



**FACULTA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Escuela Académica Profesional de Estomatología**

**TESIS**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE  
BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS CON  
HABILIDADES DIFERENTES Y SU RELACIÓN  
CON LA HIGIENE BUCAL DE LOS NIÑOS EN  
LA ONG MUNDO AMOR, CHICLAYO,  
LAMBAYEQUE, PERÚ, 2015.**

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

**AUTORA**

**MUÑOZ FERNÁNDEZ VICTORIA STEFFANY**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**MG. ESP. C.D. CÓRDOVA SALINAS IMER DUVERLI**

**ASESOR ESPECIALISTA**

**Pimentel, 25 de noviembre del 2015**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES  
DE NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES Y SU RELACIÓN CON  
LA HIGIENE BUCAL DE LOS NIÑOS EN LA ONG MUNDO AMOR,  
CHICLAYO,LAMBAYEQUE,PERÚ, 2015.**

Aprobación de la tesis

---

Mg.C.D. Cordova Salinas  
Imer Duverli  
**Asesor especialista**

---

Mg.C.D.Ruiz Cárdenas Jorge  
**Asesor metodólogo**

---

Mg.C.D.Puccinelli Wang Marco  
Antonio  
**Presidente del jurado de tesis**

---

C.D. Alayza Carrera Geovana  
Lucy  
**Secretario del jurado de tesis**

---

Mg.C.D.Ruiz Cárdenas Jorge  
Leonidas  
**Vocal del jurado de tesis**

## DEDICATORIA

A Dios por guiar mi camino y poder alcanzar mis metas .  
A mis Padres; Aleny Fernández Davila y Victor Muñoz Guadalupe por ser el motor de mi esfuerzo, por haberme enseñado que los sueños se consiguen con esfuerzo, perseverancia y sacrificio y por hacer de mí una mejor persona.

## **AGRADECIMIENTO**

A mis Padres por el apoyo emocional y económico porque sin ellos no pudiera lograr mis objetivos.

Mi agradecimiento muy especial al Dr. Jorge Leonidas Ruiz Cardenas por su asesoría y ayuda constante durante todo el desarrollo de la tesis y la confianza depositada en mí.

A la Dra. Tania Belú Castillo Cornock por su gran ayuda en la presente investigación

A la ONG Mundo Amor por abrirme las puertas para el desarrollo de la presente investigación. A los Doctores quienes me ayudaron con sus respectivos conocimientos es las diferentes fases de esta investigación: Mg.C.D. Cordova Salinas Imer

Mg.C.D. Puccinelli Wang Marco Antonio

M.g.C.D. Alayza Carrera Geovana

## INDICE

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	viii
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION INVESTIGACIÓN .....	9
1.1 Situación problemática .....	9
1.2 Formulación del problema .....	10
1.3 Delimitación de la Investigación .....	10
1.4 Justificación e Importancia de la Investigación .....	10
1.5 Limitaciones de la investigación .....	11
1.6 Objetivos .....	11
CAPITULO II: MARCO TEORICO .....	13
2.1 Antecedentes de la Investigación .....	13
2.2 Bases Teóricas .....	16
2.3. Definición de términos básicos: .....	32
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO .....	33
3.1. Tipo y diseño de la investigación: .....	33
3.1.1. Tipo de investigación: .....	33
3.1.2. Diseño de la investigación: analítico relacional. ....	33
3.2. Población y muestra .....	33
3.3. Hipótesis.....	34
3.4. Variables .....	35
3.5. Operacionalización .....	36
3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	37
3.7. Procedimiento para la recolección de datos. ....	38
3.8. Análisis Estadístico e interpretación de los datos .....	40
3.9. Criterios éticos .....	41
3.10 Criterios de rigor científico .....	41
CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS .....	42
4.2. DISCUSIÓN .....	51
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	53
5.1. Conclusiones: .....	53
5.2. Recomendaciones .....	554
Bibliografía .....	55
Anexos.....	60

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y la higiene bucal de estos mismos niños en la ONG Mundo Amor Chiclayo- Lambayeque-Perú, la muestra fue de 70 padres y sus respectivos hijos con habilidades diferentes (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo).

En la primera parte de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas, dividido en cuatro partes: 3 preguntas sobre elementos de higiene bucal, 3 preguntas sobre hábitos de higiene bucal, 3 preguntas sobre patología bucal relacionada a higiene bucal y 3 preguntas sobre técnicas de higiene bucal.

En la segunda parte de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con habilidades diferentes. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 66% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 73%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un  $p < 0,05$  y una correlación inversa regular,  $p = -0,53$  con un  $p < 0,05$  es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.

**Palabras clave:** Nivel de conocimiento, Higiene bucal, Índice de Higiene bucal, Habilidades diferentes.

## ABSTRACT

This research was aimed to relate the level of knowledge about oral hygiene of parents of children with different abilities and oral hygiene of these same children at the NGO World Love Chiclayo- Lambayeque-Peru, the sample was 70 and their parents children with different abilities (Down syndrome, mental retardation, autism).

3 questions about elements of oral hygiene habits 3 questions about: the first part of the investigation the level of knowledge about oral hygiene in parents, which was used as an instrument a questionnaire of 12 questions divided into four parts is evaluated oral hygiene, 3 questions about oral pathology related to oral hygiene and 3 questions about oral hygiene techniques.

In the second part of the research we evaluated the oral hygiene index of children with different abilities. The results obtained in the investigation determined a regular level of knowledge on the parents, with 66% and the index of oral hygiene found in children was bad with 73%, establishing a statistically significant relationship between IHO children and level of parental knowledge, with  $p < 0.05$  and a regular inverse correlation with  $p = -0.53$   $p < 0.05$  is a level of knowledge in the parents regulate related to a bad IHO in children.

**Keywords:** Skill level, oral hygiene, oral hygiene index, different skills

## **INTRODUCCIÓN**

El conocimiento es muy importante para la prevención de las enfermedades odontoestomatológicas y más aún en niños con habilidades diferentes, en diciembre del año 2005 la OMS (Organización Mundial de la Salud), informó que en el Perú existe un aproximado de 2.5 millones de personas con alguna discapacidad, el mismo informe dio como resultado que sólo 27.000 personas tienen cobertura educativa y que no existe oficialmente programas preventivos en salud bucal en el Perú.

El presente trabajo de investigación dará a conocer algunos aspectos sobre el nivel de conocimiento en higiene bucal de padres de niños con habilidades diferente ( 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 discapacitados son las personas más cercanas a ellos: los padres que en muchos casos transmiten sus conocimientos que pueden perjudicarlos, por esto es importante saber el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades diferentes sobre higiene bucal y conocer con mayor detalle la realidad del nivel de conocimiento actual.

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



## **CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION INVESTIGACIÓN**

### **1.1 Situación problemática**

La buena salud bucal de los pacientes con habilidades diferentes afectados con discapacidades físicas y psicológicas ha motivado a varios autores demandar la participación de los padres de familia, educadores y profesionales especializados.

Castañeda y Rodríguez en el año 2001(Habana) concluyeron que para realizar mejores tratamientos bucales en pacientes con habilidades diferentes se requiere el apoyo de la familia de tal manera que los padres de familia se comprometan y se responsabilicen de la higiene bucal de su niño que presenta habilidades diferentes, para obtener una mejor salud bucal.<sup>1</sup>Es decir la base de todo es el conocimiento, pero ¿Cuánto saben los padres? , ¿De dónde se debe partir? Y ¿Adónde 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 de los niños, especialmente en los niños con habilidades diferentes. Debido a que ellos no pueden valerse por sí mismos, por lo que esta dependencia es primordial. Sin embargo a pesar que es una población numerosa aun no existen programas preventivos oficiales a nivel nacional para este tipo de pacientes, siendo los niños los más perjudicados.<sup>1</sup>

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

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y su relación con la higiene bucal realizada en la ONG Mundo Amor, Chiclayo 2015?

## **1.3 Delimitación de la Investigación**

La presente investigación ha sido realizada en los padres de los niños con habilidades diferentes y en los niños con habilidades diferentes que forman parte de la ONG Mundo Amor, ubicada en la calle Manuel Cadenillas N°245, distrito Chiclayo, provincia de Chiclayo, departamento de Lambayeque.

## **1.4 Justificación e Importancia de la Investigación**

Sabiendo que los niños con habilidades diferentes están expuestos a enfermedades bucales, es de suma importancia que los Padres de estos niños conozcan sobre los métodos y cuidados de higiene Oral para los niños discapacitados. En la ONG Mundo Amor de niños con habilidades diferentes no existe ningún estudio que demuestre el nivel de conocimiento de los Padres sobre la higiene oral.

En el Perú no existen oficialmente, programas preventivos de higiene bucal para niños discapacitados. Debido a esta discapacidad necesitan la ayuda de sus padres, el presente trabajo de investigación establecerá el grado de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y de esta manera obtener un resultado real para tener una base y así proponer un plan preventivo, eficaz y viable en el futuro

sobre higiene bucal y medidas preventivas que ayude a los padres a aprender más sobre higiene bucal y métodos preventivos ya que si se integra el conocimiento de los padres en sus niños adecuadamente, se podría lograr altos niveles de éxito en la prevención de la salud oral . De esta manera, la aplicación del conocimiento nos daría como consecuencia una salud bucal y por lo tanto contribuiría a la salud general y la presente investigación sería la base para futuros proyectos e investigaciones en esta población.

### **1.5 Limitaciones de la investigación**

Durante el proceso de ejecución de la investigación, se encontraron las siguientes:

La falta de cooperación en un inicio de los niños con habilidades diferentes, que no querían que se les realice la toma de índice de higiene bucal.

### **1.6 Objetivos**

#### **Objetivo general**

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y la higiene bucal de los niños realizada en la ONG Mundo Amor, Chiclayo 2015.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños con habilidades diferentes.
2. Determinar el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en padres de niños con habilidades diferentes.

3. Determinar el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal en padres de niños con habilidades diferentes.
4. Determinar el nivel de conocimiento sobre patología bucal relacionada con higiene bucal en padres de niños con habilidades diferentes.
5. Determinar el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal en padres de niños con habilidades diferentes.
6. Determinar el Índice de Higiene Oral de los niños con habilidades diferentes.

## CAPITULO II: MARCO TEORICO

### 2.1 Antecedentes de la Investigación

**CABELLOS D. <sup>2</sup> (2006)**. En su estudio titulado "Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en centro Ann Sullivan del Perú ".Realizó una investigación cuantitativa ,observacional y relacional que 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 17 hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, en 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 correlación inversa regular,  $p = -0,58$  con un  $p < 0,05$ .

**LAMAS L.<sup>3</sup>(1999)**. En su estudio titulada "La enfermedad periodontal y el nivel de deficiencia intelectual en individuos de la Ciudad de Lima- Perú". Realizo un estudio observacional , relacional al evaluar el Índice de Placa Bacteriana para cada uno de los grupos de estudio, consideró la presencia o ausencia de placa bacteriana, encontrándose que los individuos con Síndrome Down presentaron una mayor prevalencia de sitios periodontales (SP) con presencia de placa bacteriana (98,8%) al ser comparados con

individuos con Retardo mental (98,6%). Con relación al Índice de placa bacteriana se pueden observar que en el grupo de 10 a 19 años los individuos con Síndrome Down presentan una menor prevalencia de SP con placa bacteriana (97,5%) con respecto a los otros grupos de edades , en los individuos con Retardo mental los resultados son mucho más homogéneos (entre 98 y 100%) estadísticamente se observa una diferencia altamente significativa con respecto a la distribución de los SP con presencia de placa bacteriana en los grupos de edades tanto para individuos con Síndrome Down como para los de Retardo mental. ( $p < 0,001$ ).

