



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA**  
**CON ORIENTACIÓN**  
**EN PRÁCTICAS PREVENTIVAS**

**TÍTULO TESIS:**

**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTOS DE SALUD BUCAL DE  
PADRES/TUTORES Y EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE  
NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE ASISTEN  
AL CENTRO DE ATENCIÓN AL DESARROLLO DE LA  
INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LA CIUDAD DE  
CORRIENTES**

**AÑO 2019**

**MAESTRANDO: ESP. ROXANA LILIAN BLANCO**

**DIRECTORA: DRA. MARÍA SILVINA DHO**

## *DEDICATORIA*

*A Dios porque él hace posible lo imposible.*

*A mi Madre por su constante amor y apoyo.*

*A mi Padre mi ángel en el cielo.*

*A mi Familia en general por formar parte importante de mi vida.*

*A mis Amigas porque me han brindado su apoyo incondicional.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A Dios y a todos los que de alguna u otra forma colaboraron desinteresadamente por dicha labor.*

*Mi agradecimiento muy especial a la Dra. María Silvina Dho por su asesoría constante durante todo el desarrollo de la tesis y la confianza depositada en mí.*

*A la Dra. Sofía de los Milagros Alí por su guía y acompañamiento en este proceso y enseñarme a creer en mí.*

*Al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia, CADIA por abrirme las puertas para el desarrollo de la presente investigación. A todos los padres /tutores que participaron en la investigación y muy especialmente a todos los niños con discapacidad del Centro.*

*A las autoridades de la Facultad de odontología UNNE por su apoyo en esta iniciativa.*

## RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo analizar los conocimientos de salud bucal de padres/tutores en relación al estado de salud bucal que presentan los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia de la ciudad de Corrientes en el transcurso del año 2017.

Se realizó un estudio transversal. La muestra estuvo constituida por todas las personas con discapacidad Intelectual y sus padres/tutores, que concurrieron al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia de la ciudad de Corrientes durante el año 2017 y aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Para determinar el conocimiento sobre salud oral de los padres/tutores se utilizó un cuestionario estructurado de opción múltiple con 20 preguntas orientadas a conocer los saberes previos sobre enfermedad bucal, hábitos de higiene bucal, medidas preventivas y dieta. Los conocimientos se categorizaron de la siguiente manera: muy bueno, bueno, regular y deficiente.

Se realizó el examen clínico bucodental en los niños con discapacidad intelectual, se evaluó la higiene oral por medio del índice de placa bacteriana de O'Leary y el estado de las piezas dentarias por medio de los índices de caries dental ceod/CPOD, para piezas dentarias temporarias y permanentes, respectivamente.

Los resultados han evidenciado que el 36.6% de los padres/tutores presenta conocimiento de salud oral regular; el 34.4% conocimiento bueno y el 22% deficiente. El 79,3% de los niños con discapacidad intelectual presentaron al momento del examen oral, higiene bucodental deficiente. El valor promedio del índice CPOD en los niños con discapacidad intelectual fue de 1,76 piezas con historia de caries (desviación estándar 2,03) y el ceod tuvo un valor promedio de 2, 68 (desviación estándar 3,38). En ambos índices predominó el componente correspondiente a piezas dentarias con caries.

Se halló una correlación estadísticamente significativa entre las variables Conocimientos de Salud Bucal de los padres/tutores y los índices CPOD, ceo y O'Leary de los niños con discapacidad intelectual. La correlación entre las variables en todos los casos fue negativa. Los conocimientos de salud bucal se correlacionaron de manera escasa con el índice de caries CPOD(Valor  $R=-0,300$ );

mientras que la correlación fue moderada para el índice de caries ceo ( $R=-0,442$ ); y para el índice de placa bacteriana de O'Leary ( $R=-0,456$ ) con el análisis de correlación de Pearson.

Se podría decir que el conocimiento de los padres/tutores sobre salud bucodental (Dieta, Higiene bucal, medidas preventivas y patologías bucales) contribuirían a mejorar las condiciones generales de salud bucodental de los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia.

Palabras Claves: Conocimiento, salud bucodental, discapacidad intelectual.

## Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	5
OBJETIVOS .....	6
General: .....	6
Específicos:.....	6
MARCO TEORICO .....	7
1-ANTECEDENTES .....	7
2-BASES TEÓRICAS.....	12
1-DISCAPACIDAD INTELECTUAL .....	12
2-GRADO DE DISCAPACIDAD.....	14
3- DISCAPACIDAD Y ODONTOLOGÍA.....	15
3.1 Problemas Bucales de mayor prevalencia: .....	15
3.1.1Biopelículas orales. Placa dental: .....	15
3.1.2Placa dental y enfermedad: .....	17
3.1.3 Caries .....	17
3.1.4 Gingivitis.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.1.5 Periodontitis.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
4- Medidas preventivas en salud bucal.....	19
4.1Control de la placa bacteriana .....	20
4.1.1 Control de la placa con antimicrobianos.....	21
4.1.2 Motivación y Educación para el control de la placa en personas con discapacidad.22	
4.1.3 Nutrición – Dieta. ....	23
4.1.4 Dieta y nutrición en las personas con discapacidad.....	24
4.1.5 Flúor.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5- Índices de Salud Bucodental .....	26
5.1 Indicador Epidemiológico para la Caries Dental.....	26
5.1.2 Índice ceo-d.....	27
5.1.3 Índice de Placa de O’Leary .....	28
6- Conocimiento.....	28
6.1 Conocimiento en Salud.....	29
6.1.2 Instrumentos de medición de Conocimiento en Salud Oral. ....	29
HIPOTESIS DE TRABAJO .....	32
METODOLOGÍA.....	33

RESULTADOS .....	36
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES .....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS:.....	79

## INTRODUCCIÓN

El término “Discapacidad” según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. Se estima que un 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad (1).

La discapacidad intelectual, es definida por la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo, como la presencia de limitaciones sustantivas en el funcionamiento del sujeto, con un desempeño intelectual significativamente por debajo de la media (2).

Actualmente la discapacidad debe ser reconocida como una condición humana de la cual nadie está exento de padecerla de una manera temporal o permanente. En tanto parte de la sociedad, siga desconociendo a la discapacidad como una condición humana y tomándola, como algo excepcional que solo le puede ocurrir a un grupo muy reducido de personas, hace que se generen barreras en el acceso a servicios médicos, educativos, transporte, etcétera. Lo cual genera que las personas con discapacidad se conviertan en un grupo vulnerable y con desventajas frente a los demás integrantes de la sociedad.

Esto produce, al no existir una cultura sobre la discapacidad, que los obstáculos que tiene este grupo social se incrementen, entre ellos los prejuicios, la falta de información y la ausencia de políticas adecuadas. Si bien la sociedad es poco receptiva a los problemas que enfrenta este creciente grupo poblacional, las personas con discapacidad intelectual son las más vulnerables, suelen estar entre las más pobres y entre quienes sufren mayor violencia (3).

De acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en su resumen ejecutivo sobre el Estado Mundial de la Infancia 2013, alrededor de 93 millones de niños –o sea, 1 de cada 20 niños menores de 14 años– vive con alguna discapacidad moderada o grave. No es posible encontrar, un informe completo sobre el estado de salud bucal de las personas con discapacidad Intelectual (4).

El censo realizado en el año 2010 en la República Argentina indica que las personas con dificultad cognitivas representan algo más del 8%. La población con

alto nivel de dependencia (532.797 personas) se concentra en las edades más jóvenes (5).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) publicó los resultados definitivos del Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, implementado en las localidades urbanas de 5.000 y más habitantes de todo el territorio nacional, durante los meses de abril y mayo de 2018. En el mismo se menciona que el 10,2% de la población de la Argentina tiene algún tipo de discapacidad. Existe un 25,3% de hogares con al menos una persona con discapacidad. En el análisis por grupos de edad se advierte que, en la población de niños de 6 a 14 años con discapacidad, predominan quienes tienen dificultad solo mental-cognitiva (48,3%). Del total de las personas con algún tipo de discapacidad solo el 33,4 % cuenta con certificado de discapacidad vigente (6).

La salud oral está vinculada a la salud general y bienestar de cada persona (7).

Las personas con discapacidad intelectual tienen mayor riesgo a adquirir enfermedades orales, las cuales pueden tener un impacto directo en su salud general, en particular en aquellas personas que tienen ciertos problemas asociados, como inmunocompromiso o problemas cardiovasculares; la enfermedad dental en estos casos se puede complicar ocasionando septicemias, endocarditis, entre otras patologías (8).

Numerosos estudios documentan la alta prevalencia de patologías bucales que padecen niños y adolescentes con discapacidad intelectual en diferentes contextos poblacionales (9-12). La ciudad de Corrientes no escapa de esta problemática (13).

Este grupo poblacional altamente vulnerable, requiere cuidados bucodentales a edades tempranas. Los padres o tutores de estas personas ocupan un rol importante en el apoyo e interés hacia la salud oral de los mismos. “Se ha demostrado que las intervenciones tempranas permiten obtener mayores avances en la capacidad funcional, y al eliminar los obstáculos al comienzo de la vida se disminuye la gravedad del efecto de los múltiples obstáculos a los que hacen frente los niños con discapacidad” (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dos tercios de las personas con discapacidad no recibe atención odontológica, otros reciben

tratamientos curativos, y muy pocos son los que reciben tratamientos preventivos. (14). Algunas de las causas de esta realidad es debido a factores culturales como ignorancia del profesional sobre el trato a estas personas, o bien por desconocimiento de los familiares o cuidadores de la importancia de mantener una boca sana, por motivos económicos y políticos; muchos de estos pacientes requieren ayuda para el traslado, así como condiciones en los consultorios para que sean atendidos de manera confortable y segura; de igual manera la ausencia de una política pública orientada a cubrir prioritariamente las necesidades de este sector altamente vulnerable(3).

Promover la prevención primaria y la salud oral integral contextualizada y adaptada a la problemática, hacia las personas con discapacidad intelectual, es una parte fundamental de la odontología, debido a que reduce las demandas y necesidades de salud bucal en poblaciones vulnerables (15).

La salud bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general. La OMS define la salud bucodental como “un estado exento de dolor bucodental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatías, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicosocial” (16).

Los conocimientos de salud bucal no siempre están fuertemente asociados con los comportamientos de los individuos hacia la prevención de enfermedades orales. (17) Sin embargo, se cree que un mayor conocimiento puede conducir a mejores acciones de salud y a modificaciones del comportamiento y puede llevar a aumentar el uso de los servicios de salud bucal en las primeras etapas de la enfermedad (18).

La Facultad de Odontología, cumpliendo con su misión en la sociedad, desarrolla actividades de extensión a la comunidad que se cumplen a través de diferentes programas dependientes de la Universidad Nacional del Nordeste y de la Secretaría de Políticas Universitarias, que comprenden tareas relacionadas con la promoción de la salud bucal y la prevención de enfermedades bucodentales y se focalizan especialmente en sectores de la población más vulnerables de la sociedad. Es así que desde el año 2015, se desarrolla en el marco del Programa Universidad en el Medio, el Proyecto de extensión universitaria denominado

“Integrando Salud Bucal en los Niños con Discapacidad”. El mismo es ejecutado por docentes y alumnos de la Cátedra Odontología Social y Comunitaria en el Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia (19).

Determinar el conocimiento de salud bucodental de los padres/tutores de estos niños y el estado de salud bucal de los mismos permitirá a los profesionales de salud poner atención para reforzar o capacitar en temas de salud oral para que ellos puedan actuar acertadamente ayudando así a mantener una salud bucal adecuada.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Surge así, la problemática a investigar:

- ¿Cuáles son los conocimientos con respecto al cuidado de la salud bucal que presentan los padres/tutores de niños con discapacidad intelectual?
- ¿Cuál es el estado de salud bucal que presentan los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia de la ciudad de Corrientes?
- Los conocimientos de los padres/tutores sobre la salud bucal ¿están relacionados con el estado de salud bucal que presentan los niños con discapacidad?

El presente trabajo de investigación se enmarca dentro del Área Temática Estratégica Prioritaria de Investigación “Odontología social y comunitaria” de la Facultad de Odontología de la UNNE, dentro de la misma en la Línea Prioritaria “Determinantes sociales en relación a la Salud – Enfermedad” (20).

Los resultados obtenidos, pueden contribuir al desarrollo de políticas públicas basadas en la prevención y a definir acciones y programas educativos de salud bucal teniendo en cuenta las particularidades de esta población altamente vulnerable.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

- Analizar los conocimientos de salud bucal de padres/tutores en relación al estado de salud bucal que presentan los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia de la ciudad de Corrientes en el transcurso del año 2017.

### **ESPECÍFICOS:**

- Describir los conocimientos relacionados a la salud bucal de padres/tutores de personas con discapacidad intelectual.
- Identificar el estado de las piezas dentarias temporarias y/o permanentes que presentan las personas con discapacidad intelectual.
- Evaluar la higiene bucal de las personas con discapacidad intelectual.
- Relacionar el conocimiento de los padres/tutores con el estado de salud bucal de las personas con discapacidad intelectual.

# MARCO TEORICO

## 1-ANTECEDENTES

En los últimos años se han realizado, en distintos contextos poblacionales, múltiples estudios epidemiológicos para conocer el estado de salud bucal que presentan las personas con discapacidad intelectual e indagar sobre factores de riesgo que afectan el proceso salud-enfermedad bucodental.

El estado de salud oral de niños con discapacidad intelectual es deficiente, como lo confirman estudios realizados por Garcés y col. (21) en niños y adolescentes con discapacidad intelectual en Chile, si bien sus historias de caries no presentaron mayores diferencias con la de la población en general, la calidad de su higiene oral fue regular o mala. Similares resultados obtuvieron Serrano M, y col. (22) en su estudio sobre el estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual en Mérida, Venezuela. Así mismo Pérez Bejarano y col. (23) realizaron en Paraguay, un estudio sobre el estado de salud oral en discapacitados residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orión arrojando similares resultados a los obtenidos en las investigaciones antes mencionadas.

Estudio realizado por Herrera Aviles y Meza Montes (24) en Managua, Nicaragua acerca del estado de salud bucodental en niños con discapacidades entre las edades de 6 a 16 años que asisten a escuelas especiales en el departamento de Carazo determino que, la discapacidad con mayor afección fueron los niños con discapacidad intelectual, tanto en el índice de higiene oral simplificado, que mide la superficie del diente cubierta con residuos y cálculo, como en los índices de caries dental CPOD y ceod.

En México, un estudio realizado por Rueda Ventura y Olan L (9) en niños y adolescentes, halló que la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones son los problemas de salud bucal más prevalentes; siendo los principales factores de riesgo para la salud bucodental de la higiene oral deficiente y una pobre educación para la salud bucal. Estos hallazgos se confirman en la revisión bibliográfica realizadas por Morales C (25) en donde menciona que las personas con discapacidad tienen una mayor prevalencia de padecer

enfermedades bucodentales debido a múltiples factores como deficiente higiene dental, dieta generalmente blanda y pegajosa, alta ingesta de fármacos y pocas visitas de control odontológico.

Existen diversos estudios como los de Teixeira González, y col (26), Díaz Cárdenas y col (27), García Paredes (28), Matos Flores (29), así como el de Carrillo Saavedra (30) que evidencian un bajo grado de conocimientos que tienen los padres sobre la salud oral de sus hijos sobre todo a temprana edad.

Es muy importante que los padres, tutores o encargados de personas con algún grado de discapacidad intelectual reciban una educación sobre salud bucal, para que puedan actuar de ser posible desde la infancia. Así lo confirma el estudio realizado por Pareek y col (31) quienes hallaron que el cepillado dental realizado diariamente con supervisión de los padres o cuidadores produjo una reducción estadísticamente significativa de los índices de placa y gingival de las personas con discapacidad. Por otro lado, la educación de los padres mostró un impacto positivo en la forma de mejorar la salud gingival de los niños. Los resultados sugieren que los padres tienen un papel importante en la mejora y el mantenimiento del estado de salud oral y el comportamiento de los niños.

Vásquez Mejía (32) en Lima Perú, relacionó el conocimiento de higiene bucal de padres, con la higiene bucal del niño con habilidades diferentes, se observó que el 84.21% de los niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno presentaban una buena higiene bucal; de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres tenían un conocimiento insuficiente no presentaron higiene bucal adecuada.

En tanto Cabellos Alfaro (33), su investigación tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de los niños en el Centro Ann Sullivan en Perú. La muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). Los resultados obtenidos determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, estableciéndose una relación significativa entre el Índice de higiene oral de los niños y el nivel de conocimiento de los padres. Resultados Similares obtuvo Valderrama Charaja y cols (34) en un estudio donde relacionó el nivel de conocimiento sobre salud bucal del familiar y la higiene oral en escolares con discapacidad del centro educativo básico especial maría Auxiliadora en Moquegua. Perú.

