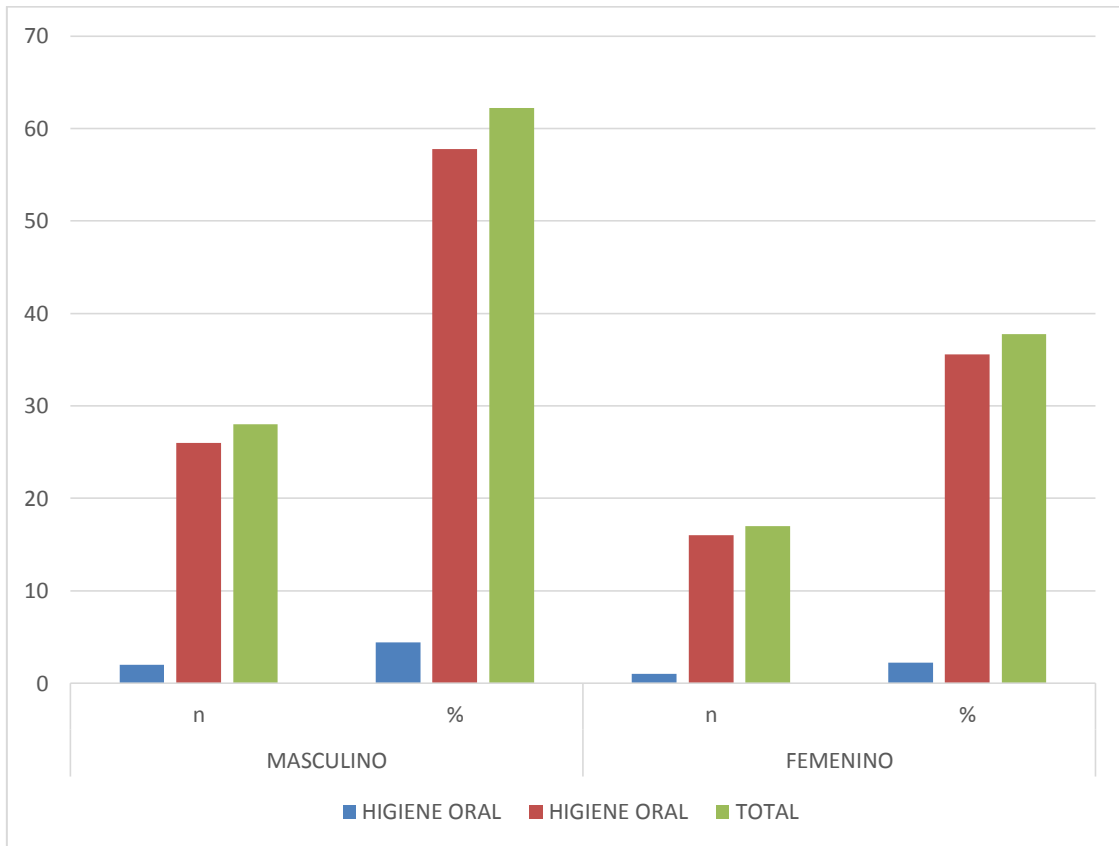


TABLA N°5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DOCENTE MUJER

		FEMENINO		TOTAL	
		n	%	N	%
NIVEL DE	MALO	0	0	0	0
CONOCIMIENTO	REGULAR	6	60	6	60
DEL DOCENTE	BUENO	4	40	4	40

GRÁFICO N°5

NIVEL DE CONOCIMIENTO DOCENTE MUJER

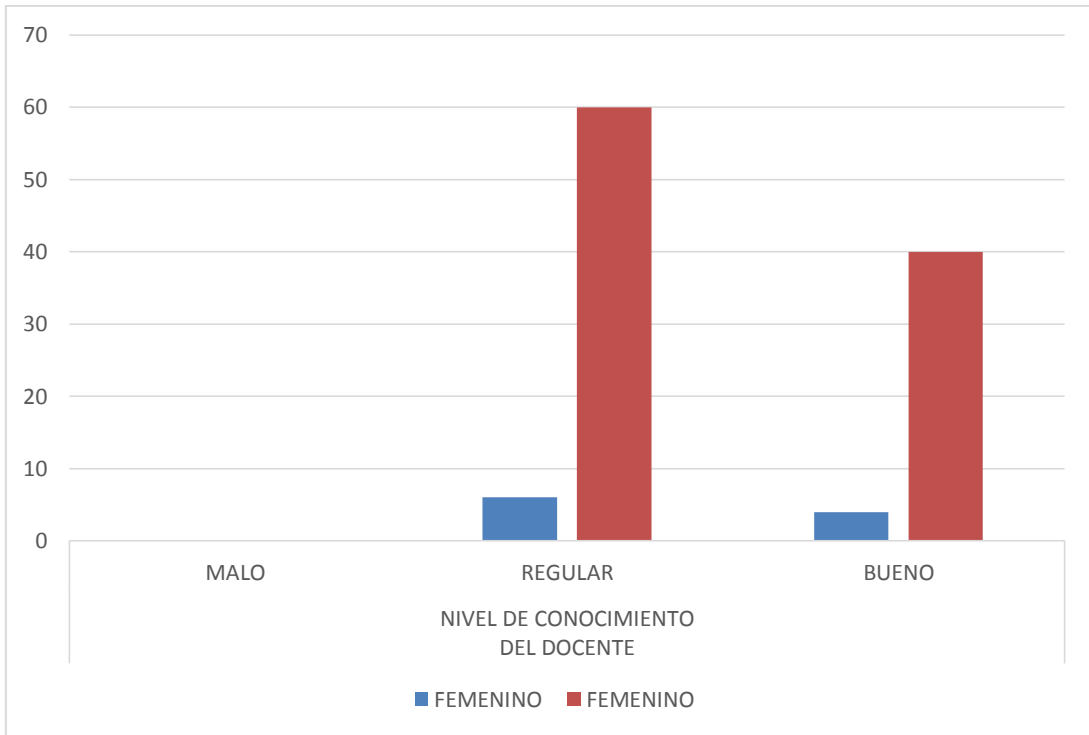


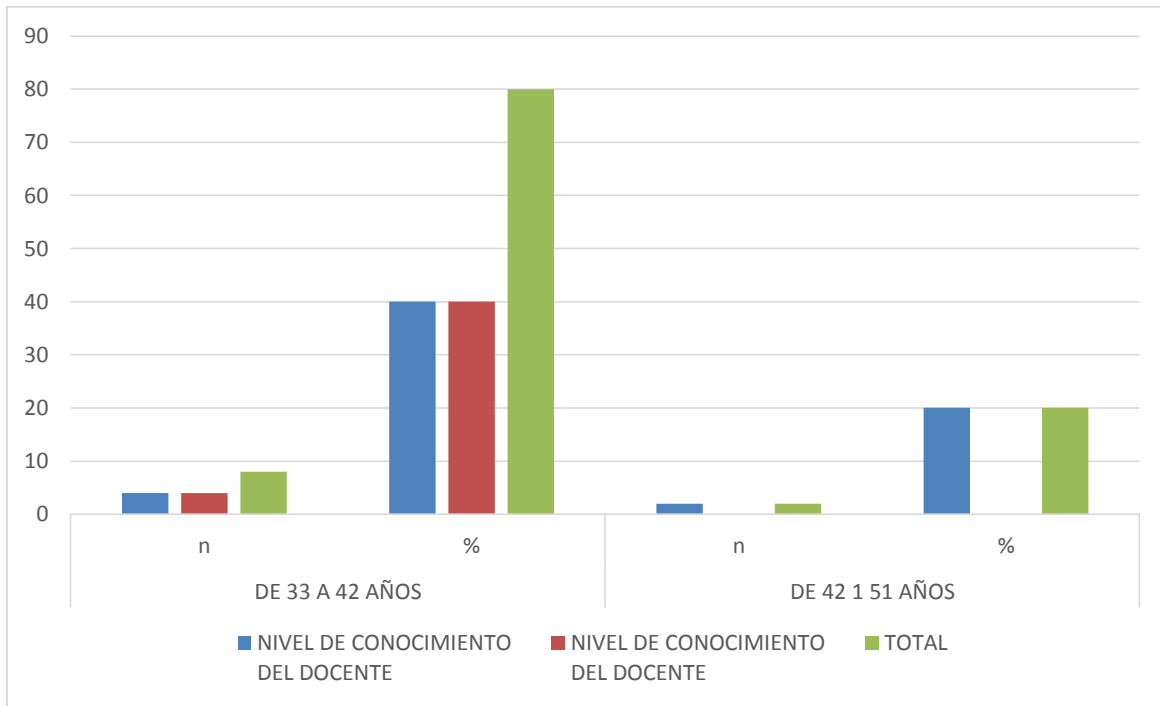
TABLA N°6

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL DOCENTE SEGÚN EDAD

		DE 33 A 42 AÑOS		DE 42 I 51 AÑOS		TOTAL		P-VALUE
		n	%	n	%	N	%	
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL DOCENTE	REGULAR	4	40	2	20	6	60	0.197
	BUENO	4	40	0	0	4	40	
	TOTAL	8	80	2	20	10	100	

GRÁFICO N°6

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL DOCENTE SEGÚN EDAD



DISCUSION

En la presente investigación del nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de estudiantes con habilidades especiales de acuerdo al análisis realizado, encontramos que los padres tienen un moderado conocimiento referente al tema de estudio.

el resultado determinado anteriormente está relacionado con el trabajo realizado por Hernández j (2016) Este trabajo tiene como propósito mostrar la relacion del nivel de conocimiento de