**WHYMAN<sup>4</sup> (1995)**. En su estudio titulada “The oral health of longterm residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill”. Realizo un estudio observacional donde se evaluó la salud bucal de 207 discapacitados mentales en un hospital de Nueva Zelanda obteniendo altos índices de placa bacteriana y cálculo dental , y enfermedad periodontal en un 83,5% de los pacientes, la aplicación de agentes químicos y de implementos fluorados fue de baja eficacia ya que la principal causa para esos altos índices de placa bacteriana fue dado por la falta de orientación sobre higiene bucal en los padres y en los niños y también se dio por la falta de programas de entrenamiento tanto para educadores como para padres.

**VAN GRUNSVEN et al.<sup>5</sup> (1990)**. En su estudio titulada “ Psycho social aspects of dental care for the handicapped. An investigation into dental care for the handicapped children living at home” .Realizaron una investigación en los países bajos de tipo observacional y relacional sobre niños Impedidos que viven en sus hogares, analizando aspectos psicosociales del cuidado oral, determinaron los factores que tienen parte decisiva en el cuidado dental para niños impedidos que viven en sus hogares. Los

resultados fueron: los padres experimentaron muchos problemas en mantener la higiene oral. Los dentistas percibieron muchas patologías, alteraciones y niveles altos índices de higiene oral con un 84%(mal higiene oral), todo por causa del inadecuado conocimiento y entrenamiento.

**PIEPER & HUTTMANN.<sup>6</sup> (1989).** En su estudio titulada “Caries and gengivits prevention in handicapped children and youth”. Realizaron un estudio longitudinal en Alemania con 104 pacientes con deficiencia mental y física y 104 niños con problemas y disturbios en la alfabetización .Un programa educativo y preventivo fue ejecutado durante 5 años analizándose los índices de higiene oral de los niños periódicamente, los resultados arrojaron que al inicio el índice de higiene oral era malo con un 64.0%(mayor) y el índice de higiene oral final disminuyó considerablemente en un 35% (índice de higiene oral menor).

**TORRES Y.<sup>7</sup>( 1976 ).**En su estudio titulado “Incidencia y Prevalencia de enfermedad gingival en niños especiales El síndrome Down en nuestro medio”. Realizo una investigación en Perú de tipo cualitativa, observacional sobre incidencia y prevalencia de la enfermedad gingival en niños con Síndrome Down, evaluó 52 niños de ambos sexos en edad de 16 a 19 años en el Centro Piloto de Parálisis Cerebral de Mongolismo “Acuarius” y el Instituto para Niños Excepcionales No 6 de Lima.

Los resultados indicaron 88.46% tuvo inflamación gingival, la prevalencia y severidad de la gingivitis en la zona anterior y posterior fue similar, a predominancia del maxilar inferior. Concluye que el factor etiológico principal del problema inflamatorio fue la pobre higiene dental acondicionada por la deficiencia mental.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **Teoría del Conocimiento**

El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia .<sup>8,9</sup>

La capacidad de recordar, por otra parte, implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso .Los objetivos del conocimiento subrayan sobre todo los procesos psicológicos de evocación .<sup>8</sup>

El conocimiento implica según varios autores todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, etc.

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

El paciente niño especial o discapacitado es aquel cuya condición física, mental clínica o social le impide alcanzar su pleno desarrollo en comparación con otros niños de su misma edad <sup>10</sup>. En el acta de rehabilitación de 1973 se define como “Persona incapacitada” como aquella 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.<sup>11,12</sup>

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.

### **Síndrome Down**

#### Definición

El Síndrome de Down es el desorden cromosoma más común, descrito por primera vez por Langdon Down en 1866. El síndrome de Down es una enfermedad provocada por anomalías cromosómicas, es la presencia de 47 cromosomas en lugar de 46 que se encuentran normalmente. Es causado por la presencia de un cromosoma suplementario en el par 21, este cromosoma adicional flota libremente en el núcleo de la célula o está situado en la parte superior de otro cromosoma .<sup>13</sup>

#### Manifestaciones orales<sup>14</sup>

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

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

#### Gingiva<sup>15</sup>

Los pacientes con Síndrome Down tienen gran prevalencia de enfermedad periodontal y su inicio suele ser desde edades muy tempranas, por ello es

frecuente encontrar gingivitis marginal inflamatoria crónica difusa y formación de bolsas en la región de los incisivos inferiores. Existen factores condicionantes de estas alteraciones como son: la malposición dentaria, la deficiente higiene oral y una mayor susceptibilidad a las infecciones. Otra característica interesante es la elevada incidencia de gingivitis ulceronecrotizante aguda, observándose papilas interdentarias ulceradas cubiertas de una capa grisácea.

#### Oclusión:

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

3

#### Enfermedades más prevalentes

Enfermedad periodontal: la mayor susceptibilidad a esta enfermedad podría deberse a un error congénito de los mecanismos autoinmunitarios alterados en la composición y metabolismo de diferentes productos de la saliva. En el análisis de saliva se encuentra un considerable aumento de pH, sodio, calcio, ácido úrico y bicarbonato, con velocidad de secreción disminuida, esto contribuirá a la propensión de la enfermedad periodontal, pero también a un índice bajo de caries.

### **Autismo**

#### Definición

Es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Se da

aproximadamente en 15 de cada 10,000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas. Se encuentra en todo tipo de razas, 16 etnias y clases sociales en todo el mundo .

### Etiología

La etiología del autismo hoy en día es incierta. Existe evidencia de que el autismo es un desorden neurológico de base orgánica. Cuyas posibles causas sean trastornos pre y perinatales y anomalías cromosómicas .<sup>17</sup> C

### Signos y síntomas

Las principales características involucran dificultades con la interacción y comunicación social, intereses limitados y conductas repetitivas .<sup>18</sup> C

### Aspecto odontológico

El autismo no se caracteriza por alteraciones específicas a nivel bucodental. La situación oral va a depender, en gran medida, de la higiene diaria dental así como de una adecuada dieta no cariogénica, A nivel bucodental hay que buscar signos de erosiones dentales debidas a la regurgitación de la comida y del contenido gástrico por reflujo gastroesofágico ,bruxismo que puede aparecer en el 20-25% y caries . Los padres pueden observar que el niño deja de comer, ya que su umbral para el dolor es alto y determinar la presencia de patología dental puede ser muy difícil.<sup>19</sup>.

### Atención Odontológica

En la atención Odontológica, para un niño autista dependerá del grado de retraso mental y del grado de desarrollo del lenguaje del niño. Generalmente es un problema en el manejo odontológico por lo cual las drogas sedantes han resultado beneficiosas para tratar a estos niños.<sup>19</sup> Sin embargo los niños que hayan sido objeto de una extensa terapéutica para alentar su socialización podrían ser más aptos para la experiencia odontológica.

Además se ha observado que el sonido de la pieza de alta velocidad es muy desconcertante para estos niños por lo tanto debe adoptarse precauciones

### **Retardo Mental.**

#### Definición

El Retardo Mental (RM) se define como una condición caracterizada por una capacidad intelectual significativamente menor que el promedio de la población total. Produce disturbios en el aprendizaje y la socialización asociados a desajustes en la conducta adaptativa del individuo.<sup>14</sup>

Aproximadamente en cada país el 1% de la población tiene retraso mental. Empieza antes de la madurez y tiene un efecto duradero en el desarrollo, produciendo<sup>20</sup>

Reducción de las habilidades para arreglárselas independientemente (daño de la función social).<sup>21</sup>

La reducción de las habilidades para entender informaciones nuevas y aprender nuevas habilidades (daño de la inteligencia).

## Etiología

La etiología, entre el 30 y el 50% de los casos, es desconocida. Se estima que entre las causas que originan discapacidad intelectual, un 30-40% es de causa genética, y entre el 15 y el 30% de causa ambiental, incluyendo la etapa perinatal.

## Aspectos bucales

Cuanto mayor es el grado de discapacidad intelectual, mayores dificultades el paciente experimenta al masticar, mayor permanencia de los alimentos en la boca, dificultades para tragar, dificultad para mantener una higiene oral aceptable y, como consecuencia, los pacientes con afectación severa presentan una mayor proporción de caries, gingivitis y enfermedad periodontal. Estos pacientes, con frecuencia, presentan bruxismo, babeo y también pueden presentar conductas auto lesivas.

La maloclusiones es constantes a consecuencias de las disfunciones orales y la alteración del tono muscular. Predomina las situaciones de mordida abierta, paladar

ojival, compresión maxilar, distoclusión, apiñamiento y fracturas dentales, ya que, con frecuencia, estos pacientes tienen caídas accidentales al

fallarles el apoyo por la falta de reflejos<sup>22</sup>

## **Atención Odontológica**

En la atención Odontológica para una persona retrasada mental, el odontólogo requerirá ajustarse a la inmadurez social, intelectual y emocional. Los niños retrasados mentales en el tratamiento odontológico se caracterizan por su reducido tiempo de atención, inquietud, hiperactividad y conducta emocional errática, el odontólogo debe evaluar el grado de retraso

mental. Estos niños pueden ser manejados por el odontólogo si le dedica tiempo y un poco de esfuerzo .<sup>10</sup>

### **Características de enfermedades bucales en pacientes con habilidades diferentes.**

#### **I. Pacientes discapacitados**

Un problema de salud común a toda la población con minusvalías es la salud bucal.

Podemos observar una deficiente higiene bucodentaria con elevados índices de placa, gingivitis y presencia de cálculo, así como la alta prevalencia de enfermedad periodontal.

La caries también representa un problema muy frecuente; no deben olvidarse factores como las dietas blandas y ricas en azúcares que en muchas ocasiones se les dan.

Los pacientes que están tomando psicofármacos pueden presentar pérdidas importantes en la tasa de flujo salival durante largos períodos de tiempo, lo que favorecerá la aparición de caries rampantes, afecciones gingivales y de otros tejidos blandos.<sup>1</sup>

#### **Pacientes con retraso mental**

Al nivel buco dentario, podemos encontrarnos con alteraciones morfológicas que se relacionan con la enfermedad que produce el retraso mental. Pueden aparecer anomalías en la morfología dentaria y en el patrón eruptivo como hipoplasias de esmalte o una erupción retrasada; un paladar alto con hipoplasia maxilar, maloclusiones con tendencia a clase II de Angle y mordida abierta, y retención en la dentición primaria.

Son muchas las causas orgánicas o síndromes que pueden dar lugar o acompañarse de retraso mental (RM). Por ello debemos considerar en la clínica dental las posibles alteraciones sistémicas independientemente de los problemas de manejo de conducta. El manejo clínico-odontológico de estos pacientes en general dependerá del nivel de retraso mental y de la patología.<sup>1</sup>

### **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.<sup>24,25.</sup>

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.<sup>24</sup>

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. <sup>24</sup>

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 grampositivos incluidos en una matriz amorfa.