Panduro del Castillo M (35) realizó una investigación donde relacionó el nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia en Bagazán, distrito Belén, Iquitos, Perú. Entre los hallazgos más importantes se encontró lo siguiente: que el 83% de las madres tiene un nivel de conocimiento sobre prevención bucal malo, y el 75% de los niños tienen un índice de higiene oral regular, estableciéndose relación entre ambas variables.

Benavente Lipa L y col (36), determinaron el nivel de conocimientos sobre salud bucal de las madres de familia y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad, en establecimientos hospitalarios del Ministerio de Salud y Seguro Social en Lima- Perú. Se halló que las madres de familia tienen un nivel de conocimiento regular sobre salud bucal, sin embargo, la salud bucal de los hijos de las madres encuestadas es mala, lo que revela ausencia de asociación entre el nivel de conocimientos de salud bucal que poseen las madres, con el estado de salud bucal de sus hijos menores de 5 años en la población estudiada.

Holguin Chumacero, L. y col (37) investigaron el nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque, Perú. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral con un 68,6% en los padres de familia y 2,9% en los cuidadores de la Clínica San Juan de Dios del distrito de Pimentel.

Así mismo, Pérez Sánchez R (38), realizó una investigación similar cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales en Trujillo concluyendo que los padres presentaban un nivel de conocimiento sobre salud oral regular.

Benavente Lipa L (39) realizó una investigación cuyo propósito fue evaluar la influencia del nivel de educación sanitaria en salud bucal de padres o apoderados sobre el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental. Dando como resultado 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 mala. Luna Cauna, Y. (40) investigo la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal de los padres y profesores y la

higiene oral de los niños con capacidades especiales en Puno, Perú. Arrojando similares resultados que los de Benavente Lipa, L (39).

Chileno Arana, M. (41) Investigó la relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en 84 escolares con discapacidad cuyos resultados evidenciaron un deficiente conocimiento de los padres sobre salud oral 47,6% y una higiene oral mala en los escolares 45,2%. además de un índice CPOD y ceod de mediano riesgo estableciéndose relación directa moderada entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y la higiene oral de los escolares discapacitados y relación inversa entre el conocimiento de los padres sobre salud oral y la experiencia de caries de sus hijos.

Estudio similar con parecidos resultados arrojó el realizado por Mina Bedoya C. (42) quien investigó el estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral en Quito Ecuador.

Garrido Lecca Chipana(43) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar si existe una asociación entre el estado de salud bucodental de los niños con habilidades diferentes del CEBE "Ana Rosa Gattorno" de Tacna al año 2017 y el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y/o cuidadores, obteniendo como resultado que el 63.6% de los padres y/o cuidadores tienen un nivel de conocimiento sobre higiene oral considerado regular y sus hijos presentan un CPOD y ceod alto y un índice de higiene oral deficiente, no existiendo diferencia significativa entre el nivel de conocimientos sobre higiene oral en los padres y/o cuidadores y el índice de higiene oral individual en sus hijos.

Coto Corrales, K. (44) realizó un estudio similar donde relacionó el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y su relación con los índices de higiene oral y caries de sus hijos arrojando resultados similares en cuanto a los índices de higiene oral y CPOD y ceod. Sin embargo, en cuanto a la relación entre variables, encontró relación directa entre nivel de conocimiento de los padres y el índice de higiene oral de sus hijos con habilidades especiales, sin embargo, no hubo relación con los índices de caries.

Torres Rivadeneyra, V (45) analizó el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia y la higiene oral en los alumnos del Centro Educativo Básico Especial, cuyo resultado fue un nivel de conocimiento

predominante alto de los padres de familia, representando el 59,7%, de los cuales 61,3% de los alumnos presentaron regular higiene oral. Obteniendo relación directa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral de sus niños.

Existen muy pocos estudios realizados a nivel nacional; Di Nasso P, Garces G (46) evaluaron la influencia del nivel de conocimientos sobre salud bucal de padres o apoderados, sobre el estado de salud bucal del niño con discapacidad concluyendo que el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados, está relacionado con el estado de salud de los niños con discapacidad. Así mismo Di Nasso P, y col (47) compartieron experiencias de educación para la salud bucal en instituciones educativas especiales en Lima, Perú y Mendoza, Argentina. Arrojando como resultados a nivel de los padres un desconocimiento sobre salud bucodental y a nivel de los niños un deterioro de su estado bucal.

## 2-BASES TEÓRICAS

### 1-DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Podríamos decir que la discapacidad intelectual, comprende una compleja variedad de problemas, desde diferentes niveles de coeficiente intelectual hasta distintas conductas adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas que disminuyen la capacidad de autonomía, de comunicación, interpersonales, sociales, rendimiento escolar, capacidad de realizar actividades cotidianas y de autocuidado. (3)

Es importante tener presente que la discapacidad intelectual no es exactamente lo mismo que la discapacidad del desarrollo. Esta última en términos generales incluye a la discapacidad intelectual pero además incluye discapacidades físicas. Algunas discapacidades del desarrollo pueden ser solo físicas, como la ceguera de nacimiento. Existen personas que tienen tanto física como discapacidades intelectuales provenientes de causas genéticas u otras causas físicas (por ejemplo, Síndrome del alcoholismo fetal). A veces las discapacidades intelectuales pueden provenir de causas no físicas, como el nivel de estimulación infantil y la capacidad de respuesta del adulto (2)

El concepto de discapacidad intelectual ha ido evolucionando en el tiempo producto de la nueva forma de pensar sobre la discapacidad que incluye una perspectiva socio ecológica sobre la discapacidad intelectual y un modelo teórico multidimensional, que describe cómo el funcionamiento humano y la presencia de la discapacidad intelectual implican la interacción dinámica y recíproca entre habilidad intelectual, conducta adaptativa, salud, participación, contexto y apoyos individualizados.

La misma se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, expresada en las habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. La discapacidad se origina antes de los 18 años. Esto implica una las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder en distintas situaciones y en lugares (contextos) diferentes. Dicha discapacidad se expresa cuando una persona con limitaciones significativas interactúa con el entorno. Es decir, que obedece tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene el mismo. Esto

dependiendo si es un entorno más o menos facilitador, la discapacidad se expresará de manera diferente. La nueva terminología, empleada es discapacidad intelectual, y se elimina definitivamente la expresión retraso mental. Se actualiza el modelo conceptual desde una perspectiva socio-ecológica, multifactorial de la etiología y la distinción entre una definición operativa y otra constitutiva de la condición (48).

Entre las causas de la discapacidad intelectual tenemos: (49)

Genéticas: Se produce por alteraciones en genes heredados de los progenitores, errores en la combinación genética u otros desórdenes genéticos, otro factor que puede influir es la edad de los padres sobre todo en parejas muy jóvenes o maduras en las que existe mayor prevalencia de que sus hijos nazcan con algún tipo de discapacidad intelectual.

Congénitas: Se refiere a las características que se adquirieron durante la gestación y que no van a depender solo de factores genéticos heredados. Los factores que pueden influir en la formación de alteraciones y desordenes están: el alcohol y las drogas son los que más producen alteraciones a nivel intelectual. La mala nutrición de la madre, la exposición a radiación, sustancias químicas (fungicidas, pesticidas, desechos tóxicos.). Enfermedades de la madre como la Rubéola van a provocar alteración en el desarrollo normal del individuo. De la misma manera el bajo peso al nacer y los partos prematuros pueden producir alteraciones en la capacidad intelectual.

Adquiridas: Es decir producidas por factores a los que se expone un individuo después del nacimiento como, por ejemplo: enfermedades que pueden terminar en alteraciones cerebrales golpes en la cabeza, asfixia o exposición a toxinas como plomo y mercurio las que pueden producir daños irreparables en el cerebro y sistema nervioso central. También podrían ser causadas por factores tales como el nivel de estimulación infantil y la capacidad de respuesta de los adultos, y la educación factores tales como la disponibilidad de apoyos familiares y educativos que pueden promover desarrollo mental y mayores habilidades adaptativas.

Cabe destacar, que aproximadamente del 40 al 50 por ciento de las causas de las discapacidades intelectuales actualmente no tienen origen identificable (2)

## 2-GRADO DE DISCAPACIDAD

Es la valoración de la discapacidad expresada en porcentaje. Responde a criterios técnicos unificados y fijados por la Administración Pública y en él se valoran tanto las discapacidades que presenta una persona como los factores sociales complementarios (entorno familiar y situación laboral, educativa y cultural) que pueden dificultar su integración social. Es decir que determinar el grado de discapacidad es un proceso complejo en el cual siempre se hacen dos valoraciones: - la de "Limitaciones de la actividad" (sería algo similar al Índice de Barthel) y - la de los "Factores sociales complementarios". (50)

La terminología propuesta por la Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo AAIDD (51) es la siguiente:

Discapacidad intelectual leve: Personas cuya puntuación en el Coeficiente intelectual (CI), sin llegar a 55-50, se sitúa por debajo de 75-70 (unas 2 desviaciones típicas por debajo de la media). Por lo general, estas personas suelen presentar ligeros déficits sensoriales y/o motores, adquieren habilidades sociales y comunicativas en la etapa de educación infantil y adquieren los aprendizajes instrumentales básicos en la etapa de educación primaria.

Discapacidad intelectual moderada: Personas cuya puntuación en el Coeficiente Intelectual se sitúa en el intervalo entre 55-50 y 40-35. La conducta adaptativa de este grupo suele verse afectada en todas las áreas del desarrollo. Suelen desarrollar habilidades comunicativas durante los primeros años de la infancia y durante la escolarización, pueden llegar a adquirir parcialmente los aprendizajes instrumentales básicos. Suelen aprender a trasladarse de forma autónoma por lugares que les resulten familiares, atender a su cuidado personal con cierta supervisión y beneficiarse del entrenamiento en habilidades sociales.

Discapacidad intelectual grave: Se incluye en la misma a personas cuya medida del Coeficiente Intelectual se sitúa en el intervalo entre 35-40 y 20-25.

Discapacidad intelectual profunda/pluridiscapacidad: La mayoría de estas personas presenta una alteración neurológica identificada que explica esta discapacidad, asociación con otras discapacidades (de ahí el término pluridiscapacidad) y la gran diversidad de problemas que se da dentro del grupo. Por este motivo, uno de los ámbitos de atención prioritaria es el de la salud física. La medida del Coeficiente Intelectual queda por debajo de 20-25.

Discapacidad intelectual de gravedad no especificada: Esta categoría se reserva para individuos mayores de 5 años cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) mediante procedimientos localmente disponibles es difícil o imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados, como ceguera o sordera, discapacidad locomotora o presencia de problemas de comportamiento graves o la existencia concurrente de trastorno mental. Esta categoría sólo se utilizará en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

En el país, son más de cinco millones de personas las que tienen algún tipo de discapacidad; Y solo el 33,4% cuentan con el Certificado Único de Discapacidad (CUD), con el cual pueden acceder a múltiples beneficios, como el tratamiento médico integral y gratuito de su afección, entre otros. (6)

### **3- DISCAPACIDAD Y ODONTOLOGÍA**

#### **3.1 Problemas Bucales de mayor prevalencia:**

En general las personas con discapacidad suelen tener complicaciones orales, que se traducen en problemas para comer, sobre todo masticar, y la dificultad de mantener una adecuada higiene oral, que hacen que sus dientes sean susceptibles a patologías como ser caries y enfermedades periodontales. (52)

Es importante tener en cuenta que no existen enfermedades orales que sean exclusivas de pacientes con discapacidad.

##### **3.1.1 Biopelículas orales. Placa dental:**

Las biopelículas (biofilm) son comunidades de microorganismos unidos entre sí y a una superficie, organizados en una estructura dinámica y tridimensional, embebidos en una matriz que son producidos por ellos mismos. La antes mencionada que se forma sobre los dientes es conocida como «placa dental». definida como un conjunto de microorganismos firmemente adheridos entre sí y a una superficie, embebidos, entremezclados y rodeados de una matriz extracelular de triple origen: bacteriano, la saliva y la dieta. (53)

**Etapas de formación:****Película adquirida:**

Es una capa orgánica delgada que se forma naturalmente sobre el diente pocos minutos después de realizar una higiene oral, está constituida por glicoproteínas salivales, fosfoproteínas, lípidos y algunos componentes del líquido crevicular, y se forma mediante la absorción selectiva de dichas sustancias sobre la superficie de la hidroxiapatita del esmalte. (53)

La colonización bacteriana será siempre posterior a la formación de la película adquirida, comienzan a llegar a ella microorganismos gracias al flujo salival, por el roce del dorso de la lengua, transportados por células descamadas o por la movilidad de bacterias que poseen flagelos u otras inmóviles que se fijan a las anteriores.

**Colonización Inicial:**

Los colonizadores primarios de las superficies dentarias, tanto en la corona como raíces expuestas, son principalmente estreptococos sanguis, S. oralis, S. mitis y especies de actinomices, que en conjunto constituyen el 95% de la micro flora inicial. (53)

**Colonización secundaria y terciaria:**

La acumulación de la placa se produce por un equilibrio entre la multiplicación de los colonizadores primarios, la fijación de nuevas bacterias y la eliminación de otras. Puede durar entre 1 y 14 días. La acumulación de bacterias provoca un cambio ambiental al consumirse nutrientes, acumularse productos metabólicos y escasear el oxígeno debido al aumento del grosor de la placa, lo que favorece el desarrollo de anaerobios y anaerobios facultativo. Las bacterias que colonizan inicialmente las superficies lisas son estreptococos y en menor número actinomices, pero con el paso del tiempo los actinomices se hacen predominantes. (53)

Un estudio realizado por Reuland-Bosma demostró que los adolescentes con síndrome de Down tienen mayor prevalencia de Actinobacillus Actinomycetemcomitans comparados con adolescentes sin ningún tipo de discapacidad. (54)

**Placa madura:**

Puede establecerse después de 2 semanas. Los gradientes continúan hasta convertirse en factores críticos para el crecimiento microbiano, de modo que

zonas muy próximas pueden variar en la concentración de nutrientes, pH, potencial de óxido reducción y productos tóxicos del metabolismo. (53)

### **3.1.2 Placa dental y enfermedad:**

En condiciones de salud, los microorganismos endógenos o residentes en la biopelícula dental conviven con los tejidos orales; son parte del microbiota normal. Estos son esenciales para mantener la salud oral. Cuando se altera el equilibrio entre los microorganismos de la placa dental y los tejidos del huésped aparece el estado de enfermedad. Los procesos infecciosos más frecuentes son la caries y las enfermedades periodontales. (53).

### **3.1.3 Caries**

La caries dental es una enfermedad multifactorial que se inicia con cambios microbianos localizados en la biopelícula de la superficie de los dientes, y que está determinada por la composición y flujo salival, por la exposición a los fluoruros, por la dieta y por los hábitos de higiene oral (513).

El término “caries dental” se utiliza tanto para identificar el proceso de la enfermedad de caries, como las lesiones cariosas que se forman como resultado.

Se considera como un proceso continuo de enfermedad con diferentes estadios que van desde cambios subclínicos en la subsuperficie del esmalte a nivel molecular hasta la completa destrucción del diente. La enfermedad es inicialmente reversible y puede ser detenida en cualquier etapa de su evolución (53)

Causas de la Caries Dental:

Para la ocurrencia de la caries dental, deben actuar de manera conjunta a través del tiempo, de tres factores:(35)

- 1) Flora Bacteriana.
- 2) Huésped (diente susceptible)
- 3) Adecuado substrato: azúcares, que tienen que coexistir durante un tiempo determinado para que se desarrolle la caries, sin olvidar las características inmunes propias del individuo.

Existen una serie de factores secundarios que pueden actuar acelerando o frecuentando el ataque cariogénico:

- 1) Composición de la saliva.
- 2) Flujo salival.
- 3) Higiene buco – dentaria.
- 4) Dieta.

El concepto actual sobre la etiología de esta enfermedad incluye no solo los factores locales, sino otros que actúan a nivel del individuo y de la comunidad.  
(53)

a) Perspectiva superficie/diente

Etiología: Los factores locales actúan en la interfase diente-placa bacteriana.

b) Perspectiva del individuo

Etiología: Causas que actúan a distancia: higiene oral, hábitos de dieta, actitudes y creencias sobre salud, y la presencia de factores que comprometen al individuo física, psicológica o socialmente (boca seca, discapacidad, pobreza, falta de conocimientos, etc.)

c) Perspectiva de la comunidad

Etiología: Causas a nivel poblacional: nivel socioeconómico y cultural, estilos de vida, comportamientos no saludables y políticas sanitarias

Entre los principales factores que participan en el aumento de riesgo de caries en personas con discapacidad son: (52)

- xerostomía, producto del consumo de ansiolíticos y fármacos anti colinérgicos.
- El consumo de fármacos que incorporan elementos azucarados.
- Dietas especiales.
- Hipotonía de las mejillas, labios y lengua.
- Disfunción motora de manos y brazos.
- Desmotivación debido a una percepción continua de enfermedad.