las madres de niños discapacitados con el índice de higiene oral de sus respectivos niños, encontrándose que el índice de higiene oral fue malo con un 47.9%, así mismo establece una relacion significativa entre el índice de higiene oral de los niños y el nivel de conocimiento que ostentan las madres. De igual manera nuestros datos guardan una estrecha relacion con el trabajo de investigación de Benavente Lipa Lourdes (2007) el propósito de esta investigación fue evaluar la influencia del nivel de educación sanitaria sobre la salud e higiene bucal del niño con retardo mental. En el cual se llegó a deducir que el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de los padres está relacionado con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental. Así mismo los resultados de nuestra investigación difiere ligeramente con el trabajo realizado por cabellos Alfaro(2006) cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre la higiene bucal de los padres del niño discapacitado Ann Sullivan del Perú, los resultados de esta investigación determinaron la relación estadísticamente significativa entre el IHO del niño discapacitado y la sapiencia de la higiene bucal del padre, así mismo se determinó una correlación inversa regular entre el IHO del niño discapacitado y el nivel de conocimiento del padre. Análogamente concordamos con los resultados de cabellos A (2006) en el cual se establece un relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento que poseen los padres y un nivel de conocimiento regular de los padres con un IHO malo en los niños.

CONCLUSION

- Se concluye que, con la aplicación de la estrategia educativa; se logró una disminución del índice de higiene oral; asimismo, se obtuvo un aprendizaje de los componentes de la salud oral en los tres grupos de retardo mental; con una mejoraría significativa posterior a la implementación de la estrategia
- El nivel de conocimiento en padres de familia fue bajo en el sexo masculino; y regular en el sexo femenino. Mientras que por edades encontramos que el nivel de conocimiento regular.
- El nivel de conocimiento de las profesoras es regular. Y por edades también es regular en la mayoría de los profesores.
- El índice de higiene oral de los niños es malo en el sexo masculino, regular en el sexo femenino. Y según edad el índice de higiene oral según edad es regular en la mayoría de los niños