En la superficie de la placa se observan cocos, bacilos y en ocasiones leptothrix. <sup>25</sup>

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 gramnegativos 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. <sup>25</sup>

La placa bacteriana tiende a calcificarse, al hacerlo aumenta el número de filamentos gramnegativos.<sup>25</sup> 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. Hasta la fecha la forma más segura de control de placa es la limpieza mecánica con cepillo dental y otros auxiliares de la higiene bucal. El control de placa es una de las claves de la práctica de la odontología.



### **Hábitos de higiene bucal**

Hace más de cuatro décadas Fosdick comunicó una reducción de la incidencia de caries del 50 % en un período de 2 años, en un grupo de 523 estudiantes a quienes se les dijo que se cepillasen los dientes antes de pasados 10 minutos de terminar cada comida.

En 384 niños de 9-13 años residentes en una comunidad de Nueva York, berenie et al investigaron la relación de la frecuencia del cepillado de los dientes y la caries dental. De los niños estudiados el 37 % se cepillaban una vez al día, otro 37 % lo hacían dos veces al día y el 13 % lo hacía por término medio menos de una vez al día .Estos investigadores comprobaron que el hábito de cepillarse los dientes se asociaba a una tendencia a la reducción de los índices de caries. Así mismo, el incremento de la frecuencia de cepillado diario de los dientes fue lo que influyó de modo más positivo sobre su nivel de higiene oral. <sup>26</sup>

Está demostrado que el cepillado de los dientes disminuye el número de gérmenes orales, sobre todo cuando se hace después de cada comida, el cepillado también elimina grandes cantidades de restos alimentarios y de material de la placa dental. <sup>26</sup>

### **Higiene bucal**

Las enfermedades dentales son las bacteriosis más frecuentes en humanos aunque recientemente se informó de una disminución de la incidencia de caries dental, millones de personas entre niños y adultos están afectados por la enfermedad periodontal, anodoncia, y maloclusiones gran parte de lo cual se evitará si pusieran en práctica un programa diario de prevención y recibieran cuidados odontológicos de manera periódica.

Las enfermedades dentales son prevenibles y el dolor bucal innecesario. Una generación sin enfermedades bucales podría ser realidad. <sup>26,27,28</sup> La

caries y la enfermedad periodontal tienen su inicio en constante aposición sobre la superficie del diente de glicoproteínas que forman **la placa bacteriana** y por tanto la remoción de la misma es la premisa principal en la prevención de aquellas.

### **Uso del hilo dental**

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

<sup>14</sup>  
bucales ·

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

<sup>29</sup>  
Beneficio

### **Higiene en la dentición decidua**

Higienizar la boca del niño cuando aparezca el primer diente es muy importante no se debe esperar a que erupcione todos los dientes sino la caries estaría instalada. El principal microorganismo involucrado en el proceso es el *Streptococcus mutans* que la mamá o las personas cercanas transmiten al bebé, lo mejor es efectuarle la higiene una vez al día frotando con una gasa los dientes y encías a medida que pasa el tiempo el bebé se acostumbra a la limpieza diaria .La higiene es más importante en la noche ya que el flujo salival desciende .Los padres deben realizarle una técnica de cepillado sencilla y de forma correcta. <sup>30</sup>

La técnica de barrido es la más recomendada de forma horizontal sin olvidar ninguna superficie por afuera y por adentro incluida la zona de corte y trituración de los alimentos. La infancia es la edad ideal para su aprendizaje.

28

### **Hábitos dietéticos**

Cuando se estudia la caries debe intentarse averiguar los hábitos dietéticos de todos los pacientes para reducir el efecto. Estudios afirman que existe una relación entre la dieta y la caries dental ,en consecuencia, debe hacerse un especial hincapié sobre este punto .Existe también evidencias que el comer entre comidas y la frecuencia con que se come están relacionados con la incidencia de la caries dental.

Gustafsson et al en un estudio controlado acerca de la caries dental , observaron una baja actividad de esta en un grupo de pacientes con dieta rica en grasas, pobre en hidratos de carbono y exenta en la práctica de azúcar .Al dar caramelos entre las comidas se observó un aumento significativo en el número de lesiones .Sin embargo ,como un suplemento en la dieta , no produjo caries .Estos investigadores concluyeron que la actividad de la caries dental aumentaba con el consumo de azúcar si este se daba de una forma fácilmente retenible en la superficie de los dientes .Cuanto más a menudo se consumiera entre las comidas este tipo de azúcar, mayor sería la tendencia a presentar un aumento de caries dental.

31,32,33

Macken en un estudio de niños en una institución con una dieta adecuada a la que solo se añade azúcar entre las comidas, observó que la adición de más hidratos de carbono a la dieta en forma de dulces no producía un incremento importante de la caries dental, aunque los niños no los

consumían entre las comidas y, además, se les recomendaba que se cepillasen los dientes después de las mismas. <sup>34,35</sup>

### **Dieta cariogénica**

La dieta desempeña un papel central en el desarrollo de la caries dental. Observaciones tanto en el hombre como en animales y en el laboratorio (Invitro) han demostrado claramente la relación entre el consumo frecuente de hidratos de carbono y la alta actividad criogénica, los efectos locales de la dieta sobre el metabolismo de la placa y especialmente en la producción de ácido se consideran que son más importantes para la caries que los efectos nutricionales. <sup>31,34.</sup>

Numerosos estudios epidemiológicos en todo el mundo, durante el siglo XX, han demostrado que el predominio de caries es bajo en las poblaciones que siguen un modo de vida primitivo, y una dieta de productos locales con poco azúcar. Invariablemente se observa un drástico incremento en la caries cuando estas poblaciones mejoran con el estándar de vida y adoptan una dieta moderna, con un alto contenido de azúcar y productos azucarados. De esta manera el deterioro dental rápido ha sido documentado en los primeros estudios sobre tribus africanas, esquimales norteamericanos. <sup>31</sup> Un estudio reciente, que utiliza información sobre azúcar en diversos países, demostró una correlación significativamente positiva entre la cantidad de azúcar disponible.

Cápita de un país y el predominio de caries para los niños de 12 años.

### **ASESORAMIENTO DIETÉTICO**

Se conoce la relación directa entre dieta rica en hidratos de carbono y caries. Después de numerosos estudios comparativos se ha podido llegar a las siguientes conclusiones:

1. El riesgo de caries es mayor si el azúcar es consumido entre comidas, que durante las mismas.
2. El riesgo es mayor cuando el azúcar va incorporado a alimentos viscosos. Concluyendo es necesario actuar sobre los hábitos dietéticos de los niños, motivándolos para que coman de forma equilibrada en las horas habituales y alimentos de bajo contenido en azúcares refinados (glucosa, fructosa, sacarosa). Por lo tanto:

Los niños deben finalizar sus comidas con frutas fibrosas.

Desde recién nacidos se debe acostumbrar a los bebés a tomar las cosas naturales sin agregados de azúcar o miel.

Prestar atención a los contenidos de los medicamentos, ya que muchos de ellos vienen endulzados para facilitar la aceptación de los niños, afectando los dientes a largo plazo.<sup>35</sup>

Alimentos criogénicos (con contenido de glucosa, fructosa o sacarosa): mermelada, fruta fresca y seca, mostaza, ketchup, cornflakes, galletas, bebidas instantáneas en polvo, yogurt edulcorado, helados, chocolates. Otro factor que también influye en la cariogenicidad de los alimentos es el pH. Debe evitarse el pH ácido sobre la superficie del esmalte dental, principalmente entre comidas, para que el organismo disponga del tiempo necesario hasta que puedan actuar los mecanismos naturales de remineralización.

### **Índices de higiene oral**

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

El Índice C.P.O fue un introducido por primera vez por Klein y Palmer (1938) posteriormente aparecieron los índices de Rusell (1956) y Ramfjord (1959) diseñados 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 (si 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.

El índice de higiene oral de **Ori** es el que relaciona con el test de Hu-dbi.<sup>36</sup>

### **Índice de higiene oral simplificado**

Green y Vermillon elaboraron el índice de higiene oral en 1960, y luego lo simplificaron para incluir solo seis superficies dentarias, el estado de higiene oral se mide únicamente en superficies de dientes completamente erupcionados o han alcanzado el plano oclusal, solo se adjudica puntajes a seis piezas dentarias.

En cada uno de los segmentos posteriores se examina el primer diente erupcionado por completo hacia distal del segundo premolar o en el segundo molar deciduo (en dentición mixta), por lo general, aunque no siempre, es el primer molar permanente. Se adjudican puntajes a las superficies vestibular del incisivo central superior derecho y del incisivo central inferior izquierdo (temporal o deciduo, según edad)

Se puede utilizar el incisivo central del lado opuesto si está ausente el diente por evaluar.

El examen de D-S (diente-superficie) en placa blanda se ejecuta, tiñendo las superficies a examinar con líquido revelador de placa o frotando el explorador desde el tercio incisal hacia gingival.<sup>3</sup>

#### **TIPO DE DIENTE POR EVALUAR Y LA SUPERFICIE A EVALUAR.**

Molar superior derecho superficie vestibular.

Molar superior izquierdo superficie vestibular.

Molar inferior derecho superficie lingual.

Molar inferior izquierdo superficie lingual.

Incisivo central superior derecho superficie vestibular.

Incisivo central inferior izquierdo superficie vestibular.

El resultado por persona se obtiene sumando los resultados de los puntajes de cada superficie dividida entre el número de superficies examinadas y su rango es de 0-3.

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.

#### **PAPEL DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

El niño y sus padres deben ser conservadores permanentes de las normas higiénicas- sanitarias, pero en esta labor participarán también el equipo de salud, los educadores y otros sectores sociales<sup>29</sup>

Ante las limitaciones médicas, físicas y sociales que dificultan el tratamiento odontológico de los niños con discapacidad, es muy importante

la vinculación de los padres en las tareas de la educación para la salud de los mismos, ya que así la influencia educativa sobre ellos será

<sup>21</sup>  
directa

### **2.3. Definición de términos básicos:**

#### **Conocimiento:**

Es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia. <sup>9</sup> **Nivel de**

#### **conocimiento:**

Aprendizaje adquirido estimado en una escala. Puede ser cualitativa (ejemplo: excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ejemplo: De 0 a 20).<sup>3</sup>

#### **Discapacidad:**

Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano .<sup>14</sup> **Salud bucal:**

Estado de completa normalidad anatómica y funcional de los dientes y periodonto, así como partes vecinas a la cavidad oral y las diversas estructuras relacionadas a la masticación <sup>32</sup>

**Higiene bucal:** Referido al grado de limpieza y conservación de los dientes y elementos conjuntos.<sup>3</sup>

**Prevención en salud bucal:** Dirigido a reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades bucales. Definido por tres niveles, el primario, se consigue con promoción y protección específica, el secundario, mediante un



diagnóstico temprano y el terciario, mediante la limitación de la incapacidad.<sup>3</sup>

## CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

### 3.1. Tipo y diseño de la investigación:

#### 3.1.1. Tipo de investigación:

Cuantitativo, observacional, Prospectivo, transversal, relacional.