### **3.1.4 Gingivitis**

La gingivitis más frecuente es marginal crónica también denominada gingivitis asociada a placa ya que se relaciona estrechamente por la presencia crónica de placa y calculo. Se caracteriza desde el punto de vista clínico por el enrojecimiento gingival, edema, sangrado, cambios en el contorno, pérdida de adaptación de los tejidos a los dientes y un incremento del líquido crevicular, es reversible si se instaura una buena higiene oral, la gingivitis desaparece y los tejidos vuelven a su normalidad, por el contrario, sin un adecuado control de placa el proceso puede persistir, sin progresar, durante largos periodos de tiempo o servir de inicio a una periodontitis. (44)

### **3.1.5 Periodontitis**

El paso de gingivitis a periodontitis se caracteriza por una destrucción del tejido conjuntivo de inserción con migración apical de la inserción epitelial y pérdida de hueso alveolar. El mecanismo por el cual la gingivitis se transforma en periodontitis es desconocido. Los procesos que actúan durante el inicio de la pérdida de inserción no están muy claros, puede ser una alteración de la microbiota. (44)

Existe una relación bidireccional entre periodontitis y factores sistémicos, es decir que, infecciones periodontales pueden afectar a otros aparatos y sistemas, los que nos permite inferir que el control de las enfermedades periodontales podrá contribuir a la prevención y/o control de determinadas alteraciones sistémicas.

Enfermedades periodontales leves o severas pueden aparecer en niños o personas con alteraciones del sistema inmunitario o con trastornos del tejido conectivo, por lo que la periodontitis suele ser agresiva en personas con alteraciones genéticas como ser el síndrome de Down. (52)

## **4- MEDIDAS PREVENTIVAS EN SALUD BUCAL**

Se podría decir en un sentido amplio que, «prevención» es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. La prevención de la enfermedad puede ser: (53)

- 1) primaria, mediante la reducción del riesgo de enfermedad;
- 2) secundaria, mediante la pronta intervención para detener la progresión de la enfermedad,
- 3) terciaria, mediante la minimización de los efectos de la enfermedad sobre la función y la actividad.

Sin embargo, el objeto principal de nuestra atención es la prevención en su sentido estricto, es decir, la prevención primaria, entendida como el conjunto de actuaciones que permiten evitar la ocurrencia de la enfermedad y, por tanto, todas aquellas que son aplicables en el período prepatogénico, cuando la enfermedad aún no se ha desarrollado.

#### **4.1 Control de la placa bacteriana.**

El cepillado dental es el primer paso en la higiene bucal para lograr la eliminación de la placa y restos alimentarios de la superficie de los dientes, siendo este el método de eliminación mecánica de placa bacteriana. Se requiere como mínimo un cepillado diario después de cada comida como mínimo tres veces al día, haciendo hincapié en la nocturna, donde existe mayor riesgo.

El control de placa es fundamental para la salud dental y periodontal, y la mejor forma de conseguirlo es con la correcta utilización del cepillo de dientes manual o eléctrico. Si es efectivo, reduce la placa supragingival y la parte más cercana al margen gingival de la placa subgingival. Sin embargo, no consigue una efectiva limpieza interdental, por lo que debe complementarse con el uso de hilo dental y cepillos o palillos interdentales. (53)

El inicio precoz del control y prevención de la placa bacteriana ayuda a establecer un hábito en el cuidado bucal que dura toda la vida: (35)

- En el niño menor de 1 año: Una vez erupcionado los primeros dientes se puede limpiar con una gasita o un cepillo mojado con cerdas blandas, cuando erupciona un número determinado de ellos se debe establecer una rutina más minuciosa y sistemática para lograr la limpieza correcta de todos los dientes.
- En el niño de 2 años: Aunque los niños a partir de los 2 años suelen mostrar inclinación a limpiarse los dientes sin ayuda, es importante que sus

padres supervisen y limpien las áreas que los niños pasan por alto, debido a que sus movimientos finos son todavía deficientes.

- A partir de los 3 años de edad: puede introducirse el uso del dentífrico, teniendo en cuenta que se debe limitar el dentífrico al tamaño de un guisante o frijol y siempre con la supervisión de los padres para la correcta limpieza.
- Entre los 6 y 10 años: Se considera que entre los 6 y 10 años (periodo escolar) el niño debe ir responsabilizándose de forma progresiva de su higiene dental, si bien los padres deben supervisarla es necesario que se realice de manera autónoma.

#### **4.1.1 Control de la placa con antimicrobianos.**

Aunque la forma más común de eliminar la placa sea mediante el control mecánico, el uso complementario de antimicrobianos puede ser muy beneficioso y, en ocasiones, esencial. Son frecuentes las personas y los grupos que tienen insuficiente destreza manual, como por ejemplo personas con algún tipo de discapacidad, escasa motivación o bajo nivel de cumplimiento. El uso complementario de antimicrobianos es fundamental en determinadas situaciones clínicas, como pacientes en fase activa de enfermedad periodontal o de alto riesgo de caries. (53)

Las características generales del control de placa con antimicrobianos son las siguientes (53)

- No se dirige a todas las personas sino solo a pacientes y situaciones concretas, aunque hay una creciente tendencia a utilizar antimicrobianos de uso diario habitual.
- Debe ser prescrito por el profesional, que indicará el tipo de antimicrobiano, el vehículo, la concentración, la frecuencia y el tiempo de uso.
- Lo aplica el propio paciente y, en algunos casos, el profesional en el consultorio.
- No es necesario tener un conocimiento y una destreza manual especiales.

Dentro de los agentes antimicrobianos, el más utilizado es la *clorhexidina*. Su utilización excede al propio control de placa y gingivitis, y se ha formulado en

diferentes vehículos (colutorios, dentífricos, barnices, aerosoles, gel) y concentraciones con un rango que puede oscilar entre el 0,05% en colutorio al 35% en barniz. Además, hay otros agentes con actividad antimicrobiana que también se utilizan como el Triclosano, Citrato de cinc, Fluoruro de estaño, Extractos de hierbas, entre otros.

#### **4.1.2 Motivación y Educación para el control de la placa en personas con discapacidad.**

Los programas de higiene oral deben individualizarse a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta sus limitaciones físicas y psíquicas, y las de su entorno. Siempre que sea posible, el trabajo de educación y motivación debe realizarse directamente con los pacientes, pero involucrando simultáneamente a los padres y /o cuidadores. (52)

El lugar donde se lleve a cabo la higiene dental no es relevante, es decir siempre y cuando el procedimiento se realice correctamente no hace falta q sea en el cuarto de baño.

La placa bacteriana tras su remoción se restablece en menos de 24hs sobre la superficie dentaria, por lo que lo que es necesario cepillarse los dientes varias veces al día, los expertos -como la Federación Dental Internacional- aconsejan al menos 2 cepillados al día, e idealmente después de cada comida, haciendo especial hincapié en que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de acostarse. En los pacientes más jóvenes es importante insistir mucho en la higiene oral, ya que en este período es más fácil incorporar esta actividad entre los hábitos de conducta. (52)

De entre las técnicas para la modificación de la conducta la denominada Decir-Mostrar-Hacer se considera la más indicada para instruir en higiene bucodental en niños con discapacidad psíquicas y físicas con limitaciones leves o moderadas, y en general a cualquier persona con alguna discapacidad que conserve en cierta medida sus habilidades.

Existen algunas herramientas que pueden resultar útiles para ayudar a los pacientes con discapacidad intelectual leve o moderada a percibir el paso del tiempo mientras se procede al cepillado dental u otro procedimiento de higiene oral. Se puede emplear un cronómetro de números grandes o los típicos relojes

de arena; también puede resultar muy práctico asociar el cepillado a una canción o una melodía. Los pictogramas son instrumentos que también pueden resultar útiles para la educación en higiene oral, especialmente en los pacientes con trastornos del espectro autista. (52)

La fase de mantenimiento de la salud bucodental, debe realizarse con las revisiones periódicas del profesional odontólogo. En personas con discapacidad que no se consideren de “alto riesgo de patología oral” debe realizar una visita semestral al profesional, con refuerzo de la motivación y si fuese necesario realizar eliminación de sarro, aplicación de fluoruros y diagnóstico radiográfico. En pacientes con antecedentes importantes de enfermedad periodontal, caries, u otro proceso patológico oral, está indicado aumentar la frecuencia de las revisiones, pudiendo llegar a alcanzar una periodicidad trimestral (52)

#### **4.1.3 Nutrición – Dieta.**

La ingestión inadecuada de los nutrientes puede llevar a un estado nutricional precario y dar lugar a situaciones complejas de enfermedad y desnutrición, las estructuras bucales son susceptibles de procesos que pueden ser influidos localmente por características físicas, bioquímicas de la dieta. (44)

Se ha demostrado que existe una relación directa entre la dieta y la salud oral. La nutrición afecta a los dientes durante su etapa de desarrollo y puede condicionar la aparición de determinadas enfermedades orales (52)

Las dietas bajas en proteínas minerales, vitaminas y altas en carbohidratos son comunes en muchas poblaciones y en todas se halla relación positiva entre caries y una higiene oral deficiente

La prevalencia de erosiones dentales se está incrementando como consecuencia de la ingesta de alimentos ácidos y sobre todo de bebidas carbohidratadas. Por su parte los azúcares, en particular los carbohidratos fermentables, reducen el ph. salival y de la placa dental, iniciando un proceso de desmineralización del diente, estadio inicial de la caries.

Además de los azúcares, el proceso carioso también está condicionado por otros factores como la consistencia, viscosidad de los alimentos, tiempo de exposición (contacto del alimento con las estructuras dentarias), la concentración de azúcares, frecuencia en la ingesta, flujo salival y la higiene oral. El consumo de productos alternativos, como los chicles que contienen xilitol (sin azúcar), y

determinadas normas de educación nutricional, como el consumo de azúcares con las comidas principales en lugar de entre ellas, pueden reducir el riesgo de caries. (52)

**Tabla 1. Estrategias dietéticas básicas para la prevención de enfermedades orales en las personas con necesidades de cuidados especiales de salud.**

FRECUENCIA de las comidas	Número de comidas debe ser de cuatro máximo
CANTIDAD de sacarosa	Una baja cantidad de consumo de azúcar
CARACTERÍSTICAS de las comidas	Son recomendables las comidas que favorezcan la masticación y permitan un incremento de la salivación. Son recomendables os alimentos que eviten la caída del pH. Evitar comidas de consistencia pegajosa.
CARBOHIDRATOS fermentables	Polisacáridos, disacáridos y monosacáridos pueden ayudar a la formación de ácido en la cavidad bucal
SUSTITUTOS del azúcar	Uso de sustitutos del azúcar (stevia, aspartame, etc) lo que resulta en una baja producción de ácido. Asimismo se recomienda el chicle de Xilitol de 4 a 10g diarios durante 20 minutos, después de las comidas o en meriendas
ELEMENTOS protectores de la dieta	EL fluoruro en frutas, verduras, sal o en el agua tiene un efecto protector. Los fosfatos, calcio, grasas, proteínas han probado tener ciertos efectos inhibidores de caries.

#### **4.1.4 Dieta y nutrición en las personas con discapacidad.**

Las personas con discapacidad física o psíquica requieren a menudo modificaciones dietéticas, que muchas veces pueden aumentar el riesgo de patologías orales

Los problemas masticatorios pueden llevar a una baja ingesta de frutas, verduras, y carnes y muchas comidas trituradas llevan gran cantidad de azucares libres, aumentando el potencial cariogénico del alimento. Sumado a una reducción de la producción de saliva, generalmente de origen medicamentoso, también compromete el proceso de deglución e incrementa el riesgo de caries. Por otra parte, el dolor de origen dental en un paciente con dificultad en la comunicación, puede exagerar un comportamiento negativo y comprometer la ingesta. Personas

con parálisis cerebral o el síndrome Down, con llevan a menudo alteraciones del desarrollo orofacial que pueden afectar a la deglución y succión. (52)

Los líquidos son muchas veces difíciles de manejar en boca cuando la persona tiene una capacidad deglutoria alterada. A menudo se incorporan espesantes a los componentes líquidos de la dieta para reducir el riesgo de aspiración; uno de los más recurridos es la harina de maíz, pero tiene el inconveniente de que debe ser precocinada, otros espesantes utilizados son los polisacáridos sin almidón (hipocalóricos y no cariogénicos) y la maltosa (muy energéticos pero altamente cariogénicos). Una alternativa para alcanzar una adecuada ingesta de líquidos es consumir alimentos ricos en agua como ser frutas, compotas, yogures, quesos frescos. (52)

#### 4.1.5 Flúor

El flúor está ampliamente distribuido en la naturaleza presentándose generalmente en forma iónica como fluoruro. La evidencia científica existente transforma el uso preventivo y terapéutico de los fluoruros en una de las estrategias de salud pública más estudiadas de la humanidad. (53)

La principal vía sistémica de incorporación de fluoruros al organismo en adultos es a través de ciertos alimentos y agua de bebida. El flúor se combina con la hidroxiapatita del diente generando fluorhidroxiapatita, estructura mucho más resistente al ataque de los ácidos. Además, actúa en la remineralización del esmalte que ha sido destruido en la etapa inicial del proceso de la caries. También el flúor tiene un efecto antimicrobiano al impedir la adhesión de la placa a la superficie del diente e inhibir el metabolismo bacteriano. (53)

**Tabla N°2. Formas de Aplicación del Flúor**

FLUOR SISTÉMICO			FLÚOR TÓPICO			
<b>Uso Comunitario</b>		Uso Individual	Pasta Dentífrica	Colutorio		Geles y Barnices
<b>Agua Potable</b>	Sal común y leche	Suplementos fluorados.		Uso Diario	Uso Semanal	

## 5- ÍNDICES DE SALUD BUCODENTAL

Los problemas de salud o enfermedad en una comunidad pueden medirse por medio de instrumentos llamados índices de salud. (44)

Los índices describen una situación relativa de salud en una población a través de una escala graduada, a su vez permite comparar los resultados con otras poblaciones calificadas según los mismos métodos y criterios, sirven como indicadores de prevalencia de determinadas enfermedades también indican el grado de severidad en que se encuentran esas enfermedades. Los requisitos que debe reunir un índice son validez, claridad, fiabilidad, reproducibilidad, sensibilidad, aceptabilidad y manejabilidad estadística. (53)

Los índices epidemiológicos se emplean para cuantificar y comparar la prevalencia de caries dentales y enfermedades periodontales entre otras enfermedades bucales.

### 5.1 Indicador Epidemiológico para la Caries Dental.

#### 5.1.1 Índice CPO-D.

Fue desarrollado por Klein, Palmer y Knutson durante un estudio del estado dental y la necesidad de tratamiento de niños asistentes a escuelas primarias en Hagerstown, Maryland, EUA, en 1935. Se ha convertido en el índice fundamental de los estudios odontológicos que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. (35)

Se registra para cada individuo y toma en cuenta la dentición permanente, más específicamente las 28 piezas dentarias permanentes, sin contar las terceras molares. Se anota para cada persona el número de dientes cariados, obturados y perdidos, incluyéndose las extracciones indicadas debido a caries dental, entre el total de individuos examinados. (55)

#### **Índice Individual: C + P + O**

-Criterios de inclusión a utilizar para tomar los índices CPO-D: (55)

a. Se consideró cariado (C).

- Presencia de una lesión clínicamente visible.
  - Si la opacidad del esmalte indica presencia de caries subyacente.
  - El diente está obturado y presenta recidiva de caries.
- b.** Se consideró obturado (O).
- Si presentó una o más obturaciones con cualquier material de obturación definitiva, sin recidiva de caries, fracturas ni defectos en la adaptación periférica.
- c.** Se consideró perdido (P).
- Se consideró como indicación de extracción la presencia de una patología irreversible.

Índice Comunitario: El índice grupal resulta del promedio de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, extraídas y obturadas de los niños del grupo examinado.

**Tabla N° 3. Índice comunitario de CPO-D**

<b>CPO</b>	<b>Índice comunitario</b>
<b>Total de Examinados</b>	

**Tabla N° 4. Cuantificación de la OMS para el Índice de CEO-D (55)**

Índice CPO-D	Nivel de Severidad
0 a 1.1	Muy bajo.
1.2 a 2.6	Bajo.
2.7 a 4.4	Moderado.
4.5 a 6.5	Alto.
Mayor a 6.6	Muy alto.

### **5.1.2 Índice ceo-d: (55)**

Expresa la sumatoria de dientes temporarios cariados, con indicación de extracción y obturados, no se consideran los dientes ausentes.