RECOMENDACIONES

- Coordinar con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud para promover la creación de talleres en colegios de alumnos, impulsando la participación de los padres y docentes en la implementación de acciones para mejorar la salud bucal.
- Promover programas de motivación sobre higiene bucal en padres
- Desarrollar programas educativos - preventivos sobre salud bucal en padres de niños.
- Desarrollar nuevas investigaciones para evaluar el impacto de programas educativos-preventivos sobre salud bucal en los padres y en otras instituciones similares.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Sociedad de odontopediatría v región año xvii - volumen 17 - marzo 2017
2. Tesis “nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades especiales en el centro educativo básico especializado iquitos 2017” Bach. Tatiana Tenazoa Chujutalli
3. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Dr. Héctor R. Martínez Menchaca, Ma. Guadalupe Treviño Alanís, Gerardo Rivera Silva
4. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral, Dra. Nuvia Tan Castañeda y Dr. Amado Rodríguez Calzadilla.
5. Glassman P, Subar P. Planning dental treatment for people with special needs. Dent Clinic North 2009;53:195-205.
6. Santoro F, cols. Universidad de Milán “Evaluación de un programa de Prevención y profilaxis para pacientes especiales” asistencia previa al Dentista Mar-Apr; 17(2):8.1990.
7. Tan Castañeda, Nuvia y Rodríguez Calzadilla, Amado. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatología integral. Rev. Cubana Estomatol; 38(3): 181-91.2001.
8. Marulanda J, Betancur J, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. Revista CES Odontología. 2011; 24 (1).
9. Piédrola G. Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Salvat, 1990
10. Ravaglia C. El problema de la salud bucodental en los pacientes discapacitados y especiales. Rev FOLA ORAL 1997;3(9):162-5.
11. HERNANDEZ R, J L, JAVIER N, F, 2016, Nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres e higiene oral de niños con discapacidad intelectual, en centros educativos básicos especiales de la ciudad de Iquitos. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología de la UPO, Perú-Iquitos.

12. PEREZ SANCHEZ, ROSA M, (2015) Tuvo como objetivo determinar El Nivel de Conocimiento de Salud Oral en Padres de niños con habilidades especiales del distrito de Trujillo. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Escuela Profesional de Estomatología de la UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, Trujillo _ Iquitos.
13. LOURDES ÀNGELA BENAVENTE LIPA, Odontol; 10(2) influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal de niño con retardo mental Dpto. Académico Estomatología Biosocial. Facultad de odontología de la UNMSM. Lima – Perú. 2007.
14. DORIS AGRIPINA CABELLOS ALFARO, 2006, Relación del nivel del conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. Tesis para obtener el Título de Cirujano Dentista. Facultad de Odontología de la UNMSM, Lima-Perú.
15. Cabellos A. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología. 2006.
16. Di Nasso P. Estudio descriptivo sobre el nivel de conocimientos odontológicos de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina. 2012.
17. NAVAS P.; RITA; MOGOLLON, JOALIS Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con Síndrome De Down ciencia odontológica, vol.4, núm. 2, julio-diciembre, 2007.
18. Carranza, F. (1994) Periodontología Clínica de Glickman España: Interamericana. Mc graw – Hill. Traduc. 7º edic.
19. Muñoz, L & Arias, S. (2005) Diagnostico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. Archivo médico de Camaguey; 9 (4). ISSN 1025 – 0255.

20. Legon, L & Cardozo, L. (1988) Algunas consideraciones sobre niño impedido físico y mental en la práctica clínica estomatológica. Rev. Cubana de estomatología. Habana, 28 (4) pp 255-287 oct – dic.
21. Dávila, M & Daza, D. (2005) Salud oral de las personas con retraso mental en cuatro municipios del estado de Lara 2003. Acta odontol. Venez., v43. n°3
22. Requena, E. (1999) Perfil de salud – enfermedad en niños especiales con Síndrome de Down y Retardo mental de centros educativos especiales de Huaraz y Chancay. Tesis para obtener grado de cirujano dentista en la UNMSM.
23. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad incluida la prevención, el Tratamiento y la rehabilitación. 58º Asamblea Mundial de la Salud, 2005.
24. Verdugo, M. (2004) Calidad de vida y calidad de vida familiar. Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Discapacidad Intelectual. Enfoques y realidad: Un desafío. Medellín, Colombia. Recuperado el 13 de abril de 2009. <http://www.pasoapaso.com.ve/CDVFVerdugo.pdf>
25. Sarto, M. (2001) Familia y discapacidad. Trabajo presentado en el III Congreso "La atención a la diversidad en el sistema educativo". Instituto Universitario de Integración a la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca. Recuperado el 28 de mayo de 2009. <http://www.usal.es/inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
26. Unicef. (2006) Estado mundial de la infancia. Excluidos e invisibles. Recuperado el 4 de abril de 2009. http://www.unicef.cl/archivos_documento/157/estado2006.pdf
27. Cash, D. (1998) Neurología para Fisioterapeutas. Colombia: Médica Panamericana, 4º edic. pág. 236 – 242
28. La voz. La salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales. Boletín Epidemiológico 2001; 3(21).
29. Digebe. (2008) Manual de Adaptaciones Curriculares. Educación Inclusiva Min. Educ.