#### 3.1.2. Diseño de la investigación: analítico relacional.

Según el análisis y alcance de los resultados es **observacional** porque no hay manipulación de variables, **cuantitativo** ya que emplea análisis estadístico para lograr objetivos del estudio, **prospectivo** porque el investigador planificara la recolección de datos **y relacional** ya que relacionara dos variables determinando el nivel de conocimiento de un grupo de padres de niños discapacitados en relación con el Índice de Higiene Oral de sus niños. Así mismo según el período y secuencia del estudio es **transversal** puesto que se recolectaron los datos en un determinado período de tiempo, según un cronograma concertado por el Centro, donde serán llenadas las encuestas sobre el nivel de conocimiento por los padres de niños discapacitados y se tomará el Índice de Higiene Oral a los niños.

### **3.2. Población y muestra**

Población: estuvo constituida por 92 padres de niños con habilidades diferentes y 92 niños con habilidades diferentes de la ONG Mundo Amor.

Muestra: Se trabajó con la población que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo ésta conformada por 70 padres y sus 70 hijos con habilidades diferentes.

#### **Criterios de inclusión:**

Padres de niños con diagnóstico de las siguientes discapacidades, Autismo, Retardo mental y Síndrome de Down.

Padres de pacientes con discapacidad que tengan como lengua materna el español.

Niños con habilidades diferentes inscritos en la ONG Mundo Amor.

Padres de familia cuyos hijos hayan sido evaluados en la toma de IHOS

#### **Criterios de exclusión:**

Padres de familia que dejen a sus hijos al cuidado de los apoderados.

Niños que en la ficha de matrícula no registren discapacidad intelectual.

### **3.3. Hipótesis**

A mayor nivel de conocimiento de higiene bucal de los Padres, menor índice de higiene bucal del niños.

### **3.4. Variables**

**VARIABLE DE INTERES:** Nivel de conocimiento en higiene bucal de los padres de familia.

**VARIABLE DE ASOCIACIÓN:** La higiene Bucal de niños con habilidades diferentes.

### 3.5. Operacionalización

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de variable	Escala de medición	Técnica e instrumentos de recolección
Nivel de Conocimiento de higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes .	Conocimiento previo sobre higiene bucal acumulados a través del tiempo y los cuales han sido obtenidos por diferentes medios .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elementos de higiene bucal.</li> <li>• Hábitos de higiene bucal</li> <li>• Patología relacionada con la higiene bucal</li> <li>• Técnica de cepillado</li> </ul>	<p><b>Por cada dimension de la encuesta:</b></p> <p>BUENO (3 aciertos)            REGULAR (2 aciertos )            MALO ( 0-1 aciertos)</p> <p><b>En general:</b></p> <p>BUENO (9- 12 aciertos).            REGULAR (5- 8 aciertos).            MALO (0-4 aciertos).</p>	Cualitativa	ordinal	<p>Instrumento: Cuestionario</p> <p>Técnica: Encuesta</p>
Higiene Bucal	Conjunto de hábitos para la remoción de restos alimenticios, evitando caries y enfermedad periodontal. <sup>6</sup>		<p>Indice de Green y Vemmillon</p> <p><b>Bueno</b> 0 a 0,6  <b>Regular</b>0,7 a 1,8  <b>Malo</b> 1,9 a 3,0</p>	Cualitativa	Ordinal	Fichas



### **3.6. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la realización del presente estudios se utilizó la técnica de encuesta para la variable nivel de conocimiento sobre higiene bucal, ya la técnica de observación clínica para la variable higiene bucal.

**Instrumento:** Cuestionario (Anexo N°02), Registro IHOS-S(Anexo N°03).

#### **Materiales:**

Para la examinación bucal:

01 caja de Baja lenguas

02 frascos de revelador de placa.

01 paquete de hisopos estériles

01 caja de guantes de examen

01 caja de mascarillas

05 paquetes de Campos de trabajo

Para el llenado de la ficha de recolección de datos

10 lapiceros (Azul y Negro)

01 Corrector

01 Paquete de Hojas bond

Impresora

Cámara fotográfica

### **3.7. Procedimiento para la recolección de datos.**

Se solicitó autorización por escrito a la Sra. Angélica Torres Molocho (Presidenta de la ONG Mundo Amor) para realizar la ejecución de la investigación (Anexo N° 09)

La recolección de datos se realizó en la ONG Mundo Amor

Se entregó a la Sra .Angelica Torres Molocho a cargo de la ONG Mundo Amor los Consentimientos informados (Anexo N° 01) para que sean repartidos a los padres de familia y firmen aceptando lo solicitado.

Se seleccionaron a los Padres de los niños con habilidades diferentes y a los niños con habilidades diferentes de la ONG Mundo Amor, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Para la toma del cuestionario primero se pasó por juicio de expertos para la verificación del cuestionario se realizó la validación de éste, y se le sometió a pruebas de confiabilidad (Anexo N°03-04).

Para el llenado del registro del índice de higiene oral a través de la ficha IHOS, se realizó una respectiva calibración con una especialista y corroborar los resultados que sean iguales.

Se ejecutó por anticipado una muestra piloto al 10% del total de la población, esta se realizó en la ONG Mundo Amor y sirvió para unificar los criterios clínicos realizando pruebas de confiabilidad (Anexo N°04) para asegurar una mejor aplicación en la encuesta, observación y registro. La variabilidad ínter examinador fue determinada en un grupo de 10 padres de niños con habilidades diferentes y 10 niños con habilidades diferentes. La concordancia en el diagnóstico fue determinada a través del Coeficiente de Kappa, procedimiento estadístico que permite medir las variaciones en las observaciones clínica realizada (discrepancias y acuerdos) de una misma variable por dos o más observadores; lo cual nos indica que el instrumento para medir la variable tiene un grado de confiabilidad aceptable, validando su uso para la recolección de datos.(Anexo N° 0607).

Para la ejecución de esta investigación se realizó un cuestionario (Anexo N°02) conformado por 12 preguntas dirigida a los padres de los niños con habilidades diferentes referidas a higiene bucal, disgregado en cuatro partes, de acuerdo a los objetivos de la investigación:

La primera parte: elementos de higiene bucal.

La segunda parte: hábitos de higiene bucal.

La tercera parte: patología bucal relacionada con higiene bucal.

La cuarta parte: Técnica de higiene bucal.

En cada parte se realizó 3 preguntas, las cuales tuvieron respuestas de tipo cerradas, calificándose:

01 respuesta correcta: nivel de conocimiento malo

02 respuestas correctas: nivel de conocimiento regular

03 respuestas correctas nivel de conocimiento bueno

A nivel general de la encuesta la calificación fue:

0-4 preguntas acertadas: nivel de conocimiento malo.

5-8 preguntas acertadas: nivel de conocimiento regular.

9-12 preguntas acertadas: nivel de conocimiento bueno.

Se realizó la examinación bucal para obtener el índice de higienes bucal; esta se llevó a cabo en un ambiente físico con luz natural acondicionada para el llenado del registro de IHOS

El llenado de la ficha de observación y examinación se llevó a cabo en un lapso de aproximadamente diez minutos por niño.

Se ubicó al alumno semisentado en una silla, se le realizó un aprestamiento inicial para que colabore con el examen, se utilizó una solución reveladora de placa, aplicada con hisopos y con la ayuda de espejos bucales y baja lenguas se observó la tinción de esta solución en las superficies dentarias y se registró lo observado en una ficha de Índice de Higiene Oral.(Anexo N° 05).



Índice de Higiene Oral Simplificado: Tipo de diente por evaluar superficie:

Molar superior derecho vestibular

Molar superior izquierdo vestibular

Molar inferior derecho lingual

Molar inferior izquierdo lingual

Incisivo central superior derecho vestibular

Incisivo central inferior izquierdo vestibular

El resultado por alumno se obtiene sumando los resultados de los puntajes de cada superficie dentaria dividida entre el número de superficies examinadas y su rango es: 0-3

Los valores clínicos de higiene bucal para placa blanda fueron:

Bueno: 0.0 a 0,6

Regular: 0,7 a 1,8

Malo: 1,9 a 3,0

### **3.8. Análisis Estadístico e interpretación de los datos**

La información que se obtuvo fue analizada y procesada mediante el programa estadístico SPSS Versión 22.

Para realizar el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva, distribuciones de frecuencia, promedios, porcentajes, chi cuadrado, correlación de Spearman.

### **3.9. Criterios éticos**

El presente proyecto de tesis se desarrolló respetando los diversos principios jurídicos y éticos, como los derechos de autor y la confidencialidad de la información. El consentimiento informado fue firmado por los padres de los participantes. Para la ejecución de la presente investigación, se siguió los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

### 3.10 Criterios de rigor científico

Se cumplió con la presentación de datos fiables, codificados y protegidos. La credibilidad y estabilidad de los datos se presentó al utilizar instrumentos confiables. Los resultados podrán ser aplicados por otros estudios cumpliendo así los criterios de transferibilidad.

## CAPITULO IV: ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En la tabla y/o grafico 01; se observa que, el valor de chi cuadrado con respecto a la relación sobre nivel de conocimiento de padres y el Índice de higiene oral de niños se encontró una relación estadísticamente significativa, entre IHO y Nivel de conocimiento con un  $p < 0.05$  y una correlación inversa regular significativa, entre IHO y Nivel de conocimiento con un  $(-0.53) p < 0.05$ . Es decir a mayor nivel de conocimiento de los padres de niños discapacitados menor índice de higiene oral en los niños. Pero esta relación solamente se dio de manera regular en nuestro trabajo, ya que los resultados dieron un nivel de conocimiento regular en padres y un IHO malo en los niños discapacitados

Tabla N° 01

Nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños con habilidades diferentes y su relación con el Índice de higiene bucal de los niños con habilidades diferentes de la ONG Mundo Amor, Chiclayo, 2015

Índice de Higiene Oral	Bueno	F%	Regular	F%	Malo	F%	
Nivel de conocimientos	Bueno	5	7%	3	5%	1	1%
	Regular	2	3%	8	11%	36	52%
	Malo	0	0%	1	1%	14	20%
Total		7	10%	12	17%	51	73%

Fuente: aplicación de los cuestionarios

**Contingencia Nivel de conocimientos del Padre \* Indice de Higiene Oral Niño**

		Indice de Higiene Oral Niño			Total	
		Bueno	Regular	Malo		
Nivel de conocimientos del Padre	Bueno	Recuento	5	3	1	9
		% del total	7,1%	4,3%	1,4%	12,9%
	Regular	Recuento	2	8	36	46
		% del total	2,9%	11,4%	51,4%	65,7%
	Malo	Recuento	0	1	14	15
		% del total	0,0%	1,4%	20,0%	21,4%
Total	Recuento	7	12	51	70	
	% del total	10,0%	17,1%	72,9%	100,0%	

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,743 <sup>a</sup>	4	,000
Razón de verosimilitudes	24,473	4	,000
Asociación lineal por lineal	19,602	1	,000
N de casos válidos	70		

**Resultado del coeficiente de correlación de Spearman.**

		Valor	Error típ. asint. <sup>a</sup>	T aproximada <sup>b</sup>	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,652			,000
	V de Cramer	,461			,000