El índice ceo, fue propuesto por Gruebbel en 1944 y cuenta con las siguientes características:

- Es utilizado en dentición temporaria, escribiéndoselo en letras minúsculas.

- Se ignoran los dientes faltantes porque la mayoría se exfolian en forma natural.

### **5.1.3 Índice de Placa de O'Leary**

Este índice evalúa la presencia de placa bacteriana en las cuatro superficies del diente, correspondientes a mesial, distal y lingual, una vez coloreada la placa (color rosa oscuro, si se emplea eritrosina, o color rosa y azul, si se usa doble tono), se examina la boca, se suman las superficies coloreadas que contienen placa, se apunta en el correspondiente lugar de la ficha. (35)

El resultado final es un porcentaje que se obtiene sumando el total de las superficies coloreadas por el total de superficies presentes en boca.

Este índice se aplica en el momento inicial y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa mecánicamente, antes y después de la enseñanza de la higiene bucal. Un porcentaje menor o igual a 20% está indicando buena higiene bucal, mientras un porcentaje mayor o igual al 21 % está indicando mala higiene bucal.

## **6- CONOCIMIENTO**

Existen muchas definiciones sobre conocimiento La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Se puede decir que el conocer es un proceso a través de cual un individuo se hace consciente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es generar. Para que ocurra el proceso de conocer, debe existir una relación entre cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que no es más que la información recabada acerca del objeto. Vale decir que, el sujeto se pone en contacto con el objeto y en el dualismo entre ambos se puede decir que se está en posesión del conocimiento. (56)

## **6.1 Conocimiento en Salud**

Se la podría definir como “la información a la que tiene acceso la población y que constituye la base cognitiva para la toma de decisiones en relación con la salud, las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo.” (57)

Las prácticas o conductas son cualquier comportamiento o acción que forma parte de la vida cotidiana de una persona e influyen sobre su estado de salud, y generalmente provienen de los grupos sociales de los que son parte las personas. Los conocimientos en cambio, provienen de diferentes mecanismos con los que las personas hacen contacto en todas las etapas de su vida: los medios masivos de comunicación, la relación con las demás personas dentro del mismo núcleo familiar o dentro del grupo o red social como la escuela o el trabajo y las características del ambiente. En ese orden de ideas puede decirse que los conocimientos y prácticas provienen de la información que el sujeto ha recibido, de lo que ve, de lo que cree y de lo que siente (57)

### **6.1.2 Instrumentos de medición de Conocimiento en Salud Oral.**

Existen diversos tipos de instrumentos de medición tanto cualitativa como cuantitativa. El cuestionario es un instrumento que puede abarcar aspectos cuantitativos y cualitativos. La utilización este instrumento es cada vez más frecuente, tanto en el ámbito de la asistencia como en el de la investigación (58)

El cuestionario consiste en un conjunto de ítems que pueden plantearse como preguntas, enunciaciones, afirmaciones o negativas con varias alternativas, sobre hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación, y puede ser aplicado en formas variadas. El objetivo del mismo será el de traducir las variables de la investigación en preguntas concretas que nos proporcionen información viable y susceptible de ser cuantificada (58)

En salud oral se han utilizado instrumentos de medición de conocimientos, actitudes y prácticas para acercarse al entendimiento de la realidad cotidiana. Las encuestas dirigidas a identificar los conocimientos y prácticas de auto-cuidado en salud, se han considerado un recurso importante para el diseño de propuestas educativas que buscan la participación activa y consciente de las personas en la promoción de su salud y la prevención de enfermedades (59)

**Tabla N° 5: Algunos cuestionarios desarrollados los últimos 10 años para medir el conocimiento de Padres o Cuidadores en Salud Bucodental**

<b>Autor/Año/Lugar del Estudio</b>	<b>Objetivo del Estudio</b>	<b>Número de Ítems del Cuestionario</b>	<b>Codificación Respuestas Cuestionario</b>
Suresh y cols., 2009, Moradabad, India (60)	Medir conocimientos y actitudes de madres sobre la salud oral de niños entre 1-4 años	20	Escala Likert
Revello e Isler, 2010, Santiago, Chile (61)	Determinar el nivel de conocimientos en salud oral de funcionarios y apoderados de jardines JUNJI e INTEGRA según su participación en "Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para preescolares"	16	Selección Múltiple
Flores Chapa, A., 2011, Monterrey, Nuevo León. México (17)	Medir conocimientos de los padres sobre los productos de higiene oral para sus hijos.	15	Escala de Likert
Benavente Lipa L. y Cols., 2012 Lima Perú (36)	Medir el conocimiento de salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad	20	Escala de Likert
Arrow y cols., 2013, Perth, Bunbury y Busselton, Australia (62)	Medir el conocimiento en salud oral, hábitos, actitudes y auto-eficacia de padres/cuidadores de recién nacidos y compararlo tras una intervención educativa a los 12 y 36 meses	10	Escala de Likert
Panduro del Castillo M, 2014. Iquitos – Perú (35)	Medir conocimientos sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia.	17	Selección Múltiple
Cupé-Araujo A. y cols., 2015 Lima Perú (63)	Medir conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares y desarrollo y validación de un instrumento	20	Selección Múltiple
Pozo Villarreal, L2016 Quito-Ecuador (64)	Determinar el conocimiento de los padres de familia y docentes sobre los hábitos higiénico-dietéticos de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en el Instituto Fiscal de Educación Especial	9	Alternativas - Si No
Garrido Lecca Chipana, 2017 Tacna Perú (43)	Determinar el estado de salud bucodental de los alumnos con habilidades diferentes del CEBE "Beata Ana Rosa Gattorno" y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre salud oral.	12	Alternativas - Si No, Tal Vez
Torres Rivadeneyra, V 2018. Iquitos –Perú (45)	Medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene oral en los alumnos del centro educativo básico especial del distrito de Iquitos	20	Selección Múltiple
García Paredes, H 2019. Trujillo-Perú (28)	Medir el nivel de conocimiento sobre salud oral en madres con niños de 0 a 5 años de edad que asisten a los consultorios dentales del hospital de especialidades básicas La Noria. Trujillo.	20	Selección Múltiple

Se puede observar en la tabla n°5 que el número de preguntas de los cuestionarios varió entre 10 a 20 y que la codificación de respuestas fue diversa. Es importante mencionar, que las dimensiones en común y más evaluadas fueron las siguientes (17, 28, 35, 36, 43, 45, 60, 61, 62,63, 64).

-Patologías de la cavidad oral relacionadas a la mala higiene bucal: caries enfermedad periodontal.

-Hábitos de higiene oral: cepillado (momentos, cantidad por día, técnica),

-Hábitos de alimentación: consumo de azúcares, alimentos saludables, etc.

-Importancia piezas dentales temporales.

- Flúor: Aporte y función.

-Asistencia a control odontológico.

Además, se observa la evaluación de otros factores como: "Prevención de enfermedades orales y caries", "Consecuencias de una pobre Salud Oral", "Desarrollo oral", "Partes de la boca y funciones", "Tipos de elementos de higiene oral", "Importancia de la lactancia materna", "acciones terapéuticas del odontólogo", "actitudes de los padres/tutores frente a indicaciones del profesional", entre otros. (17, 28, 35, 36, 43, 45, 60, 61, 62,63, 64).

Considerando el objetivo de la investigación, existen algunos cuestionarios que se pueden adecuar al mismo, ya que miden conocimientos en salud oral infantil y de niños y adolescentes con discapacidad.

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**

Los conocimientos sobre la salud bucal que presentan los padres/tutores podrían relacionarse con el estado de salud bucal de las personas con discapacidad intelectual: A mayores conocimientos de padres/tutores, mejor estado de salud bucal de los niños con discapacidad intelectual.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal en personas con discapacidad intelectual, que concurren al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia de la ciudad de Corrientes durante el año 2017, acompañados por sus padres/tutores.

La muestra estuvo constituida por todas las personas con Discapacidad Intelectual, y sus padres/tutores, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Se excluyeron a aquellos que presentaban otro tipo de discapacidad y a las personas con discapacidad intelectual que al momento del examen clínico bucodental no prestaron colaboración.

### **1-VARIABLES de estudio:**

#### **Variable independiente:**

- Conocimientos sobre salud bucal de padres/tutores de niños con discapacidad intelectual

#### **Variable dependiente:**

- Estado de salud bucal de los niños con discapacidad intelectual

### **1.1-Operacionalización de las variables:**

VARIABLES	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA DE LA ESCALA
<b>Conocimientos sobre salud bucal de los padres/ tutores</b>	-Patología bucal -Hábitos de higiene bucal -Medidas preventivas -Dieta	Cuestionario de 20 preguntas (63)	Muy bueno (18-20 puntos.) Bueno (15-17 puntos.) Regular (11-14 puntos.) Deficiente (0-10 puntos.)
<b>Estado de salud bucal de niños con discapacidad intelectual</b>	Piezas dentarias: C=Cariadas P=Perdidas O=Obturadas Ei=Extracción indicada	Índice de caries para piezas dentarias permanentes (CPOD) y temporarias (ceod) (55)	Niveles de severidad según la OMS:(31) - 0.1 /1,1 Muy Bajo riesgo - 1.2 a 2.6 Bajo riesgo - 2.7 a 4.4 Mediano Riesgo - 4.5 a 6.5 Alto Riesgo - mayor 6. 5 Muy Alto Riesgo
	Presencia de biofilm en las piezas dentarias (Higiene bucodental)	Índice de O'Leary:(53) (Cantidad de superficies teñidas/total de superficies presentes x 100)	≤ 20% buena higiene bucal ≥ 21% mala higiene

## **2- Recolección de la información**

La recolección de los datos se realizó mediante entrevistas cara a cara. Después de explicar a padres/tutores los objetivos del estudio y que el mismo no supone ningún riesgo para la salud del niño, se solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 1).

Se utilizó un cuestionario estructurado de opción múltiple con 20 preguntas orientadas a conocer los saberes previos de los padres/tutores sobre salud y enfermedad bucal, hábitos de higiene, medidas preventivas y dieta, además de los datos de filiación.

El cuestionario empleado (Anexo 2), fue diseñado, validado y utilizado por Araujo y Rupaya (63) en Lima para medir los conocimientos sobre salud bucal en madres y padres de niños que asisten a Instituciones Educativas Iniciales en zonas urbano marginales de la provincia.

Antes de iniciar la investigación se realizó un estudio piloto a 18 padres/tutores, con el objetivo de verificar si las preguntas realizadas en los diferentes temas eran entendidas por los mismos. Como resultado del estudio piloto no fue necesario realizar ningún tipo de modificación a la estructura y formulación del cuestionario utilizado.

Los datos sobre salud bucal en los niños y adolescentes fueron recolectados a través de: Ficha de datos personales, una odontograma, una tabla con los indicadores de CPOD y ceod. Estos índices son recomendados por la OMS (55). Uno es utilizado para dentición temporal (ceod) y el otro para dentición permanente (CPOD). El registro para determinar el índice de O'Leary (53) se realizó marcando la superficie teñida sobre los diagramas ad hoc (Anexo 3).

## **3- Plan de Análisis**

Para el análisis de los datos se utilizó el Programa estadístico SPSS 21.0. Se aplicó el siguiente proceso secuencial:

- 1) Una descripción estadística univariable de cada una de las variables de estudio
- 2) Elaboración de tablas de contingencia que expresen relación entre variables

3) Selección y aplicación de prueba estadística para comprobación de hipótesis

#### **4-Aspectos Éticos**

El trabajo de investigación cuenta con el Aval del Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la UNNE (dictamen N°83.2014)

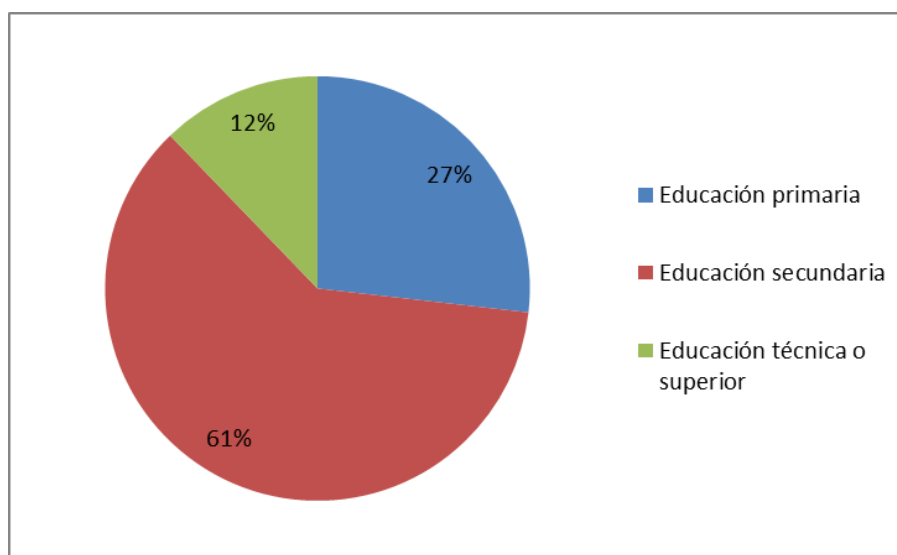
## RESULTADOS

### 1- Características sociodemográficas de la población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por 82 personas con discapacidad intelectual y sus padres/tutores.

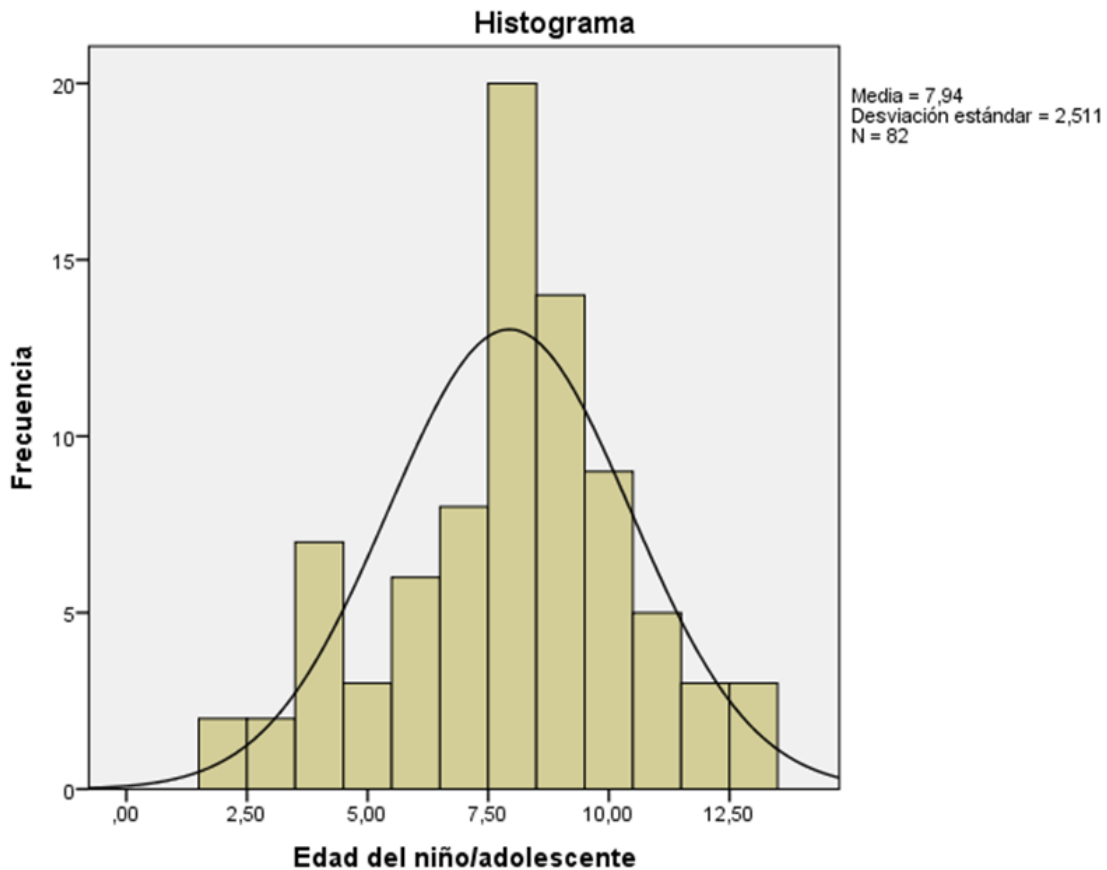
La edad de los padres/tutores osciló entre los 21 a 58 años, con una media de 36,9 (desviación estándar 7,82). El 71% correspondió al sexo femenino y el 11% masculino. El nivel de instrucción que predomina es el secundario en el 61% de los casos (Gráfico N°1).