30. Cabellos, D. (2006) Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. Tesis para optar el título de cirujano dentista, Lima.
31. Dávila, M & Daza, D. (2006) Caries dental en personas con retraso mental y síndrome de donw. Rev. Salud pública. 8 (3): 207 – 213,
32. Nowak, J. (1979) Odontología para el paciente impedido. Madrid: Mundi. 1º edic. pág 41-391.
33. Fernández, J. (2001) Grado de conocimiento sobre higiene bucal y prevalencia de caries dental en niños con discapacidad auditiva en los distritos de Surco y Barranco. Tesis para optar título de cirujano dentista. Lima U.N.F.V.
34. Altagracia, M. (1999) Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta odontol. Venezuela, vol. 37, nº. 3., pág. 193 – 198



ANEXO

ANEXO N°01



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por la Bachiller en Estomatología: **HADA SARMIENTO CHIPANA**, de la Universidad Tecnológica de los Andes. El objetivo.

Si usted accede a que su hijo participe en este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso) y una evaluación integral y de la cavidad oral para nada invasivo. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el Bachiller en Estomatología: **HADA MAGDY SARMIENTO CHIPANA**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es evaluar la cavidad oral de mi hijo(a) que durará 10 minutos. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona y/o de mi hijo(a). De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Estomatología- UTEA al teléfono: 944669878. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante:

(En letras imprenta)

Firma del Participante Fecha:



ANEXO N°02



ASENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre **HADA MAGDY SARMIENTO CHIPANA** y pronto seré “Dra”. De los dientes” de esta ciudad de Abancay vamos a realizar un estudio que se llama “Determinar conocimientos en salud bucal de padres familia y docentes sobre higiene oral en niños con habilidades especiales.”, para saber cuántos niños/as de esta institución tienes los dienteitos limpios. Para conocer mejor si tus dienteitos están limpios y saber cuáles son las posibles causas de que estos lleguen a niños como tú, necesitamos evaluar tu dienteitos para saber si tienes dientes sucios y cariados en tu boca y poder decirles a tus papás y/o apoderados que te lleven al consultorio para que te den remedios y te mejores. Por este motivo quiero saber si te gustaría participar en este estudio. Una vez que tú aceptes participar, se conversará con tus papás y/o apoderado para que ellos sepan de este estudio.

No tienes que contestar ahora lo puedes hablar con tus padres y si no entiendes cualquier cosa puedes preguntar las veces que quieras y yo te explicaré lo que necesites. Si decides no participar en el estudio no pasa nada y nadie se enojará o retará por ello. Tampoco va a influir en tus notas del colegio.

Si decides participar:

- 1.- Le pediremos a tu mamá o a la persona que te cuida que te permiso para hacerte algunas preguntas y evaluar tu boca.
- 2.- Cuando te evalúe solo yo sabré si tienes dientes chuecos en tu boca no usaremos tu nombre ni datos personales,. Tampoco le diremos a nadie que estas participando en este estudio.
- 3.- Los resultados de tus exámenes se los daremos a tus padres y/o apoderados en un sobre cerrado y nadie más sabrá el resultado de estos. Además, si tienes bichitos les diremos a tus padres y/o apoderados que te lleven al consultorio para que te den remedios y te mejores.
- 4.- Si quieres participar, haz un círculo o una marca al dibujo del dedo apuntando hacia arriba y si no quieres, haz la marca en el dedito apuntando para abajo. Con eso bastará para que nosotros sepamos tu preferencia

Si mientras se realiza el estudio tienes alguna duda puedes preguntarme todo lo que quieras saber y si más adelante no quieres seguir con el estudio, puedes parar cuando quieras y nadie se enojará contigo.