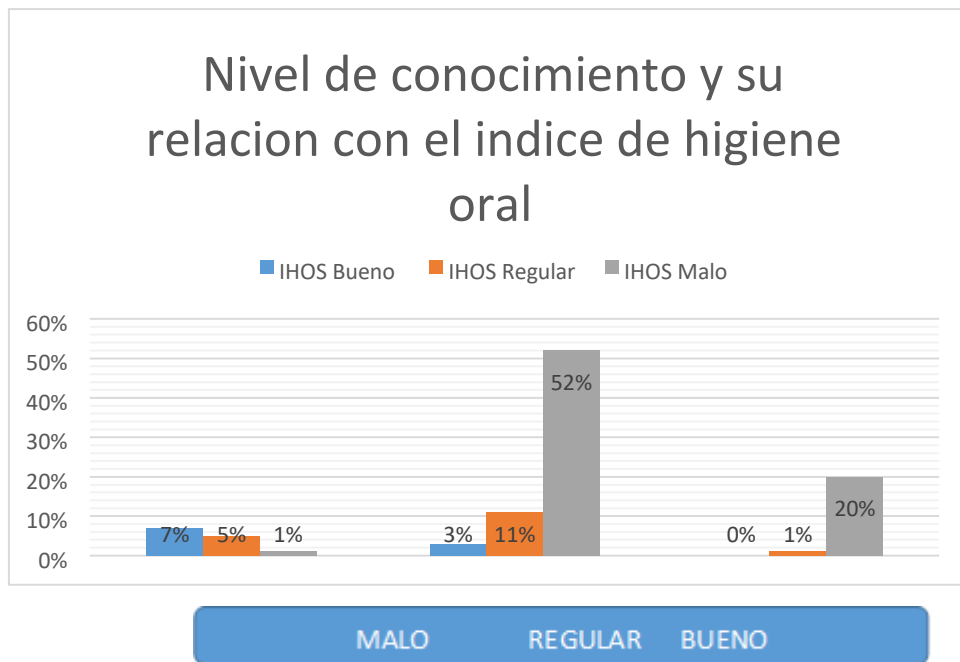
Intervalo por intervalo	Coeficiente de contingencia	,546			,000
Ordinal por ordinal	R de Pearson	,533	,087	5,195	,000 <sup>c</sup>
	Correlación de Spearman	,496	,096	4,710	,000 <sup>c</sup>
N de casos válidos		70			

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.
- c. Basada en la aproximación normal.

El coeficiente de correlación de Rho Spearman es de 0,533

Grafico N° 01

Nivel de conocimiento sobre higiene bucal en padres de niños con habilidades diferentes y su relación con el Índice de higiene bucal de los niños con habilidades diferentes de la ONG Mundo Amor , Chiclayo, 2015



Fuente: aplicación de los cuestionarios

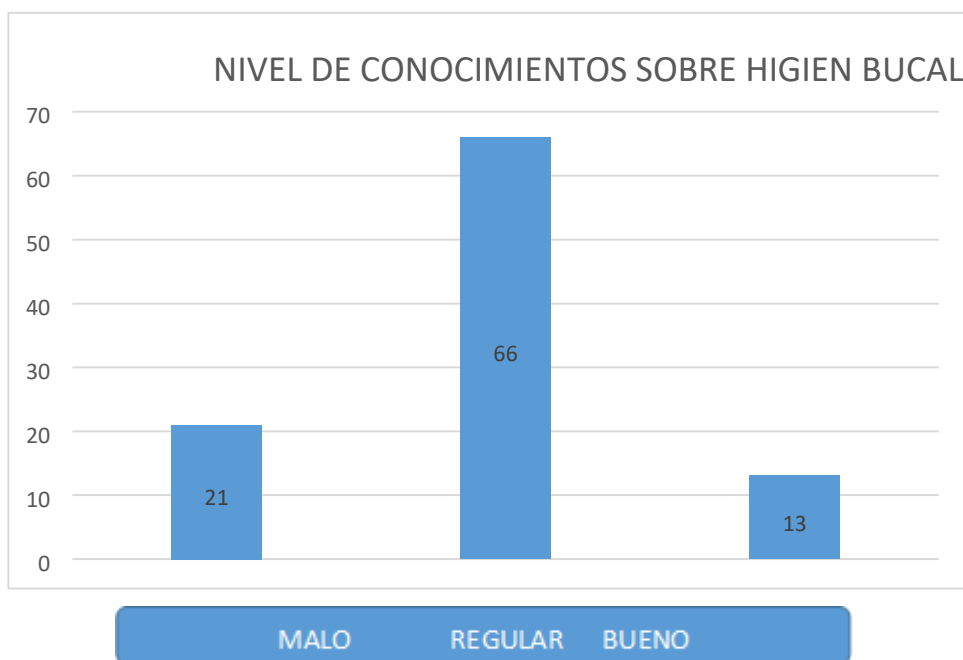
En la tabla y/o grafico 02, se observa que el 66% de los padres presenta regular nivel conocimiento de higiene bucal, mientras tanto el 21% presenta un mal nivel de conocimiento y el 13% en el nivel bueno de nivel conocimiento de higiene bucal.

TablaN° 02

Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de los niños con habilidades diferentes de la ONG Mundo Amor, Chiclayo 2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MALO	15	21%
	REGULAR	46	66%
	BUENO	9	13%
	Total	70	100%

Grafico N° 02



En la tabla y/o grafico 03, se observa sobre el nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal, obteniendo un 56 % en nivel bueno, mientras tanto el 10% presenta regular y el 6% mal nivel de conocimiento sobre de elementos de higiene bucal.

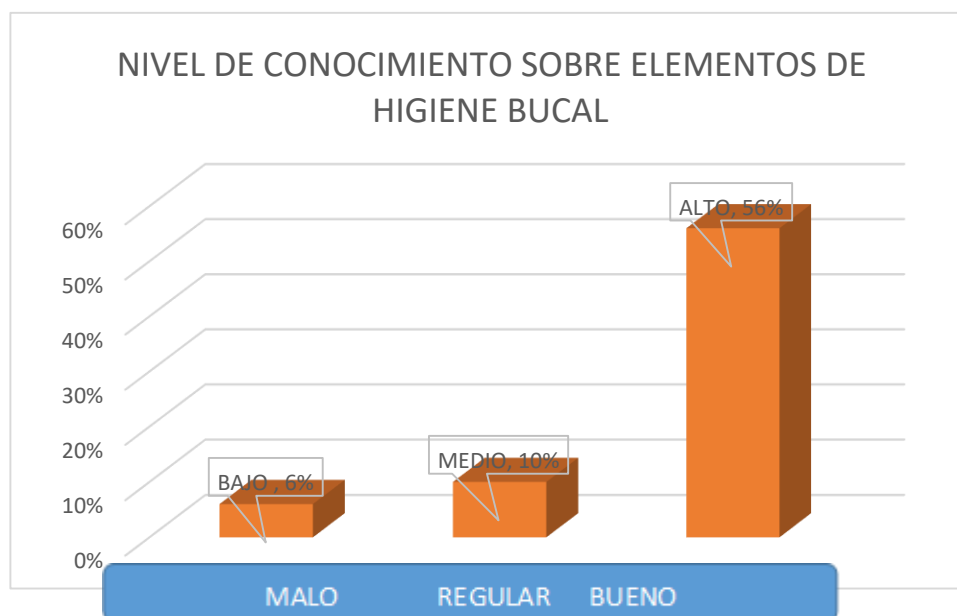
Tabla N°03

Nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal en padres de los niños con habilidades diferentes de la ONG Mundo Amor, Chiclayo 2015.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MALO	4	6%
	REGULAR	10	10%
	BUENO	56	56%
	Total	70	100%

Fuente: aplicación de los cuestionarios

Grafico N° 03



En la tabla y/o grafico 04, se observa regular nivel de conocimiento de hábitos de higiene bucal con el 50%, mientras tanto el 29%% está en el nivel bajo y 21% presenta un buen nivel de conocimiento de elementos de higiene bucal.

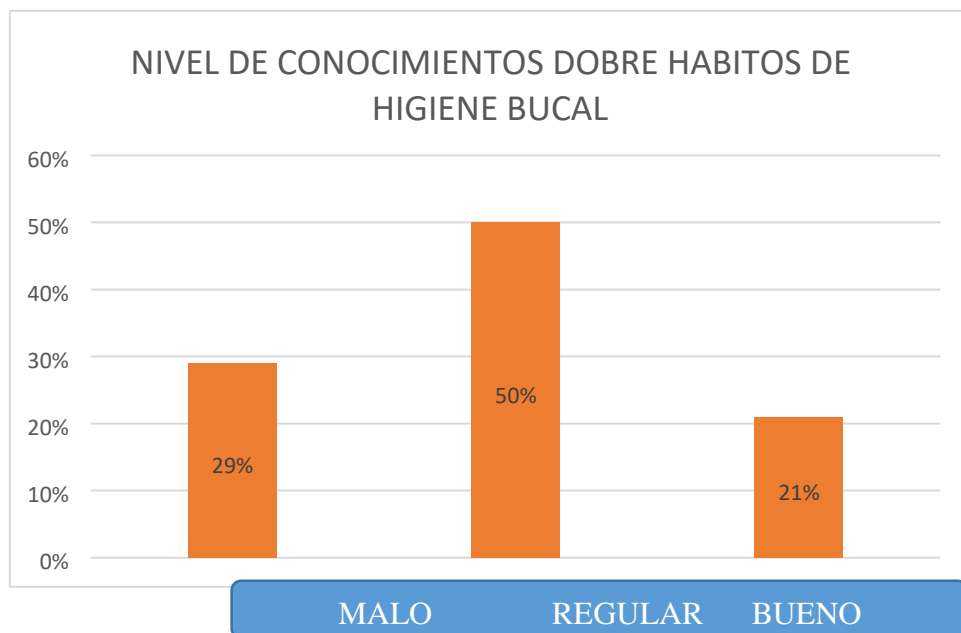
Tabla N°04

Nivel de conocimientos de los padres sobre hábitos de higiene bucal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MALO	20	29%
	REGULAR	35	50%
	BUENO	15	21%
	Total	70	100%

Fuente: aplicación de los cuestionarios

Grafico N° 04



En la tabla y/o grafico 05, se observa que el 57% de los padres presenta regular nivel de conocimiento de patología bucal, mientras tanto el 33% presenta malo y el 10% con un buen nivel sobre hábitos de higiene bucal.