**Gráfico N°1: Nivel de Instrucción de los padres/tutores de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia. Corrientes Capital. Año 2017 (n=82)**



La edad de los niños con discapacidad intelectual osciló entre los 2 a los 13 años, con una media de 7,9 (desviación estándar 2,51). El 22% correspondieron al sexo femenino y 78% masculino. (Gráfico N°2)

**Gráfico N°2. Histograma de Edad. Distribución de niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Según edad (n=82)**



De los 82 niños que conformaron la muestra de estudio 14 (17,1%) correspondieron a infantes de 2 a 5 años (con dentición temporaria) y 68 (82,9%) correspondieron a niños de 6 a 13 años (con dentición mixta).

**2- Conocimientos sobre salud bucal de los padres/ tutores. Análisis descriptivo.**

Para dar respuesta al primer interrogante planteado: ¿Cuáles son los conocimientos con respecto al cuidado de la salud bucal que presentan los padres/tutores de niños con discapacidad intelectual? se utilizó un cuestionario sobre nivel de conocimiento, consta 20 preguntas de respuesta múltiple, agrupadas en de 4 dimensiones.

Se describen a continuación cada una de las mismas

## **2.1. Dimensión 1. Conocimientos sobre Patología bucal**

Se halló que el 93,9% de los padres/tutores de niños con discapacidad intelectual reconocen que la caries dental es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares; solo un 19,5% distinguen la existencia de distintas formas de transmisión de los microorganismos que causan la caries dental y un 28% señala que es una capa blanda que se forma en la superficie de los dientes. Dos tercios de la muestra reconocen la importancia de los dientes temporarios para mantener el espacio para los dientes permanentes. Solo el 26,8% indicó que la dentición temporaria se completa a los dos años (Tabla N° 1). (Anexo 4)

**Tabla N° 1: Conocimiento relacionado a la Caries Dental de padres/tutores de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia. Corrientes Capital. Año 2017 (n=82)**

<b>DIMENSIÓN 1: Conocimiento relacionado a la caries dental</b>	
<b>1. ¿Qué es la caries dental</b>	<b>Porcentaje</b>
Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos	2,4
No es una enfermedad	0
Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares	93,9
Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras	3,7
<b>2. Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por</b>	
Compartir utensilios	3,7
Compartir cepillos dentales	72,0
Besos en la boca	4,9
Todas las anteriores	19,5
<b>3. ¿Qué es la placa bacteriana dental?</b>	
Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes	9,8
Es una capa blanda que se forma en la superficie de los dientes	28,0
Es el sarro que se forma en los dientes	58,5
Es una masa que solo se forma en los dientes de los adultos	3,7
<b>4. ¿Son importantes los dientes de leche?</b>	
Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes	63,4
No, porque no cumplen ninguna función	2,4
No, porque al final se van a caer	22,0
No, porque no son dientes permanentes	12,2
<b>5. ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?</b>	
2 años	26,8
4 años	30,5
6 años	24,4
8 años	18,3

## **2.2. Dimensión 2. Conocimientos sobre Prevención**

Se halló que el 35,4% de los padres/tutores de niños con discapacidad intelectual reconocen que la primera visita al Odontólogo es recomendable realizarla cuando aparece el primer diente de leche; la mayoría distingue los beneficios del flúor como medida para prevenir caries y fortalecer los dientes; un 74,4% indicó que es necesario visitar al dentista cuando se tiene los dientes sanos para un examen clínico de rutina; el 63,4% de los padres/tutores cree que si un niño pierde un diente de leche de manera prematura porque esta con caries podría afectar la posición de los dientes y solo un 41,5% reconoce las medidas preventivas para combatir la caries dental. (Tabla N° 2). (Anexo 4)

**Tabla N° 2: Conocimiento relacionado a Prevención de padres/tutores de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia. Corrientes Capital. Año 2017 (n=82)**

<b>DIMENSIÓN 2: Conocimiento relacionado a Prevención</b>	
<b>6. La primera visita al odontólogo se recomienda</b>	<b>Porcentaje</b>
A partir de los dos años	46,3
Cuando aparece el primer diente de leche	35,4
Cuando tenemos dientes de adulto	8,5
Sólo cuando existe dolor	9,8
<b>7. ¿Qué beneficios conoce del flúor?</b>	
Fortalece los dientes y previene la caries	85,4
Cura los dientes para prevenir las extracciones	6,1
El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños	6,1
Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte	2,4
<b>8. ¿Es necesario visitar al dentista cuando se tienen dientes sanos?</b>	
Sí, para un examen clínico de rutina	74,4
Sólo si tiene dientes chuecos	1,2
No, ya que como no tiene nada, no es necesario	20,7
Sólo voy si mi hijo tiene molestias en la boca	3,7
<b>9. Si un niño pierde un diente de leche antes de tiempo porque está con caries ¿Cree Ud. que puede afectar la posición de los dientes?</b>	
Sí	63,4
Depende, sólo si pierde las muelas de leche	14,6
No	14,6
Los dientes de leche no son importantes	7,3
<b>10. ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?</b>	
El flúor	3,7
Una correcta higiene bucal	48,8
Evitar consumo excesivo de azúcares	6,1
Todas las anteriores	41,5

### **2.3. Dimensión 3. Conocimientos sobre Dieta**

La totalidad de los padres/tutores de niños con discapacidad intelectual reconocen que las frutas y verduras son los mejores alimentos para mantener los dientes sanos. El 84,1% recomienda que en la lonchera de sus hijos este presente queso, frutas, huevo, pan, carne; con respecto al consumo de azúcares el 82,9 % reconoce que el niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes. Con respecto a la lactancia materna el 90,2% cree que es necesaria hasta los 6 meses de edad; y en lo que se refiere al consumo de líquidos azucarados durante la noche el 86,6% reconoce como posible causa para la aparición de caries. (Tabla N°3). (Anexo 4)

**Tabla N° 3: Conocimiento relacionado con la Dieta de padres/tutores de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia. Corrientes Capital. Año 2017 (n=82)**

<b>DIMENSIÓN 3: Conocimiento relacionado con la Dieta</b>	
<b>11 ¿qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?</b>	<b>Porcentaje</b>
Frutas y vegetales	100
Gaseosas y frutas	0
Frutos y Galletas	0
Todas las anteriores	0
<b>12. ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?</b>	
Queso, quinua, frutas, huevo, pan, carne	84,1
Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.	2,4
Frutos, leche chocolatada, chisitos	11,0
Todas las anteriores	2,4
<b>13-Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto</b>	
El niño nunca debe consumir azúcar	11,0
El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día	6,1
El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes	82,9
El niño nunca debe consumir azúcar	11,0
<b>14-¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?</b>	
Hasta los 15 días de nacido	2,4
Hasta los 3 meses de edad	1,2
Hasta los 6 meses de edad	90,2
Hasta el primer mes de nacido	6,1
<b>15-Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?</b>	
Va a estar más fuerte al despertar	2,4
Estará más fuerte y sano	0
Estará más expuesto a tener caries	86,6
No pasa nada	11

#### **2.4. Dimensión 4. Conocimientos sobre Higiene Bucal**

La mayoría (84,1%) de los padres/tutores distinguen que los niños deben cepillarse sus dientes de 2 a 3 veces al día y un 40,2% considera que deben comenzar a usar pasta dental con flúor a partir de los 2 años; así mismo, el 87,8% está de acuerdo con que es necesario cepillarse los dientes después de cada comida. Por otro lado, 75,6% de los padres/tutores reconocen la necesidad de cambiar el cepillo dental cada 3 meses. El 62,2% cree que es necesaria su supervisión en el cepillado dental del niño (Tabla N°4). (Anexo 4)

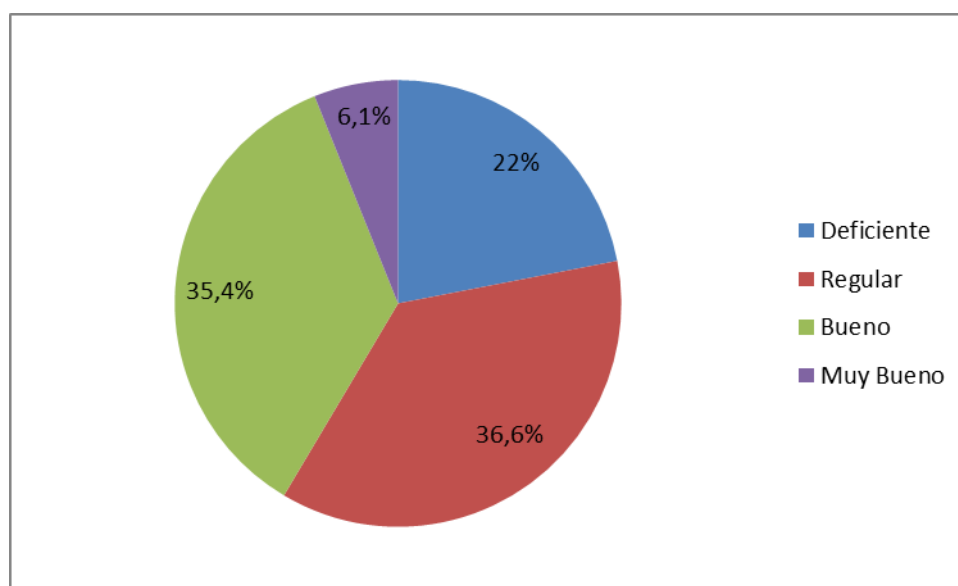
**Tabla N° 4: Conocimiento relacionado con higiene bucal de padres/tutores de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y Adolescencia. Corrientes Capital. Año 2017 (n=82)**

<b>DIMENSIÓN 4: Nivel de Conocimiento sobre higiene bucal</b>	
<b>16. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?</b>	Porcentaje
1 vez	11,0
De 2 a 3 veces	84,1
De 5 a más veces	3,7
Los niños no deben cepillarse los dientes	1,2
<b>17. ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?</b>	
A partir de los 2 años	40,2
A partir de los 5 años	37,8
A partir de la adolescencia	19,5
En niños menores de 2 años	2,4
<b>18. ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?</b>	
No	7,3
Sólo antes de dormir	4,9
Solo con usar un enjuagatorio basta	0
Si	87,8
<b>19. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?</b>	
Cada 3 meses	75,6
Cada 8 meses	11,0
Al año	13,4
Nunca	0
<b>20. En cuanto al cepillado dental</b>	
El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño	30,5
Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad	62,2
El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.	6,1
En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental	1,2

## 2.5- Conocimientos sobre salud bucal de los padres/ tutores.

A continuación, se presenta los resultados generales obtenidos de los padres/ tutores de niños con discapacidad, sobre conocimiento en salud bucodental, a partir de un cuestionario aplicado a los mismos con un total de 20 preguntas con opción múltiple, agrupados en cuatro dimensiones (patología bucal, hábitos de higiene bucal, medidas preventivas, dieta) descritas en el apartado anterior. Los conocimientos de salud bucal se categorizaron en: muy bueno (18-20 puntos); bueno (15-17 puntos); regular (11-14 puntos) y deficiente (0-10 puntos). Se halló que el 36,6% presenta conocimiento regular, un 35,4% bueno, mientras que un 22% tiene un conocimiento deficiente y solo un 6,1% presenta un grado de conocimiento muy bueno. (Gráfico N°3)

**Gráfico N°3: Nivel de conocimiento de Salud Bucodental de padres/tutores de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Corrientes Capital. Año 2017 (n=82)**

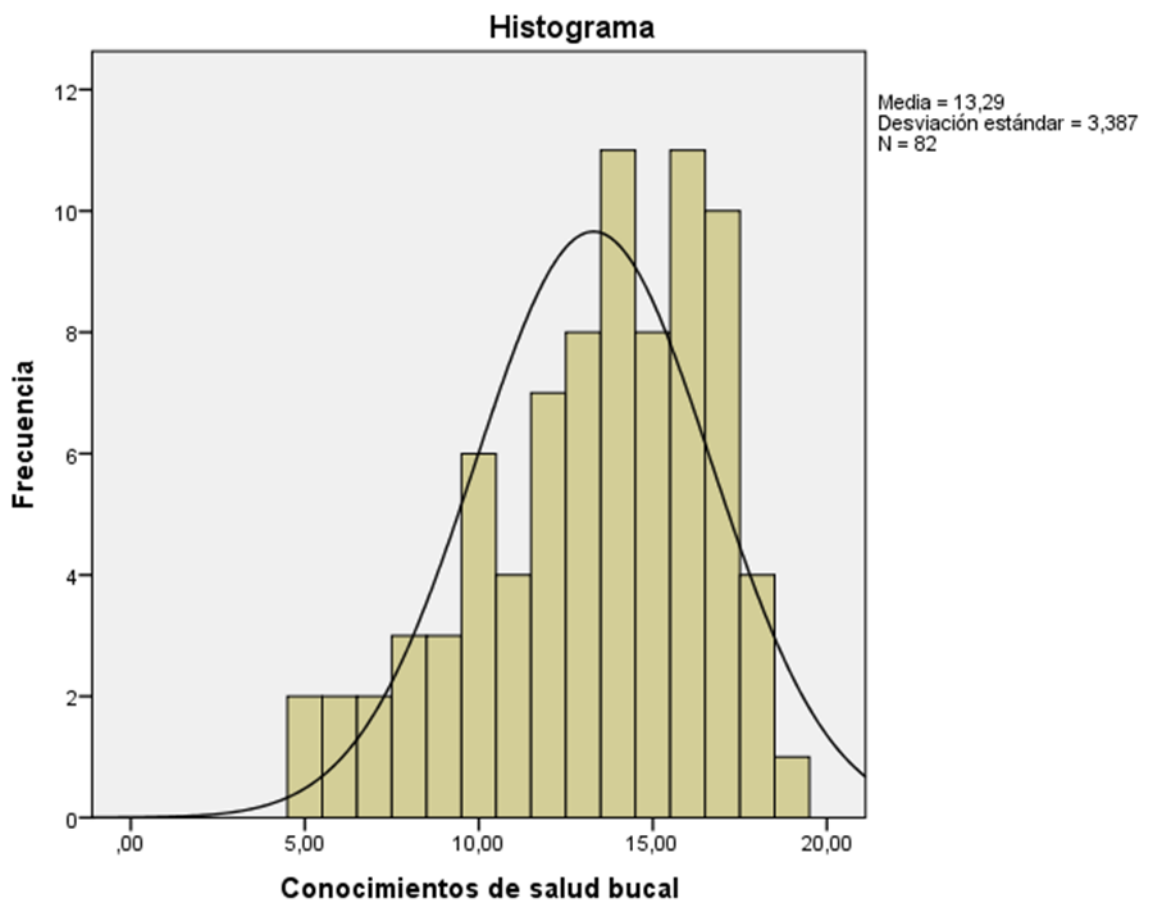


De un total de 20 preguntas para valorar los conocimientos de salud oral. Se halló un valor mínimo de 5 y máximo de 19 preguntas contestadas de manera correcta. El promedio del nivel de conocimientos de padres tutores de niños con discapacidad intelectual fue de 13,2 este valor indica un “conocimiento regular” la desviación estándar fue de 3,38 (Tabla N°5).

**Tabla N°5: Análisis descriptivo del conocimiento de Salud Bucodental de padres/tutores de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Año 2017**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Conocimientos de salud bucal	82	5,00	19,00	13,2927	3,38657
N válido (por lista)	82				

**Gráfico N°4: Distribución del conocimiento de Salud Bucodental de padres/tutores de niños con discapacidad intelectual. Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Año 2017**



### **3-Estado de Salud Bucal de los niños con discapacidad intelectual**

Para dar respuesta al segundo interrogante planteado: ¿Cuál es el estado de salud bucal que presentan los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia de la ciudad de Corrientes? Y cumplir con el segundo objetivo específico planteado, se utilizaron los índices de caries de CPOD y ceod. Estos índices son recomendados por la OMS. Uno es utilizado para dentición temporal (ceod) y el otro para dentición permanente (CPOD). Y el índice de placa bacteriana O'Leary que evalúa la calidad de la higiene oral. Considerando higiene oral deficiente, un valor superior al 20% y considerando higiene oral compatible con salud un valor de hasta 20%.