Mi nombre es:

SI QUIERO PARTICIPAR

NO QUIERO PARTICIPAR





ANEXO N°03



Fecha:.....

Padre del niño y/o Apoderado ()

Nombre y apellido:.....

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

Nombre y Apellido del estudiante:.....

Edad del niño:.....

Grado de instrucción del apoderado:.....

Docente ()

Nombre y apellido:.....

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

Grado de instrucción del apoderado:.....

Instrucción:

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y docentes de los estudiantes del Centro de Educación Básica Especial N°11 San German Jaime Hilari Barbal “La Salle”, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuestas de manera veraz.

I. Instrucciones:

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

1) ¿Cuáles considera Ud. Son elementos de higiene bucal?

- a) Dulce, cepillo dental, pasta dental.
- b) Fluor, pasta dental, hilo dental.
- c) Cepillo dental, hilo dental, pasta dental.
- d) Todas

2) ¿cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a) Cada 6 meses.
- b) Cada 12 meses.
- c) Cada 3 meses.
- d) No sé.

- 3) El diente es:**
- a) Es un elemento en la boca.
 - b) Sirve solamente para masticar los alimentos.
 - c) Es un órgano.
 - d) No sé.
- 4) ¿Principalmente cuando Ud. cree que debe cepillarse los dientes?**
- a) Antes de la comida.
 - b) Después de las comidas.
 - c) Solo al acostarse.
 - d) Solo al levantarse.
- 5) ¿Cuándo debería llevar a sus hijos por primera vez al dentista?**
- a) Al erupcionar el primer diente.
 - b) Cuando tenga edad suficiente.
 - c) Cuando le duela algún diente.
 - d) Cuando le salgan todos sus dientes.
- 6) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?**
- a) No sé.
 - b) 30 segundos.
 - c) 1 minuto.
 - d) 2 minutos.
 - e) 3 minutos.
- 7) La placa bacteriana es:**
- a) Resto de dulces y comidas.
 - b) Manchas blanquecinas en los dientes.
 - c) Restos de alimentos y microorganismos.
 - d) No sé.
- 8) La enfermedad periodontal es:**
- a) El dolor de diente.
 - b) La enfermedad de las encías.
 - c) Inflamación del labio.
 - d) No sé.
- 9) ¿Qué es la caries?**
- a) Es una picadura en los dientes.
 - b) Es una enfermedad infectocontagiosa.
 - c) Es un dolor en la boca.
 - d) No sé.
- 10) ¿Qué características debe tener un cepillo dental?**
- a) Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto.
 - b) Que las cerdas sean duras y de un solo color.
 - c) Que las cerdas sean rectas y el mango también.
 - d) Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo.
- 11) ¿Cuántas veces se cepilla al día?**
- a) Una vez.
 - b) Dos veces.
 - c) Tres veces.
 - d) Ninguna.
- 12) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.**
- a) Si.
 - b) No.
 - c) Tal vez.



ANEXO N°04



FICHA DE REGISTRO DEL INDICE DE HIGIENE ORAL

APELLIDOS Y NOMBRES:.....

(ALUMNO).....

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PADRE DEL ESTUDIANTE Y/O APODERADO

.....

EDAD:.....

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO.S) DE CREEN Y VERMILLON

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

ANEXO N°05

FOTOGRAFIAS

FOTOGRAFIA N°01

Padre de familia llenando cuestionario y consentimiento informado.



FOTOGRAFIA N°02

Realizando el Índice de Higiene Oral



FOTOGRAFIA N°03



FOTOGRAFIA N°04



FOTOGRAFIA N°05



FOTOGRAFIA N°06

Profesora llenando la encuesta



FOTOGRAFIA N°07

Llenado de asentimiento informado