Tabla N° 05

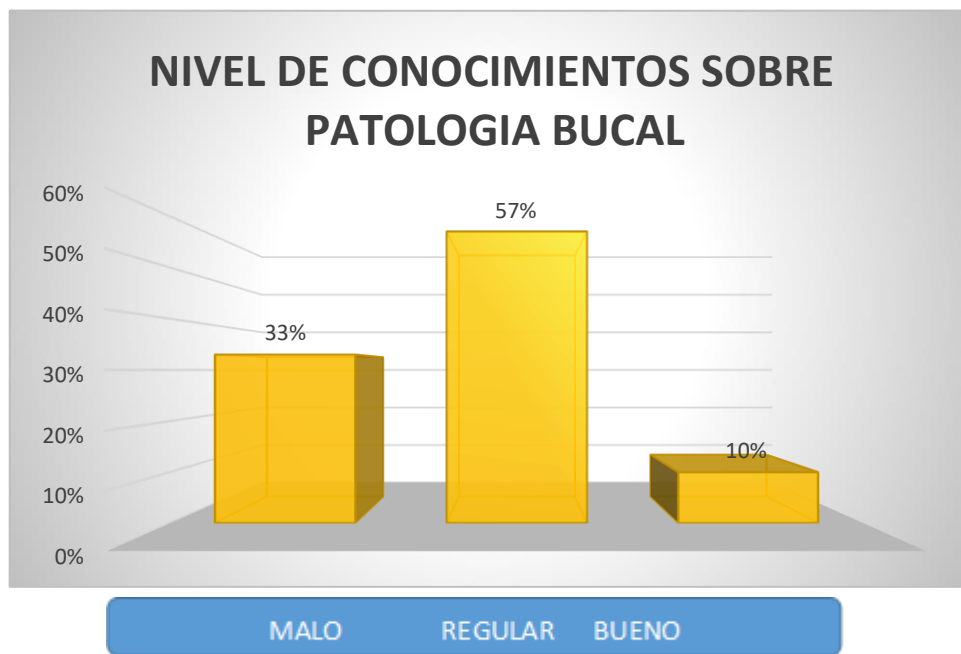
Nivel de conocimientos de los padres sobre patología bucal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MALO	23	33%
	REGULAR	40	57%
	BUENO	7	10%
	Total	70	100%

Fuente: aplicación de los cuestionarios

Grafico N°05





En la tabla y/o grafico 06, se observa que el 60% de los padres presenta un mal nivel de conocimiento de técnicas de higiene bucal, mientras tanto el 21% presenta regular y el 19% en el nivel bueno sobre técnicas de higiene bucal.

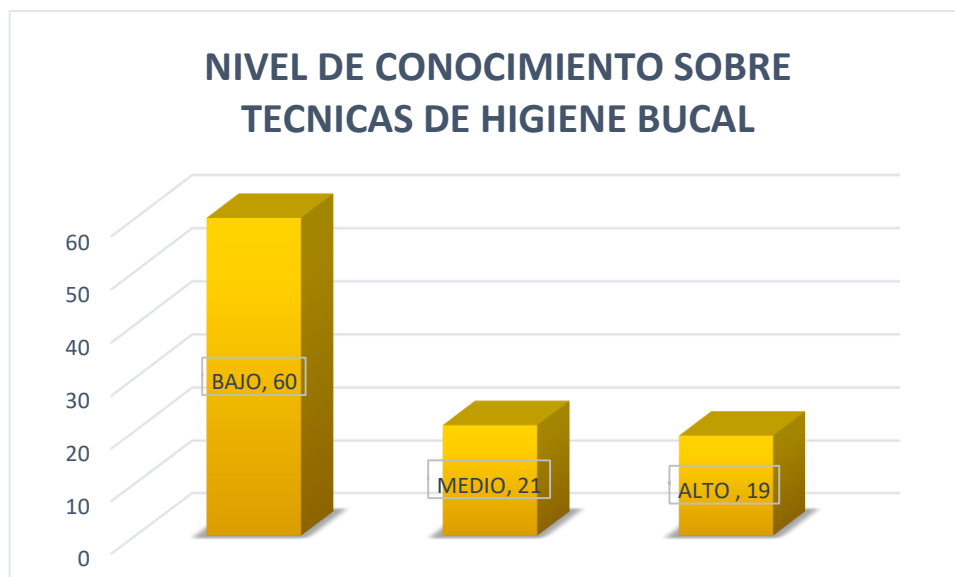
Tabla N°06

Nivel de conocimientos de los padres sobre técnicas de higiene bucal

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MALO	42	60%
	REGULAR	15	21%
	BUENO	13	19%
	Total	70	100%

Fuente: aplicación de los cuestionarios

Grafico N°06



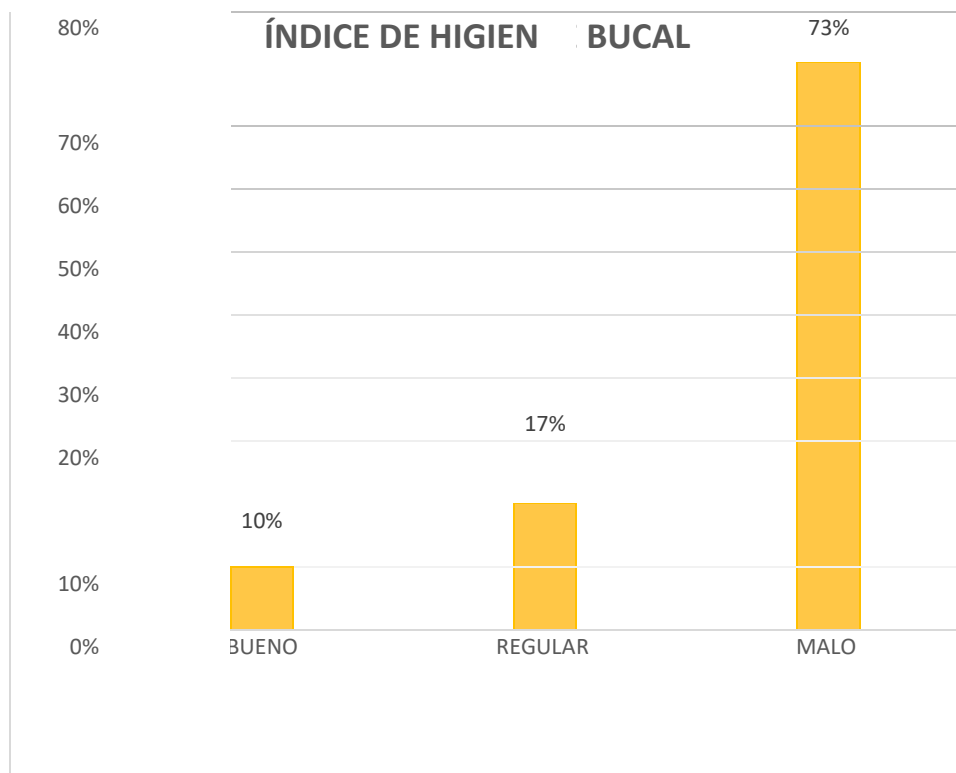
MALO      REGULAR      BUENO

En la tabla y/o grafico 07 se observa el Índice de Higiene Bucal de los niños con habilidades diferentes obteniendo como resultado que en un 73% presenta mal índice de higiene bucal, con un 17% presenta un regular índice de higiene bucal y con un 10 % presentaron buen índice de higiene bucal los niños con habilidades diferentes.

Tabla N° 07

Índice de higiene bucal en los niños con habilidades diferentes.

Índice de higiene bucal		Frecuencia	Porcentaje
Válido	BUENO	7	10%
	REGULAR	12	17%
	MALO	51	73%
	Total	70	100%



## 4.2. DISCUSIÓN

Referente a los resultados obtenidos en el presente estudio indicaron que el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes es regular en un 66%; estos hallazgos coinciden con el estudio de Cabellos D.<sup>2</sup> que tiene como resultado regular un 68% con respecto al nivel de conocimiento sobre higiene bucal.

En la presente investigación los resultados obtenidos con respecto en el Índice de higiene bucal encontrando en los niños con habilidades diferentes fue malo con 73%, de esta manera coincide con las investigaciones de Lamas L.<sup>3</sup> que obtuvo 67%, Whyman R.<sup>4</sup> (78%) y Van Grunsven <sup>5</sup>(84%) que obtuvieron altos índices de higiene oral, esto podría deberse a la falta de orientación sobre higiene bucal y la necesidad de programas que ayuden a los padres de niños con habilidades diferentes con respecto a la higiene bucal ,ya que ellos obtuvieron un regular nivel de conocimiento.

Con respecto al objetivo general se estudió la relación que existe entre el nivel de conocimiento de los Padres sobre higiene bucal y el índice de higiene bucal de los niños con habilidades diferentes .En primer lugar se realizó un cuestionario sobre el nivel de conocimiento de los padres de los niños con habilidades diferentes obteniendo como resultado un regular nivel de conocimiento en un 66%. En segundo lugar, en este trabajo de investigación se evaluó la variable Índice de higiene bucal en niños con habilidades diferentes se obtuvo un 73% de IHO malo, lo corroboran las siguientes investigaciones, Van Grunsven <sup>5</sup>, Whyman<sup>4</sup>y Lamas L<sup>3</sup>cuyos resultados fueron elevados niveles de Índice de higiene bucal, todo por causa del inadecuado conocimiento y entrenamiento de los padres, esto sumado a los problemas que tiene cada discapacidad según Whyman <sup>4</sup> y Van Grunsven <sup>5</sup>.

En el presente estudio sobre nivel de conocimiento de padres y el Índice de higiene bucal de los niños con habilidades diferentes se encontró una relación estadísticamente significativa, entre IHO y Nivel de conocimiento con un  $p < 0,05$  y una correlación inversa significativa, entre IHO y Nivel de conocimiento con un  $(-0,53 p < 0,05)$ . Es decir a mayor nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades diferentes menor índice de higiene bucal en los niños. Pero esta relación solamente se dio de manera regular en nuestro trabajo, ya que los resultados dieron un nivel de conocimiento regular en padres y un IHO malo en los niños discapacitados. Lo que estaría confirmado que es necesario programas de entrenamiento sobre higiene bucal para los padres, logrando así menores niveles de IHOS en niños con habilidades diferentes (Whyman <sup>4</sup>,Pieper& Huttman <sup>6</sup>).

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones:**

- 1.** Existe relación inversa entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y la higiene bucal de estos niños se encuentra en un nivel de 53% (-0.53%).
- 2.** Se estableció como resultado que la mayoría de los padres de los niños con habilidades diferentes tiene un conocimiento regular con 66%, seguido de un conocimiento malo del 21% y por ultimo un conocimiento bueno en un 13 %.
- 3.** Se encontró que la mayoría de los niños con habilidades diferentes presenta índice de higiene bucal malo con 73%, seguido de un regular índice de higiene bucal con 17 % y solo 10 % obtuvo un buen índice de higiene oral.
- 4.** En el nivel de conocimientos sobre elementos de higiene se obtuvo un buen nivel de conocimiento con un 56%.
- 5.** En el nivel de conocimiento sobre hábitos de higiene bucal obtuvo como resultado regular con un 50%.
- 6.** En el nivel de conocimientos sobre patología bucal se obtuvo buen nivel con un 57%.
- 7.** En el nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal se obtuvo como resultado malo con un el 60%.