A continuación, se describe los resultados obtenidos

#### **3.1 Índice CPOD en niños con discapacidad Intelectual**

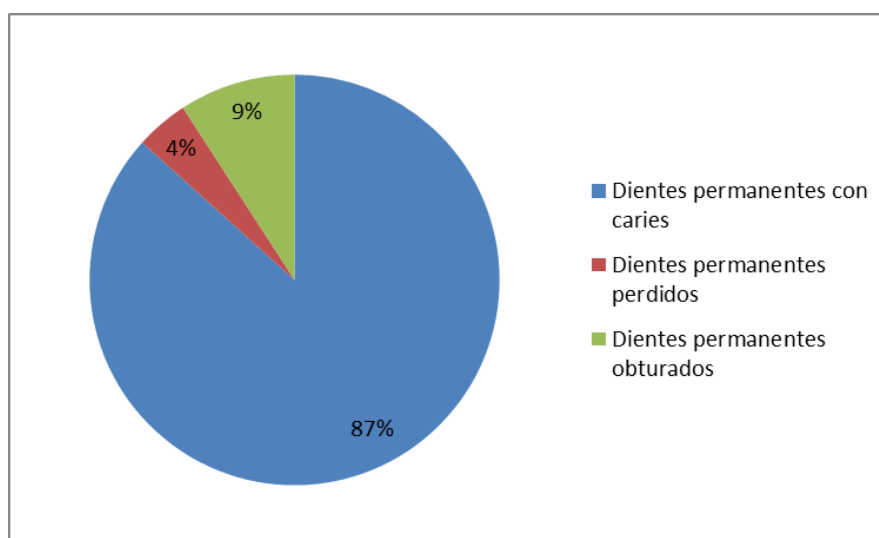
Para el análisis de los datos se consideró que la población de estudio tuviera presente por lo menos una pieza dentaria permanente en boca. La muestra quedó constituida por 68 niños de 6 a 13 años de edad.

El índice de caries CPOD y el promedio de los componentes del índice de caries de la dentición permanente que evidenciaron las personas con discapacidad intelectual fueron: 1,52 piezas dentarias cariadas, 0,73 piezas dentarias perdidas y 0,16 obturadas. Estos tres componentes determinaron que el índice comunitario CPOD llegue a un valor promedio de 1,76 piezas con historia de caries (desviación estándar 2,03). Lo que nos determina un Bajo Riesgo de caries (1.2 a 2.6) según los niveles de severidad de la OMS. (Tabla N°6)

**Tabla N °6 Análisis descriptivo: Índice de caries dental para dientes permanentes CPOD en niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Año 2017 (n=68)**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Dientes con caries	68	,00	8,00	1,5294	1,93530
Dientes perdidos	68	,00	3,00	,0735	,39836
Dientes obturados	68	,00	3,00	,1618	,50698
Índice de caries CPOD	68	,00	8,00	1,7647	2,03783
N válido (por lista)	68				

**Gráfico N° 5: Proporción componentes del índice de caries para dientes permanentes CPOD en niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Año 2017 (n=68)**



### 3.2 Índice ceod en niños con discapacidad Intelectual

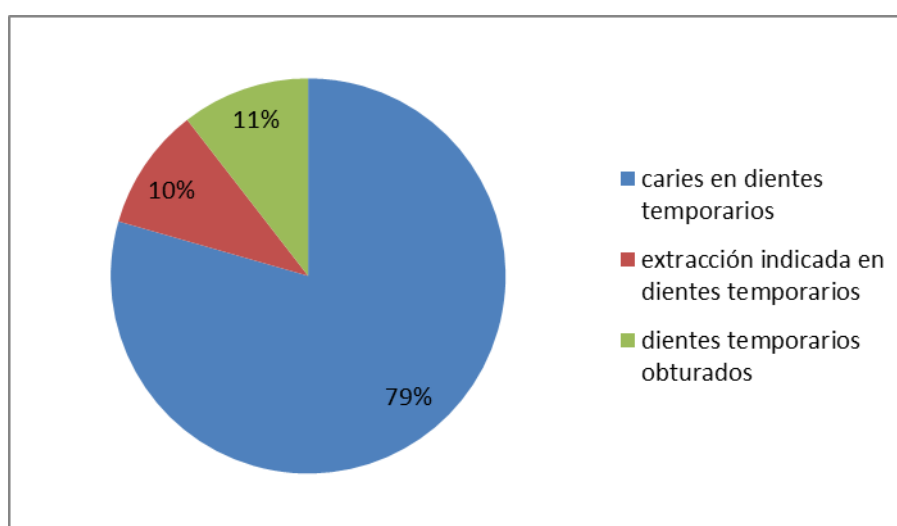
El Índice de caries ceod y el promedio de los componentes del índice de caries de la dentición temporaria que evidenciaron las personas con discapacidad intelectual fueron: 2,12 piezas dentarias cariadas; 0,26 piezas dentarias con extracción indicada y 0,28 obturadas. Estos tres componentes determinaron que el índice comunitario de ceod llegue a un valor promedio de 2,68 piezas dentarias temporarias con historia de caries, (desviación estándar de 3,38). Lo que nos

determina un Mediano Riesgo de caries (2.7 a 4.4) según los niveles de severidad de la OMS. (Tabla N° 7)

**Tabla Análisis descriptivo: Índice de caries dental para dientes temporarios ceod y promedio de los componentes del Índice en niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Año 2017**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Dientes con caries	82	,00	13,00	2,1220	2,79943
Extracción indicada	82	,00	4,00	,2683	,77058
Dientes obturados	82	,00	7,00	,2805	,97214
Índice de caries ceod	82	,00	13,00	2,6829	3,39890
N válido (por lista)	82				

**Gráfico N° 6: Proporción componentes del índice de caries para dientes temporarios ceod en niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. Año 2017 (n=82)**



### 3.3 Valores de Índice de placa O'Leary en niños con discapacidad Intelectual

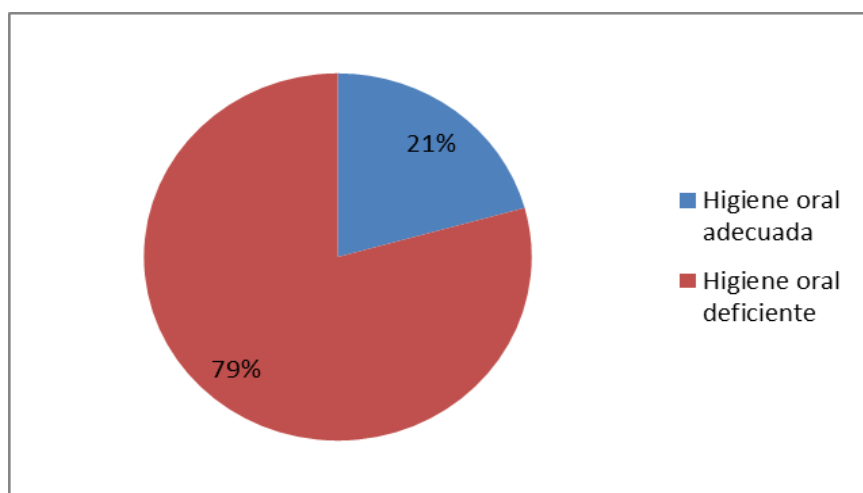
El índice de placa de O'Leary en los niños con discapacidad intelectual presentó un valor mínimo de 12% y máximo de 73,20%. Con un promedio de 34,30 % y desviación estándar de 15,04. Más de dos tercios de la población de

estudio (79,3%) presentaron al momento del examen oral, higiene bucodental deficiente (valores superiores al 20%). (Tabla N°8)

**Tabla N°8 Índice de Placa de O'Leary en niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia. (n=82)**

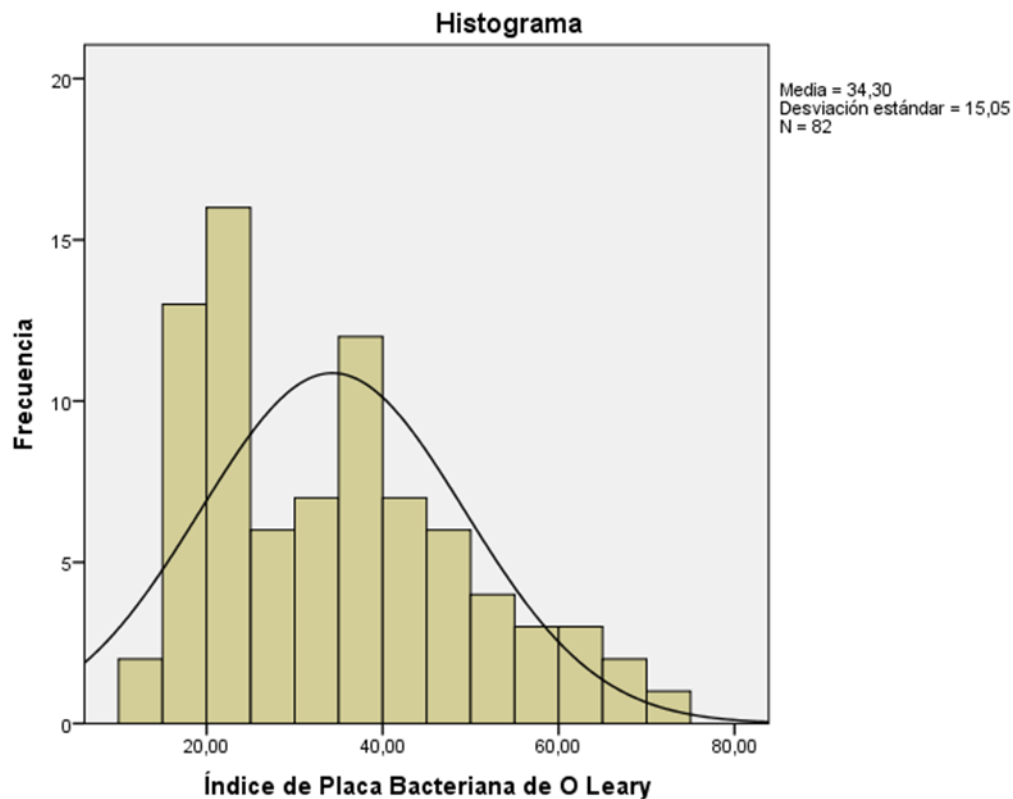
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Índice de Placa Bacteriana de O Leary	82	12,00	73,20	34,3012	15,04991
N válido (por lista)	82				

**Gráfico N°7: Frecuencia y porcentaje del Índice de Placa de O'Leary en niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia (n=82)**



En el gráfico N°7 se observa que el 20,7% de los pacientes examinados presentó un valor de placa bacteriana compatible con salud (0 a 20%). El 79,3% presentó un valor de placa bacteriana compatible con riesgo de caries y enfermedad periodontal. (Superior a 20%).

**Gráfico N°8: Frecuencia del Índice de Placa de O'Leary en niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia.**



#### **4. Relación entre Conocimientos de Salud Bucal de Padres/Tutores y el Estado de Salud Bucal de Niños con Discapacidad Intelectual.**

Para dar respuesta al tercer interrogante planteado: Los conocimientos sobre la salud bucal de los padres/tutores ¿se relacionan con el estado de salud bucal que presentan los niños con discapacidad? Se consideraron las variables conocimiento de los padres/tutores con los resultados obtenidos en los índices CPOD, ceod y O'Leary en los niños con discapacidad intelectual.

Para analizarlas variables de estudio, se consideraron las mismas como variables numéricas (conocimientos de salud: valores de 0 a 20 correspondiente al puntaje de cada respuesta correcta; índice CPOD: valores de 0 a 32 correspondiente a la cantidad de piezas dentarias permanentes; índice ceo: valores de 0 a 20 correspondiente a cantidad de piezas dentarias temporarias; índice de placa bacteriana de O'Leary: valores de 0 a 100 correspondiente a una

ecuación que evalúa la higiene oral), por lo cual se utilizó en coeficiente de correlación de Pearson. Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

El coeficiente de Pearson oscila entre  $-1$  y  $+1$ . No obstante ha de indicarse que la magnitud de la relación viene especificada por el valor numérico del coeficiente, reflejando el signo la dirección de tal valor. En este sentido, es tan fuerte una relación de  $+1$  como una de  $-1$ . En el primer caso la relación es perfecta positiva y en el segundo perfecta negativa. La interpretación de los resultados es la siguiente:

0,00-0,20	Ínfima Correlación
0,20-0,40	Escasa correlación
0,40-0,60	Moderada correlación
0,80-1,00	Muy buena correlación

La correlación entre las variables en todos los casos fue negativa. Se halló que los conocimientos de salud bucal se correlacionaron de manera escasa con el índice de caries CPOD (Valor  $R=-0,300$ ); mientras que la correlación fue moderada para el índice de caries ceo ( $R=-0,442$ ); y para el índice de placa bacteriana de O Leary ( $R=-0,456$ ) (tabla N°9)

**Tabla: Conocimientos de salud bucal de padres /tutores en relación al índice de caries CPOD, ceo y O Leary de niños con discapacidad intelectual Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia**

<b>Variables</b>	<b>Valor R de Pearson</b>	<b>Significación</b>
Conocimientos de Salud Bucal- Índice de caries CPOD	-0,300	p= 0,013
Conocimientos de Salud Bucal- Índice de caries ceo	-0,442	p= 0,000
Conocimientos de Salud Bucal- Índice de Placa bacteriana de O Leary	-0,456	p= 0,000

## DISCUSIÓN

El trabajo realizado documenta los conocimientos sobre salud bucal que presentan padres/tutores de niños con discapacidad intelectual que asistieron al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia en el año 2017. Así mismo describe el estado de las piezas dentarias y la higiene oral que presentaban al momento del examen clínico los niños que participaron en el estudio; y señala la relación entre ambas variables.

Uno de los objetivos de este estudio fue: Describir los conocimientos relacionados a la salud bucal de padres/tutores de personas con discapacidad intelectual.

Para cumplir tal objetivo se describió conocimiento de los padres/tutores en cuatro dimensiones: conocimiento relacionado a la caries dental, conocimiento sobre prevención, conocimiento sobre dieta y conocimiento sobre higiene bucal.

En la investigación los conocimientos sobre dieta e higiene bucal fueron las dimensiones donde los padres/tutores demostraron tener mayor conocimiento, siendo menor en la dimensión prevención y escaso en la dimensión caries dental.

Los resultados en la dimensión conocimiento sobre dieta nos indican que los padres/tutores son capaces de discernir qué hábitos alimenticios son saludables y no cariogénicos. El 100% considero que para que sus hijos tengan dientes más sanos deben consumir frutas y verduras, además el 84,1% opina que en las loncheras de sus hijos debieran de estar alimentos tales como queso, frutas, huevo, pan, carne, y un 82,9% de los padres considera que su hijo puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes. Este resultado, concuerda con Torres Rivadeneira,V (45) el cual obtuvo similares resultados al indagar sobre las mismas cuestiones a 62 padres de alumnos del Centro Educativo Básico Especial del distrito de Iquitos, Perú.

En esta investigación el 86,6% reconoce que dejar que el niño tenga biberón con líquido azucarados toda la noche podría ser causa de que tenga

caries y un 90,2% considera importante la lactancia materna el mayor tiempo posible. Lo que refleja que los padres reconocen la mamadera con líquidos azucarados como un elemento dañino, y consideran la leche materna como un alimento inocuo para la salud bucal de sus hijos. Resultados similares obtuvo Peña Duran (59) al estudiar el nivel de conocimiento de 114 madres de niños de hasta 71 meses de edad en factores de riesgo de caries temprana de la Infancia, quienes en un 83,3% piensan que hacer dormir a un niño tomando mamadera puede causar caries y que la leche materna es saludable para la salud oral de su niño.

Los resultados en la dimensión conocimiento sobre higiene bucal reflejaron que los padres/ tutores manejan un conocimiento adecuado a diferencia de Mina Bedoya, C (42), en cuyo estudio obtuvo un menor conocimiento debido a que el porcentaje óptimo esperado para la dimensión higiene bucal era de 5 y obtuvo un valor promedio de 2,72.

En esta investigación el 84,1% de los padres/tutores consideran que el niño debe cepillarse los dientes 2 a 3 veces al día, valores similares obtuvieron Torres Rivadeneyra (45) en cuyo estudio el 86,6 % de los padres piensan de la misma manera y Cabellos Alfaro, D (33) al indagar a los padres sobre cuántas veces deben cepillarse los dientes sus hijos con discapacidad que asisten al centro Ann Sullivan en Lima Perú respondieron en un 71,1% tres veces al día. Esta similitud en los resultados pudo deberse a que en ambas investigaciones la dimensión higiene bucal fue uno de los temas donde los padres demostraron tener mejor conocimiento al igual que la investigación realizada.

Sin embargo, Panduro del Castillo M. (35) al indagar los conocimientos de las madres referentes a la higiene oral de los niños entre 2 y 3 años obtuvo como resultado que un 30% considera necesario solo cepillarse una vez al día. Resultado similar obtuvo Mina Bedoya (42) solo un 28 % de los padres de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte contestaron correctamente cuántas veces debe cepillarse los dientes sus hijos. Esta discrepancia quizás pudo deberse a que si bien ambos grupos de padres compartían similares características socioeconómicas que la investigación realizada, (media baja), en ambos grupos el nivel de conocimiento sobre salud

oral de los padres era más bajo que esta investigación (83.3% deficiente y un 66,6% regular) respectivamente.

En el presente estudio los padres/tutores en un alto porcentaje reconocen los momentos en que los niños deben cepillarse los dientes, cada cuanto es necesario cambiar el cepillo dental y que es necesario el acompañamiento o supervisión de los mismos durante el cepillado dental del niño. Estos resultados coinciden con estudios como el de Torres Rivadeneyra (45) Cabellos Alfaro D (33), y Garrido Lecca Chipana (43); cabe mencionar que en todas estas investigaciones el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral fue alto (59,7) y regular (68,9 y 63,6) respectivamente.

Sin embargo, existe discrepancia con Panduro del Castillo M (35) debido que, en su estudio, el 85 % de madres piensa que solo debe reemplazarse el cepillo dental cuando las cerdas estén desgastadas y Mina bedoya (42) en donde los padres solo en un 22,6 % sabe cuándo debe lavarse la boquita su niño. La diferencia con el trabajo de estos dos autores podría deberse como se mencionó anteriormente a que en ambas investigaciones el nivel de conocimiento de los padres era más bajo que esta investigación (83.3 % deficiente y un 66,6 % regular) respectivamente.

Se puede hacer referencia a que, si bien en esta investigación los padres tutores presentan conocimientos adecuados sobre la salud oral del niño, los mismos, presentan al examen clínico una higiene oral deficiente, El 79,3% presentó un valor en el índice de placa O'Leary compatible con mala higiene bucal. Esto podría deberse a la falta de recursos económicos para adquirir elementos de higiene oral o quizás podría deberse a que los padres/tutores no dedican tiempo suficiente al cepillado dental del niño.

Otro dato que se obtuvo en la investigación y que llama la atención, es que los padres /tutores tuvieron bajo porcentaje (40,2%) de conocimiento en lo que se refiere a cuando un niño debe utilizar pasta dental con flúor, es decir que si bien reconocen la importancia del cepillado y cuando deben realizarlo; no conocen el momento en que un niño puede utilizar pasta dental fluorada. Por lo que sería

necesario reforzar los conocimientos referentes al momento en que se debe comenzar a utilizar pasta dental con flúor ya que contribuirían a mejorar las condiciones generales de salud bucodental de los niños con discapacidad intelectual.

En relación a la dimensión de conocimientos sobre prevención, los resultados reflejaron que las madres manejan menor conocimiento en concordancia con Panduro del Castillo M. (35)

Los resultados en esta dimensión, demuestran que los padres/tutores comprenden el rol del profesional en la mantención de la salud oral de sus hijos y la importancia de mantener en buen estado las piezas temporarias hasta la erupción de las permanentes. Puesto que el 74,4% de los padres/tutores consideran que es necesario ir al odontólogo para un examen de rutina y un 63,4% cree que si un niño pierde un diente temporario antes de tiempo porque está con caries podría afectar la posición de los dientes permanentes. Estos resultados coinciden con los hallados de Panduro del Castillo M. (35) y Torres Rivadeneyra (45).

Sin embargo, difiere con los resultados obtenidos por Peña Duran (59) en donde las madres en un 78,9% aseguran que, si un diente de leche tiene caries, no es necesario llevar a su hijo al Odontólogo puesto que lo va a cambiar y además 95,5 % de las madres considera que un niño debe asistir al dentista sólo si siente molestia en alguno de sus dientes. Estos resultados quizás se debieron a que la edad promedio de las madres era menor (33) que el de los padres/tutores de la presente investigación (36,9). Estudios como el de Teixeira González, P y cols (26) han demostrado que a mayor edad las madres presentan mejores niveles de conocimiento. Además, el 53,8% de las madres encuestadas en el estudio de Peña Duran (59), reconocieron no haber tenido acceso a educación en Salud Oral.

Un dato que se destaca en esta investigación es que si bien en un 63,4% los padres reconocen la importancia de los dientes temporarios solo un 26,8 % conoce a qué edad el niño completa toda la dentición temporaria. Resultados similares obtuvo Chileno Arana (41) al indagar a los padres de familia de niños

con discapacidad respecto al conocimientos sobre desarrollo dental obtuvo que un 58,3% fue regular y buena solo un 4,8%. Estos resultados pudieron deberse a que numerosos estudios han demostrado una influencia del nivel socioeconómico con la cronología de la erupción dentaria tanto temporaria como permanente, es decir a menor nivel socioeconómico existe la probabilidad de un retraso en la erupción dentaria, y en ambas investigaciones los padres/tutores tenían un nivel socioeconómico bajo, esto quizás pudo generar el escaso porcentaje de conocimiento de los mismos sobre la erupción dentaria temporaria de sus hijos, además en el estudio de Chileno Arana (41) la muestra de niños estaba conformada por un alto porcentaje de niños con Síndrome de Down, y una de las alteraciones a nivel dentario que se genera, por lo general en este Síndrome, es un retraso en la erupción dentaria de hasta 2 años, y la secuencia puede variar y esto sucede en ambas denticiones temporal y permanente, esta quizás podría ser otra causa por la cual los padres no tenían un adecuado conocimiento de la cronología de erupción de los dientes temporarios de sus niños con discapacidad.

Sin embargo, en el estudio realizado por Teixeira González, P y cols (26) un 57,8% de las madres supieron reconocer la edad erupción de las piezas dentarias temporarias. Esta diferencia podría deberse a que estudiaron el nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal de niños de 0 a 3 años, es decir eran niños que no tenían ningún tipo de discapacidad que esté afectando la cronología de erupción dentaria; además otra razón podría ser la experiencia, puesto que la mayoría de las madres ya habían pasado por estas etapas con sus otros niños.

En el estudio de Torres Rivadeneyra (45) también los padres conocían en un alto porcentaje (51,6%), la cronología de erupción de los dientes temporarios. Este resultado pudo deberse a que el 57,9% de los padres presentaron un alto conocimiento sobre salud bucal.

Un dato a destacar es que, si bien los padres/tutores reconocen el rol del profesional en la mantención de la salud oral de su hijo, un 46,3% de los mismos piensan que sus hijos deben concurrir al odontólogo a partir de los dos años y un 35,4% cuando aparece el primer diente de leche, este resultado también lo abala el estudio realizado por Mina Bedoya (42) en el cual solo el 23,7% de los padres

sabe cuándo se debe llevar por primera vez al odontólogo al niño. Además en la investigación realizada por Teixeira González, P y cols (26) que estudiaron el nivel de conocimiento de 87 madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años, en Paraguay, el 85,3% ha referido que su hijo nunca consultó al odontólogo, este resultado podría deberse al hecho de que el 83% de las madres nunca recibió información acerca de cuestiones de salud bucal del bebé; además la mayoría de las madres encuestadas no tenían completados sus estudios secundarios y un cuarto de las mismas eran menores a 20 años con una edad promedio de 25 años.

Un resultado interesante en la presente investigación es el bajo porcentaje (41,5%) de conocimiento de los padres/tutores sobre medidas de prevención para la caries dental, El 48,8% de los padres/tutores cree que la única medida es el cepillado dental. Al respecto, el estudio realizado por Chileno Arana (41), en donde se evaluó el nivel de conocimiento de 84 padres sobre salud oral relacionado con la caries e higiene de escolares con discapacidad del Centro Educativo Básico Especial N° 15, en Lima Perú, determino que el conocimiento de los padres de familia sobre medidas preventivas en salud oral fueron deficiente conocimiento (46,4%). Estos resultados sobre el conocimiento de los padres /tutores acerca de medidas de prevención de enfermedades bucales, puede deberse a la falta de programas preventivos promocionales por parte de las instituciones de salud, o que éstas no están llegando de manera adecuada a la población estudiada.

En la presente investigación solo un 45,2% reconoció al flúor como medida preventiva para las caries, pero en contraposición el 85,4% de los padres/tutores reconoció los beneficios del flúor entre lo que se encuentra fortalecer los dientes y prevenir la caries. Esto quizás pudo deberse a la forma en que se indago sobre medidas preventivas, en la cual los padres debían reconocer que medidas eran efectivas para evitar las caries y se les dio una serie de opciones en donde se sugería al flúor, correcta higiene bucal, evitar consumo excesivo de azúcares o todas las opciones correctas, y el 48,8% opto por la opción higiene bucal, es decir que los padres no reconocen cuales son todas las medidas preventivas posibles

por lo que indicaría necesario afianzar conocimientos sobre esta temática, en especial en lo referente a la utilización del flúor como medida preventiva

Finalmente, los resultados obtenidos en la dimensión caries dental, dejan en evidencia que fue la dimensión en que el conocimiento de los padres/tutores fue más escaso, coincidiendo con lo obtenido por Duran Peña (59). Esto nos indicaría que es necesario afianzar conocimientos básicos del proceso salud-enfermedad en padres/tutores de niños con discapacidad.

En esta investigación si bien los padres/ tutores reconocen en un 90, 9% que la caries dental es causada por falta de higiene y consumo de azucares, solo reconocen en un 28% a la placa dental como factor etiológico. Al respecto, Panduro del Castillo M (35) obtuvo también alto porcentaje en el conocimiento de los padres sobre lo que es la caries dental, y solo 13.3 % de los padres supieron contestar lo que es la placa bacteriana, un valor muy bajo de conocimiento coincidente con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Por lo contrario, Cabellos Alfaro (33) al indagar a los padres de niños con discapacidad sobre la caries solo un 12,2% respondieron que es una enfermedad infecto contagiosa y reconocieron en un 55,6% lo que es placa dental. Resultado similar obtuvo Mina Bedoya (42) en su estudio donde el conocimiento de los padres sobre caries dental fue de un 49,5% y un 48,4 % supo responder correctamente que es la placa bacteriana. Este resultado pudo deberse a que el 66,7% de los padres tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral.

En esta investigación 72% de los padres/tutores contestó que la caries puede ser contagiada al niño a través del cepillo dental, lo que nos permite observar que hay más padres/tutores que reconocen el cepillo dental como vehículo de transmisión de bacterias, pero no otros elementos como compartir utensilios o besos en la boca. Al respecto, Peña Duran C. (59) obtuvo resultados similares donde el 57% de las madres reconocían al cepillo dental como principal vía de trasmisión de bacterias.

En esta investigación tras la medición, se determinó que un 36.6% de los padres /tutores alcanzó un grado de conocimiento regular, respecto a temas sobre

la salud bucal. Además, un 34.4% obtuvo un nivel de conocimiento bueno y un 22% deficiente. Resultados similares obtuvo Pérez Sánchez R (38) al medir el nivel de conocimiento sobre salud oral de 192 padres de niños con discapacidad de centros educativos del distrito de Trujillo, Perú, en el cual el 40,10% de los mismos tuvieron un nivel de conocimiento regular, un 33,8% bueno y un 26,5% malo. Si bien el número de padres duplicaba al de la investigación realizada, la similitud en resultados quizás se dio porque en ambas investigaciones utilizaron una muestra de padres/tutores con similares características sociodemográficas en cuanto a rango de edad y nivel de educación.

Peña Duran C. (59) en su investigación también obtuvo valores similares puesto que el 63,7% de las madres tuvo un nivel suficiente de conocimiento en temas de factores de riesgos de caries temprana de la Infancia. Que sería análogo al nivel regular y bueno (70%) de esta investigación, pues ambos cuestionarios utilizaron un nivel de exigencia del 60% para determinarlo. Esta similitud, podría deberse a que utilizaron parecidas dimensiones al evaluar el conocimiento de los padres.

Así mismo, Benavente Lipa L (39) y Holguin Chumacero, L (37) al evaluar el nivel de conocimiento de padres/cuidadores tanto de niños con discapacidad como de niños menores de 5 años obtuvieron, al igual que la presente investigación, un nivel de conocimiento regular, pero en un porcentaje mucho mayor (68,5%) en ambos casos. La diferencia con el trabajo de estos autores quizás se produjo, porque a la hora de evaluar, ambos estudios no utilizaron dimensiones como patologías o medidas preventivas; dimensiones que en esta investigación los padres/tutores tuvieron menor conocimiento, y además, en ambos cuestionarios utilizaron un nivel de exigencia más bajo que esta investigación, 40% y 55% respectivamente.

Resultados diferentes obtuvieron las investigaciones como las de Panduro del Castillo (35), M; Chileno Arana (41) y Teixeira González y cols (26), las cuales al evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucodental de los padres, han obtenido niveles deficientes, la diferencia con estos autores pudo deberse a que las muestras de padres tenían características socio demográficas diferentes a las de esta investigación, en cuanto al rango etario tenían una media

de entre 25 a 30 años, y menor nivel de educación. Torres Rivadeneyra (45) también discrepo con esta investigación, puesto que, al evaluar a los padres de familia del Centro Educativo Básico Especial, el 59.7% de los mismo obtuvo un nivel de conocimiento alto.

Otro objetivo de este estudio fue: Identificar el estado de las piezas dentarias temporarias y/o permanentes que presentan las personas con discapacidad intelectual, para tal fin fueron utilizados los índices de caries para dientes permanentes (CPOD), que mide la cantidad de piezas dentarias careadas, obturadas o perdidas. Y para la dentición temporaria se utilizó el índice (ceod) que expresa la sumatoria de dientes temporarios cariados, con indicación de extracción y obturados.

Tras la medición del índice de caries para la dentición permanentes (CPOD) se determinó que los niños con discapacidad intelectual presentan un bajo riesgo de caries (1,76) según los niveles de severidad de la OMS. Garcés, C y Cols (21) obtuvo un resultado similar, (bajo riesgo 2,19 para mujeres y 1,59 para hombres), al evaluar a 195 estudiantes, que reunían características similares al de esta investigación, en cuanto a rango etario y tipo de discapacidad (discapacidad intelectual leve a moderada).

Así mismo Serrano, M y cols (22) al medir el índice CPOD en 51 niños con discapacidad intelectual de diferentes instituciones de educación especial en Venezuela determino un muy bajo riesgo de caries (0,60).

Otras investigaciones como la de Coto Corrales (44) y la de Pérez Bejarano (23) obtuvieron al medir el índice CPOD un muy alto Riesgo de caries, esta diferencia quizás pudo deberse porque las muestras estaban conformadas por personas con retardo mental moderado a severo y discapacidades motoras que hacen que estas personas no tengan las suficientes habilidades motrices para lograr una buena higiene bucal y, además, en su gran mayoría, eran adolescentes y adultos.

El resultado para el índice caries temporaria ceod fue un valor promedio de 2,68 piezas dentarias temporarias con historia de caries, es decir, un Mediano

Riesgo de caries según niveles de severidad de la OMS coincidentes con los resultados obtenidos por Chileno Arana (41), ceod 2,73, cuya muestra estuvo formada por niños con discapacidad auditiva, visual, síndrome de Down, autismo y retraso mental, con un rango etario similar al de esta investigación 3 -20 años. En discrepancia otras investigaciones como la de Coto Corrales (44) y la de Panduro del Castillo (35) obtuvieron valores muy altos de riesgo de caries, esta diferencia quizás pudo deberse a que en uno de los estudios los niños eran muy pequeños 2-3 años.

Para dar respuesta al objetivo: Evaluar la higiene bucal de las personas con discapacidad intelectual. Se utilizó el índice de placa O'Leary que mide la placa bacteriana presente sobre las superficies de los dientes, Considerando higiene oral deficiente, un valor superior al 20% y considerando higiene oral compatible con salud un valor de hasta 20%.

Como resultado se obtuvo que más de dos tercios de la población de estudio (79,3%) presentaron, al momento del examen oral, higiene bucodental deficiente. Al respecto Vázquez Mejía (32); Panduro del Castillo (35) y Cabellos Alfaro (33), obtuvieron valores similares en sus estudios, (71%, 76,7%, 88,9%) respectivamente de higiene oral regular y mala. sin embargo, utilizaron otro índice para medir la higiene oral, el Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) quien considera a la higiene oral bueno regular o malo. En analogía con el índice de O'Leary el valor bueno corresponde a una presencia de placa de hasta 20% y el valor regular y malo corresponde a más de 20% de presencia de placa. Es importante apreciar que en todos estos estudios y en la investigación presente, el conocimiento de los padres sobre salud bucodental fue regular y deficiente, y estudios como el de Pareek y col (31) han demostrado que, la educación de los padres tiene un impacto positivo en la forma de mejorar la salud gingival de los niños, por lo que los resultados sugerían que los padres tienen un papel importante en la mejora y el mantenimiento del estado de salud oral y el comportamiento de los niños.

El 21% de los niños con discapacidad intelectual presentaron una higiene oral adecuada. A diferencia del estudio realizado por Coto Corrales (44) en el cual

ninguno de los pacientes evaluados obtuvo un valor de higiene oral compatible con salud este resultado pudo deberse a que la muestra estaba conformada solo por 30 niños y adolescentes con Síndrome de Down, autismo y retardo mental cuyas discapacidades podrían determinar que no tengan la habilidad suficiente para lograr una buena higiene bucal.