## **5.2. Recomendaciones**

1. Emplear los resultados de este trabajo de investigación como base para el trabajo en salud pública, como para la práctica independiente.
2. Realizar mayor labor preventiva promocional sobre salud bucal dirigida a los padres de niños con habilidades diferentes, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre salud bucal.
3. Promover programas de motivación sobre higiene bucal en los niños con habilidades diferentes.
4. Reforzar y apoyar al programa preventivo promocional que opera en estos momentos el Ministerio de Salud donde se considera a los niños con habilidades diferentes como grupo prioritario, poniendo en práctica métodos de prevención a través de nuestra Universidad como por ejemplo en clínica del niño, donde el alumno debe estar preparado para realizar una correcta atención en a los niños con habilidades diferentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Castañeda N, Rodríguez C .Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2001 Dic [citado 2015 Jun 09]; 38(3).Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475072001000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072001000300006&lng=es).
- 2) Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento entre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para obtención de bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2792/1/Cabellos\\_ad.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2792/1/Cabellos_ad.pdf).
- 3) Lamas L. La enfermedad periodontal y el nivel de deficiencia intelectual en individuos de la Ciudad de Lima- Perú. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. UNMSM .1999.
- 4) Whyman R, Wonder T, Guest D. The oral health of longterm residents of a hospital for the intellectually handicapped and psychiatrically ill. N Z. Dent. J.1995:404, 49-56.Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7675347>
- 5) Van Grunsven M , et al . Psycho social aspects of dental care for the handicapped. An investigation into dental care for the handicapped children living at home. NED-TIJDSCHR-TANDEELKG.1990; 97(11): 448-51.Disponible : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/147367>
- 6) Pieper K ,Huttmann G.Caries and gengivits prevention in handicapped children and youth. Part 3.Five – year results. Dtsch.

Zahnarzth;1989.Disponible:

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pieper%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=2534294](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Pieper%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=2534294)

- 7) Torres Y.Incidencia y Prevalencia de enfermedad gingival en niños especiales. El síndrome Down en nuestro medio. [Tesis Bachiller]. Lima:UNMSM. 1976.
- 8) Bout M.Odontopediatría: Enfoque Sistemático .1ºed.España: Editorial Salvat; 2007,p 566.
- 9) Sopena R. Enciclopedia Universal Sopena.vol 4.8: Editorial Ramón Sopena;1982.
- 10)Donald M, Ralph. Odontología Pediátrica y del Adolescente.5ta ed.Buenos Aires: Editorial Panamericana;1995.
- 11)Berhman , Vaghan. Nelson testbook of pediatrics. 13 Th edition.Philadelphia:Editorial WB. Sauders Co;1987.
- 12)Johson, Young .Anodontia in Mongolism.Br.Med J.1996; 2:282.1996.
- 13)Artigas M. Síndrome de Down (trisomía 21). Universidad nacional de Cuba 2011; 37-43.
- 14)Bouras N, Holt G, Day K, Dosen A. Mental Health in Mental Retardation:The ABC for mantal healt, primary care and other professionals. Grup Pere Mata (London). 2002.
- 15)Hoyer H,Limbrock GJ .Children’s Hospital Hamburg, Germany. “Orofacial regulation therapy in children with Down syndrome, using the methods and appliances or Castillo-Morales”. ASDC J Dent Child Nov-Dec.1990; 57(6):442-4.Disponible:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2147926>.
- 16)Morales D. Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental del centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para obtención de bachiller]. Lima: Universidad mayor de San Marcos; 2006.



- 17)Gómez B, Badillo V, Martinez E, Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistémica. Cient dent 2009; 6(3): 207-215.
- 18)Morales M. Paciente autista en la clínica dental. Venezuela: Universidad Santamaría.
- 19)Martínez A, Matamaros M. Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición .México. 2003; 7.
- 20)Diccionario de Medicina. Oceano-Mosb. Edición, Barcelona, España. Editorial Océano. 1995.
- 21)Arias S, Muñoz LM, Romero CM, Espeso N. Propuesta de comunicación en salud oral para niños con retraso mental ligero, padres y educadores. Redalyc 2005 [Consultado el 23 de abril del 2014]; 9(6).  
[Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117924005>.](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117924005)
- 22)De palma A, Raposa K. Construyendo Puentes: Cuidado Dental para Pacientes con Autismo. Academy of Dental Therapeutics and Stomatology; 2011.
- 23)Carranza F ,Newman M."Periodontología Clínica de Glickman". 8va ed.México: Ed. Mc Graw- Hill Interamericana ; 1999.
- 24)Loe H."Actualidad y futuro en la investigación de la Etiología y Prevención de la Enfermedad Periodontal". Internacional Dentistry J.200;36(5):231-42.
- 25)Gómez S. Importancia de Hábitos de higiene Bucal en programas de promoción de salud. Revista Odontológica Ciencia No 15, Argentina 1993.
- 26)Gonzaga H,BUSO L. Intrauterine Dentistry: An integrated Model of Prevention. Brazilian Dental Journal. 2001; 12(2): 139-142.
- 27)Kowash A , Pinfield J. Oral Health-Educating mothers with Young children. British Dental Journal .2000; 18(8): 201-205.

- 28) Arias S, Muñoz L, Rodríguez G, García J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico con discapacidad mental leve. Redalyc 2005; 9(2).
- 29) Chavez P, Maritza. "Influencia de un modelo educativo de Salud Bucal en el aprendizaje de higiene bucal de niños escolares". [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima:UNMSM. 1998.
- 30) Mac R. Concepto de sí mismos y comportamiento en salud oral en adolescentes. Journal Clinical of Periodontology.1997; 24(5): 33-59.
- 31) PRECONC: Programa de Educación Continua Odontológica no Convencional. Modulo 2: medidas preventivas, 2da. Ed. Editorial de la OPS.
- 32) Silverstone L. Caries Dental. 2da Ed: Editorial Manual Moderno ;2008.
- 33) Nikiforuk G. Caries. Editorial Mundi;1986,p 591 .
- 34) Peng B. Estado de Salud Oral y Nivel de conocimientos en Salud Oral en escolares de 12 años en la República Popular de China.Community Dental Health.1997;14 (4): 38-44
- 35) Hessen J. Teoría del conocimiento .Mexico : Editorial Interamericana ; 2001.
- 36) Alpoz A, Eronat C. Ege University, Faculty of Dentistry, Department of Pedodontics, Bornova, Izmir, Turkey. J Clin Pediatr Dent fall.1997 :22(1):37-9. Disponible:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9643202>.



## ANEXOS



### **Anexo N° 01 Consentimiento Informado**

Yo,-----

-----he sido informada que voy a participar en una investigación en la ONG Mundo Amo titulado “Nivel de Conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y su relación con la higiene bucal de los niños realizada en la ONG Mundo Amor , Chiclayo 2015.”, que está a cargo de la alumna de estomatología Victoria Steffany Muñoz Fernández.

El investigador (a) me ha esclarecido todas las preguntas al respecto de mi ingreso al estudio y que la información obtenida será de tipo confidencial solo para fines de la investigación.

Acepto, entonces voluntariamente participar en este estudio.

Chiclayo,.....de..... del.....

DNI: ..... Firma.....

## **Anexo N°02**

### **CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE ORAL**

Diagnostico:.....Fecha:.....

Nombre y Apellido del niño.....

Nombre y apellido del Padre o Apoderado.....

Edad del niño:.....Edad del Padre.....

Grado de instrucción del apoderado.....

#### **Introducción**

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes de la ONG Mundo Amor, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz. **I.**

#### **Instrucciones:**

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (x) dentro del paréntesis, por favor conteste sólo una respuesta. **1) ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?** a) dulces, cepillo dental, pasta dental.

b) flúor, pasta dental, hilo dental.

c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental

d) mondadientes, hilo de coser ,palito de fosforo.

**2) ¿Qué características debe tener un cepillo dental ideal para su hijo?** a) Que las cerdas sean duras.

b) Mango del cepillo que sea ergonómico, cerdas suaves y que las cerdas indiquen la dosis de la pasta dental.

c) Que en mango sea recto y duro.

d) Que dure mucho tiempo.

**3) ¿Cuál es la principal importancia de usar pasta dental?** a) para tener rico sabor al cepillarse.

b) para que no se gaste el cepillo dental.

c) para que los dientes no se piquen y fortalecer el diente.

d) para que no salga heridas en la boca.

**4) ¿Cuántas veces se cepilla al día?** a)

una vez.

b) dos veces.

c) tres veces.

d) más de tres veces.

**5) ¿cuándo cree usted debe cepillarse los dientes?** a)

antes de las comidas.

b) después de las comidas.

c) solo al acostarse.

d) solo al levantarse

**6) ¿Cuándo cree usted que se debe hacer la limpieza bucal a un niño?** a) al salir el primer diente.

b) después del tercer mes de nacido.

c) cuando le duela algún diente.

d) cuando le salgan todos sus dientes. **7) La placa bacteriana (sarro dental) es :** a) restos de hueso infectado.

b) restos de sangre.

c) restos de alimentos y microorganismos.

d) restos de chocolate.

**8) ¿Qué es la caries?**

a) es una inflamación en la lengua.

b) es una enfermedad infectocontagiosa, que daña la estructura del diente.

c) es una enfermedad infectocontagiosa que daña la estructura de la encía.

d) es una inflamación en el paladar.

**9) La gingivitis es**

a) el dolor de diente

b) la inflamación de las encías

c) la inflamación del labio

d) la inflamación de la lengua. **10) Que técnica de cepillado utiliza:**

**a)Vertical (de arriba hacia abajo).      b) Horizontal (de lado a lado)**



**11) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?** a)

5 minutos

b) 30 segundos.

c) 1 minuto.

d) 2 minutos.

e) 3 minutos.

**12) ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental? a)**

cada 6 meses.

b) cada 12 meses.

c) cada 3 meses.

d) cuando los penachos (cerdas) se abran.

**Anexo N°03**  
**Juicio de expertos**

NOMBRE DEL DOCENTE	PREGUNTAS												FIRMA				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12					
Exp. en materia de...																	
ED BELL CASTRO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Exp. CO. Henry Escobar no Lago	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Exp. en materia de Cuentas Similes Bancos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	



## **Anexo N°04**

### **Confiabilidad**

#### **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

##### **COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH**

Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 (0%) y 1(100%) y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes.

Alfa es por tanto un coeficiente de correlación al cuadrado que, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre todos los ítems para ver que, efectivamente, se parecen. Su interpretación será que, cuanto más se acerque el índice al extremo 1, mejor es la fiabilidad, considerando una fiabilidad respetable a partir de 0,75.

**CONFIABILIDAD:** Se puede definir como la estabilidad o consistencia de los resultados obtenidos. Es decir, se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento, al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados.

# CONFIABILIDAD

Muy baja

Baja

Regular

Aceptable

Elevada

**0**

**0%**

de confiabilidad en la  
medición (la  
medición está  
contaminada de error).

0.25=25%

0.50=50%

0.75=75%

**1**

100% de  
confiabilidad  
en la medición  
(no hay error).

**GRADO DE CONFIABILIDAD SEGÚN ALFA DE CRONBACH DE VEINTE ITEMS PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN HIGIENE BUCAL DE LOS PADRES DE NIÑOS CON HABILIDADES DIFERENTES DE LA ONG MUNDO AMOR, LAMBAYEQUE, MAYO 2015**

No	Preg1	Preg2	Preg3	Preg4	Preg5	Preg6	Preg7	Preg8	Preg9	Preg10	Preg11	Preg12	Puntaje	Categoría
1	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	6.00	Regular
2	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	8.00	Regular
3	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	5.00	Regular
4	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	5.00	Regular
5	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	7.00	Regular
6	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	4.00	Malo
7	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	8.00	Regular
8	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	7.00	Regular
9	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	6.00	Regular
10	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	7.00	Regular

**Fuente: Datos tomados en una encuesta piloto a los padres de familia de los niños con habilidades diferentes de la ONG Mundo Amor, Lambayeque.**



### ESCALA DE VALORACIÓN (I.A)

FORMA DE EVALUACIÓN (Escala Vigesimal)	VALOR
PREGUNTA CORRECTA	1
INCORRECTA	0
PUNTAJE MINIMO	0
PUNTAJE MÁXIMO	12

Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de Items
0,76	20

El resultado del valor de  $\alpha$  de Cronbach es de 0.76(o su equivalente 76%) lo cual indica que el instrumento para medir la actitud tiene un grado de Confiabilidad aceptable, validando su uso para la recolección de datos

**Anexo N°05**

### FICHA DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL

Diagnóstico:.....Fecha:.....

Nombre y Apellido del niño.....

Nombre y apellido del Padre o Apoderado.....

Edad del niño:.....Edad del Padre.....

Grado de instrucción del apoderado.....

**ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-S) de Green y Vermillon**

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

I.H.O. =

Suma de resultados parciales

=

\_\_\_\_\_

=
---

Numero de dientes evaluados

- BUENO ( )
- REGULAR ( )
- MALO ( )

**Anexo N°06  
Constancia de la calibración**

Yo, Sánchez Barrueto Cristina Luz, Cirujana Dentista con la especialidad de Periodoncista he realizado una evaluación del instrumento de medición de índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de Green y Vermillon para la ayuda de calibración de la investigación titulada: Nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y su relación con la higiene bucal realizada en la ONG Mundo Amor, Chiclayo 2015, para obtener el título de Cirujano Dentista de la estudiante de estomatología Muñoz Fernández Victoria Steffany alumna del IX ciclo, de la Universidad Señor de Sipán.

  
Esp. C.D. Cristina Sánchez Barrueto

C.O.P. 15905

### **ANEXO N°07**

### **CONSTANCIA**

El que suscribe, certifica que se ha evaluado las mediciones de índice de higiene oral simplificado (IHO-S) de Green y Vermillon, en 10 niños con

habilidades diferentes, realizadas por la alumna y el especialista de las que se toma en cuenta los valores de bueno, regular y malo; para determinar la concordancia entre los evaluadores (alumna y especialista) se ha utilizado el estadístico de KAPPA (k) . Los resultados son los siguientes.

En las mediciones de índice de higiene oral simplificado ( IHO-S) existe un completo acuerdo entre los evaluadores .Los resultados se muestran debajo del cuadro realizado.

En conclusión existe concordancia entre los evaluadores.

**I .MEDICIÓN DEL INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO ( IHO-S) DE GREEN Y VERMILLON , LA CUAL SE EVALUO CON LOS RESULTADOS**

NOMBRE DEL EVALUADO	Bueno	Regular	Malo
DAFNE CHUNQUE	-	-	2
MARCELO GUERRERO	-	-	2
JESÚS GUERRERO	-	-	2
FABRICIO SERDAN	-	-	2
JOSELY ZUÑIGA	-	-	2



MILAGROS ALVARES	-	-	2
FAVIAN LEÓN	-	-	2
MARIA DE LOS ANGELES DELGADO	-	-	2
EDUARDO RODRIGUEZ	-	-	2
EDILSON SANCHEZ SANCHES	-	-	2

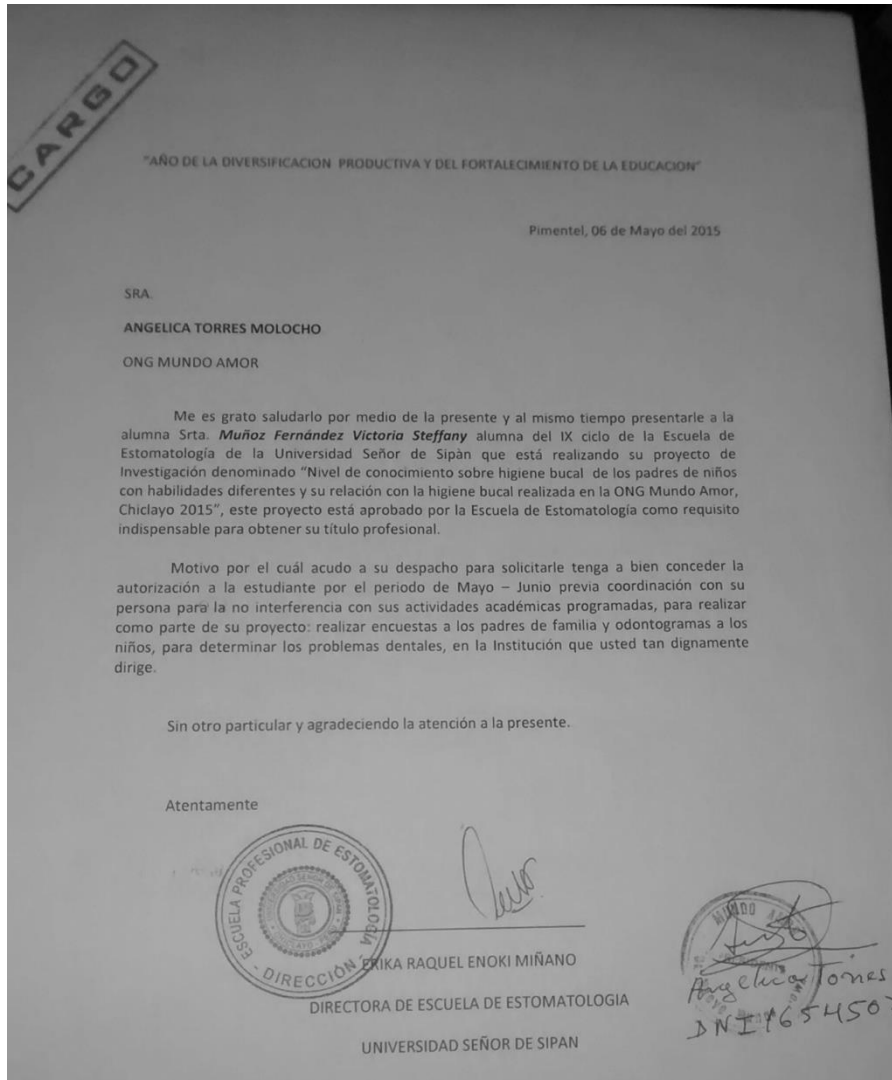
DE BUENO ,REGULAR Y MALO .

$P ( E )= 0.37$  ,  $P ( A)$  , REEMPLAZANDO VALORES

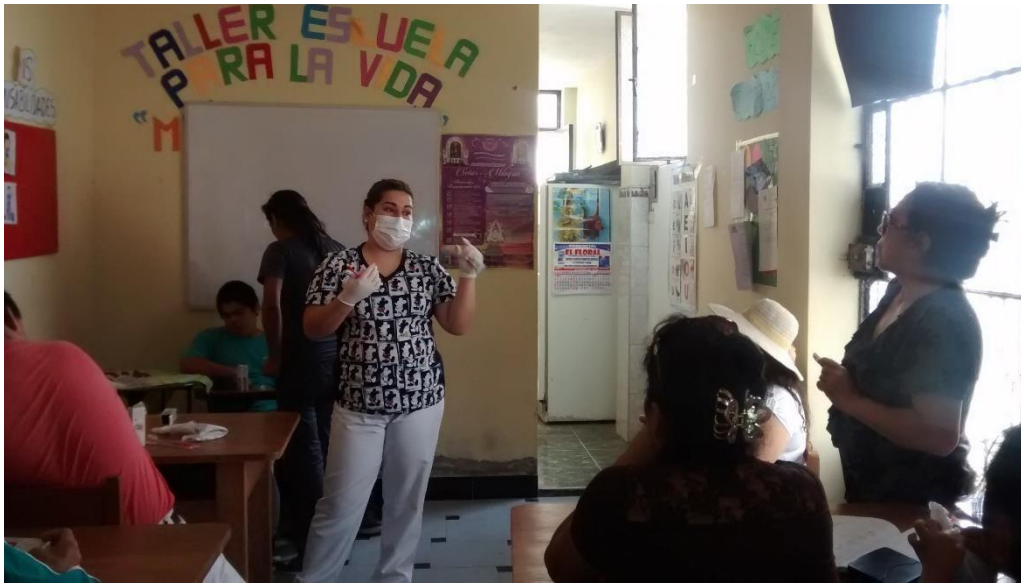
$$K = \frac{1-0.37}{1-0.37}$$

$K= 1$  , significa que existe completo acuerdo entre los valores

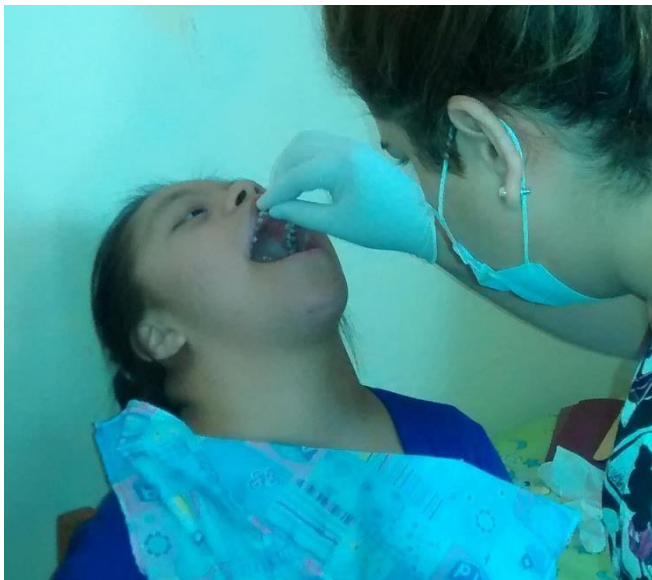
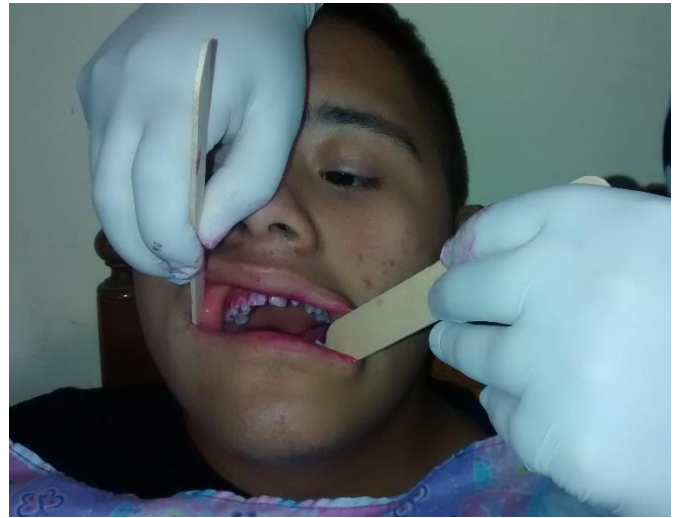
ANEXO N°08



ANEXO N°09  
FOTOGRAFIAS DE LA ONG MUNDO AMOR LLENADO  
DE LAS ENCUESTAS



# REGISTRO DE INDICE DE HIGIENE ORAL



## CEPILLADO DENTAL