Por último, al relacionar el grado de conocimiento de los padres/tutores con el estado de salud bucal de las personas con discapacidad intelectual, por medio del coeficiente de Pearson, se halló correlación estadísticamente significativa entre las variables. La correlación en todos los casos fue negativa, lo cual indica que mientras mayor sea el nivel de conocimiento de los padres/ tutores, menor será el índice de placa de O'Leary, el índice de caries CPOD y ceod de los niños con discapacidad. Con respecto al índice de caries CPOD y ceod la correlación fue escasa y moderada. Dichos resultados podrían señalar que existen otros factores que afectan el estado de salud bucodental de los niños, que escapan a los objetivos propuestos en la investigación. Los factores podrían ser la falta cobertura social en el área de la salud bucal, factores económicos, factores relacionados a la mal oclusión que favorece la acumulación de placa bacteriana, entre otros.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por Chileno Arana (41), Panduro del Castillo (35) y Benavente Lipa, L (39) quienes en sus investigaciones hallaron correlación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen los padres / cuidadores con el estado de salud bucal de sus hijos con discapacidad. Coto Corrales (44) en su investigación tuvo por objetivo evaluar los conocimientos sobre salud oral de los padres y relacionar estos con los índices de caries e higiene de sus hijos con discapacidad y en cuyos resultados demostraron relación entre los conocimientos de los padres con el índice de higiene oral de sus hijos con discapacidad, sin embargo, no hubo relación con los índices de caries.

Existen otros estudios como el de Garrido Lecca Chipana F. (43) y Benavente Lipa, L y cols (36) quienes no hallaron asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres,

padres/cuidadores, con el estado de salud bucal de sus hijos con discapacidad o niños menores de 5 años. Estos estudios nos demuestran que no siempre el conocimiento de los padres/tutores está relacionado con actitudes o prácticas que realizan para el cuidado de la salud bucal de sus hijos.

## CONCLUSIONES

- EL 36,6 % de padre /tutores de personas con discapacidad intelectual del Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia, presentan un conocimiento relacionado a la salud bucal considerado regular, seguido de un 34.4% como bueno y solo un 22% considerado deficiente.
- Los conocimientos sobre dieta e higiene bucal fueron las dimensiones donde los padres/tutores demostraron tener mayor conocimiento: son capaces de discernir qué hábitos alimenticios son saludables y no cariogénicos. En cuanto a conocimientos sobre higiene bucal reconocen en un alto porcentaje la importancia del cepillado y cuando deben realizarlo sin embargo tienen escaso conocimiento del momento en que un niño puede utilizar pasta dental fluorada.
- Los padres/tutores presentaron menor conocimiento en dimensión prevención y escaso en la dimensión caries dental. Si bien comprenden el rol del profesional en la mantención de la salud oral de sus hijos y la importancia de mantener en buen estado las piezas temporarias hasta la erupción de las permanentes, tienen escaso conocimiento de cuándo deben llevar a su hijo por primera vez al Odontólogo y cuáles son las diferentes medidas preventivas para la caries dental. En la dimensión caries dental si bien reconocen que la caries dental es causada por falta de higiene y consumo de azúcares, tienen muy escaso conocimiento sobre placa dental, las diferentes vías de transmisión de las bacterias, además si bien en un 63,4% los padres reconocen la importancia de los dientes temporarios solo un 26,8 % conoce a qué edad el niño completa toda la dentición temporaria.
- Se Identificó el estado de las piezas dentarias temporarias y/o permanentes que presentan las personas con discapacidad intelectual; estableciéndose que los niños con discapacidad intelectual presentan un bajo riesgo de caries (1,76) según los niveles de severidad de la OMS. No es un valor bajo si se considera que la edad promedio de los niños con

discapacidad fue de 7,9. Y para el índice caries temporaria ceod se determinó un valor promedio de 2,68 es decir un Mediano Riesgo de caries. En ambos índices CPOD y ceod el componente careado fue el que presento mayor prevalencia, seguido del componente perdido o extracción indicada y por último el componente obturado. Por lo que se evidencia en estos niños con discapacidad intelectual una necesidad de atención odontológica preventiva y curativa.

- Se evaluó la higiene bucal de las personas con discapacidad intelectual, utilizando el índice de placa O'Leary que mide la placa bacteriana presente sobre las superficies de los dientes se obtuvo que más de dos tercios de la población de estudio (79,3%) presentaron, al momento del examen oral, higiene bucodental deficiente. Por lo que se evidencia una necesidad de incentivar tanto a los niños como padres/tutores para que colaboren en mejorar la higiene bucal de estos niños con discapacidad intelectual.
- Se halló que los conocimientos de salud bucal de los padres/tutores se correlacionaron de manera escasa con el índice de caries CPOD (Valor  $R=-0,300$ ); mientras que la correlación fue moderada para el índice de caries ceo ( $R=-0,442$ ); y para el índice de placa bacteriana de O Leary ( $R=-0,456$ ) de los niños con discapacidad intelectual y en todos los casos fue una correlación negativa ; puesto que mientras mayor sea el nivel de conocimiento de los padres/ tutores, menor será el índice de placa de O'Leary, el índice de caries CPOD y ceod de los niños con discapacidad, aceptando de esta manera la hipótesis de trabajo planteada. Sin embargo, la correlación fue escasa y moderada por lo que, estos resultados podrían señalar que existen otros factores que afectan el estado de salud bucodental de los niños, que escapan a los objetivos propuestos en la investigación. Los factores podrían ser la falta cobertura social en el área de la salud bucal, factores económicos, factores relacionados a la mal oclusión que favorece la acumulación de placa bacteriana, entre otros.
- Se podría decir que el conocimiento de los padres/tutores sobre salud bucodental (Dieta, Higiene bucal, medidas preventivas y patologías

bucales) contribuirían a mejorar las condiciones generales de salud bucodental de los niños con discapacidad intelectual que asisten al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia

## BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World report on disability. Malta: WHO; 2011.
2. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. Washington, DC: AAIDD; [Internet]. 2010[citado 2019 Febrero 22] Disponible en:[http://www.operationhousecall.com/wp-content/uploads/2016/12/AAIDD\\_definition\\_of\\_ID-DD\\_2009.pdf](http://www.operationhousecall.com/wp-content/uploads/2016/12/AAIDD_definition_of_ID-DD_2009.pdf)
3. Luengas Aguirre, M.I., Luengas Quintero, E., Sáenz Martínez, L.P. Atención odontológica a personas con discapacidad intelectual: una cuestión de derecho. [Sitio en Internet]. 2017. [Citado 2019 febrero 22]; Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/adm/od-2017/od175j.pdf>
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF.) Estado Mundial de la Infancia 2013. Niñas y Niños con Discapacidad. Resumen ejecutivo [Sitio en Internet]. 2013 May. [Citado 13 Julio 2016]; Disponible en:[http://www.unicef.org/ecuador/SPANISH\\_SOWC2013\\_Lo\\_res.pdf](http://www.unicef.org/ecuador/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf)
5. INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. Bicentenario Población con dificultad o limitación permanente Octubre de 2014 Serie C.  
Disponible en: [http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP\\_10\\_14.pdf](http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf)
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Agencia Nacional de Discapacidad. Estudio Nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad. Resultados definitivos 2018. ISBN 978-950-896-532-5. [Serie digital]. 2018 [citado 2019 Marzo 09] Disponible en:[https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio\\_discapacidad\\_12\\_18.pdf](https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf)
7. Martínez-Menchaca Héctor, Rivera-Silva Gerardo. Salud bucodental en personas con necesidad de cuidados especiales de salud en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Jul 08]; 53(3): 203-204.

Disponible

en:[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000300001&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000300001&lng=es)

8. Sueiro Sánchez Irma, Hernández Millán Ana, Díaz Sosa Giselle, Padilla Gómez Elsie, Díaz Sosa Claudia, Hernández Millán Zenia. Estado de salud bucal en pacientes discapacitados del área de salud de Espartaco, municipio Palmira. Medisur [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Jul 08]; 14(6): 717-726.

Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2016000600007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000600007&lng=es).

9. Rueda Ventura M A, Isidro Olán L. Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple No. 4. Rev Horizonte Sanitario [Revista en Internet]. 2014 septiembre-diciembre[Citado 14 Julio 2016]Disponible en : <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5305233.pdf>

10. Zifeng Liu et al. Impact of Oral Health Behaviors on Dental Caries in Children with Intellectual Disabilities in Guangzhou, China. Int. J. Environ. Res. Public Health 2014, 11(10), 11015-11027. Publicado online 2014. [Internet].2017 [citado 2017 Ago 01]. Disponible en:<https://www.mdpi.com/1660-4601/11/10/11015>

11. Zhou N, Wong HM, Wen F, Mcgrath C. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. Developmental Medicine & Child Neurology. Early View (Online Version of Record published before inclusion in an issue). [Internet].2017 [citado 2017 Ago 01].

Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.13486/pdf>

12. Herrera Avilés, N., Meza Montes, I. Estado de Salud Bucodental en niños con Discapacidades entre las edades de 6 a 16 años que asisten a Escuelas Especiales en el Departamento de Carazo en el Periodo de Julio- Septiembre del 2016. [Internet]. 2017[citado 2019 Feb 26]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/4415>

13. Barrios CE, Vila VG, Martínez SE, Encina Tutuy AJ. Relación entre pH salival y caries dental en pacientes con síndrome de Down. Odontoestomatología. [Internet]. 2014 [citado 2017 Ago 01]; 16(23): 13-19. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392014000100003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392014000100003&lng=es)

14. Organización Mundial de la salud. Discapacidad y salud. [Sitio en Internet]. 2015 Dic. [Citado 14 Julio 2016]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
15. Zamora I.M., Cornejo L.S. Salud Bucal de escolares con discapacidad motora y retraso intelectual asociado. Rev. Huellas Fac. de Odont Córdoba. Vol.2 N 4.[Rev en Internet]. 2014[citado 2019 Feb 27]; Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/5471>
16. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int> > Acceso > Centro de prensa > Notas descriptivas > Detail
17. Flores Chapa, A. Nivel de conocimiento de los padres sobre los productos de higiene oral para sus hijos. [Tesis de Maestría en ciencias odontológicas con esp. en odontopediatría] México. Facultad de Odontología .Universidad Autónoma de Nuevo Leon.2011.[citado 2019 Marzo 02]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/2395/1/1080049400.pdf>
18. Uysal S, Alev F, Yamalik N, Etikan I. Unmet Need for Education by Professionals and Inconsistency in Knowledge and Behavior of Dental Patients. NY State Dent J. 2010; 76 (3): 16-21.
19. Alí S, Blanco RL, Meana MA. Integrando salud bucal en los niños con discapacidad. Proyecto de Extensión. Rev de la Fac de Odont UNNE. [Rev en Internet]. 2016[citado 2017 Ago 02]; XI (1): 79-80. Disponible en: <file:///D:/Usuario/Downloads/1606-4228-1-PB.pdf>
20. Resolución Líneas Prioritarias de la Facultad de Odontología de la UNNE Resolución N° 483/12 C.D
21. Garcés, P., Barrera Pacheco, M. Estado de salud oral de niños y adolescentes con discapacidad intelectual de establecimientos educacionales municipales, Valdivia. [Sitio en Internet]. 2012. [Citado 14 Julio 2016]; Disponible en: <http://www.docplayer.es/3203989-Estado-de-salud-oral-de-ninos-y-adolescentes-con-discapacida>.
22. Serrano M, Torrelles Garcés C, Barrera M, Ortiz M., Rosas C. Estado de salud oral de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en una población chilena, [serial online] 2012. [ citado 14 de julio 2016] J Oral Res 2013.Disponible <http://www.joralres.com/index.php/JOR/article/view/joralres.2013.013>

23. Pérez Bejarano N, Alarcón González V, Ferreira Gaona M, Díaz et al. Estado de Salud Oral en Discapacitados Residentes en la Fundación Pequeño Cottolengo Don Orión, Paraguay. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2016 Abr [citado 2016 Jul 14]; 10(1): 69-74. Disponible [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_isoref&pid=S0718381X2016000100012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0718381X2016000100012&lng=es&tlng=es)
24. Herrera Avilés, N, Meza Montes, I. Estado De Salud Bucodental En Niños Con Discapacidades Entre Las Edades De 6 a 16 Años Que Asisten a Escuelas Especiales En El Departamento De Carazo En El Periodo De Julio-Septiembre Del 2016. [Tesis de pregrado]Managua. Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Managua. [Sitio en Internet]. 2016. [Citado 2019 Marzo 13]; Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4415/1/96928.pdf>
25. Morales Ch. Atención Odontológica a pacientes especiales: una realidad creciente. [Serial online] 2011 [citado 14 de Julio 2016] *Acta Odontológica Venezolana*. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/1/art22.asp>
26. Teixeira González P; Vázquez Caballero C, Dominguez Samudio V. et al Nivel de conocimiento de madres sobre higiene bucal en niños de 0 a 3 años. Hospital materno infantil San Pablo. Paraguay, 2010.*Rev. Salud Pública Parag.*[Revista en Internet].2011 [Citado 15 Julio 2016]; Disponible en: <http://www.ins.gov.py/revistas/index.php/rspp/article/view/10>
27. Díaz Cárdenas Y, Valdés Sardiñas S, Suárez Morales X, et al. Nivel de información de las madres sobre el estado de salud bucal de niños en edad escolar. *Medicentro Electrónica* [Internet]. 2015 Dic [citado 15 de julio 2016]. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432015000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000400004&lng=es).
28. García Paredes, H. Nivel de conocimiento sobre salud oral en madres con niños de 0 a 5 años de edad que asisten a los consultorios dentales del hospital de especialidades básicas la noria Trujillo, 2018. [Tesis de pregrado]Trujillo – Perú. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO [Sitio en Internet]. 2019. [Citado 2019 Marzo 13]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/4601>

29. Matos Flores, A.E.M. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional. [Tesis de pregrado] Lima. Perú. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Facultad de Estomatología [Sitio en Internet]. 2018. [Citado 2019 Marzo 26]; Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2849>
30. Carrillo Saavedra, N. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de los alumnos con Síndrome de Down y Autismo del centro educativo básico especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año [Tesis de pregrado] Lima – Perú. Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencia de la Salud. [Sitio en Internet]. 2017. [Citado 2019 Marzo 27]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/554>
31. Pareek S, Nagaraj A, Yousuf A, Ganta S, Atri M, Sigh K. Effectiveness of oral health maintenance in hearing impaired and mute children- A parallel randomized controlled trial. JIntSoc Prevent Communit Dent [serial online] 2015[cited 2016 Jul 14]. Disponible en: <http://www.jispcd.org/text.asp?2015/5/3/176/159953>
32. Vásquez Mejía, M. Conocimiento de Higiene Bucal de Padres Relacionado con la Higiene Bucal de Niños con Habilidades Diferentes. [Tesis de Bachiller] Lima. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Federico Villarreal. 2015. [Citado 15 de julio 2016]. Disponible en: <http://www.cop.org.pe/bib/tesis/MARISABELVASQUEZMEJIA.pdf>
33. Cabellos Alfaro, D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan. [Tesis de Bachiller] Lima. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Sitio en Internet]. 2007. [Citado 15 Julio 2016]; Disponible en: [http://www.repositoriocdpd.net:8080/.../Tes\\_CabellosAlfaroDA\\_RelacionNivelConocimiento\\_200](http://www.repositoriocdpd.net:8080/.../Tes_CabellosAlfaroDA_RelacionNivelConocimiento_200).
34. Valderrama Charaja, C. Fernando Juárez Vizcarra, C. Relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal del familiar y la higiene oral en escolares con discapacidad del centro educativo básico especial María Auxiliadora, 2016. Revista Ciencia y Tecnología, para el desarrollo-UJCM. ISSN e. 2413-7057 - ISSN imp. 2411-8044. Vol 3. Num 6. 55-64 [Sitio en Internet]. 2017.

- [Citado 2019 marzo 28]; Disponible en:  
<https://revistas.ujcm.edu.pe/index.php/rctd/article/view/92>
35. Panduro del Castillo M, Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de las madres con el estado de salud bucal de niños entre 2 y 3 años del programa integral de estimulación temprana con base en la familia. Bagazán, distrito Belén, Iquitos. Perú. 2014[Tesis de Bachiller] Iquitos. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.[Sitio en Internet]. 2015. [Citado 15 Julio 2016];  
Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3755>
36. Benavente Lipa L, Chein Villacampa S, Campodónico Reategui C et al Nivel de conocimientos de salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Rev. Odontol. Sanmarquina [Revista en Internet]. 2012. [Citado 14 Julio 2016];  
Disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012\\_n1/pdf/a05v15n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/odontologia/2012_n1/pdf/a05v15n1.pdf)
37. Holguin Chumacero L, Oyola Burgos M. Nivel de conocimiento sobre Salud Oral de padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque.[Tesis de Bachiller]. Chiclayo. Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo [Sitio en Internet]. 2016. [Citado 15 Julio 2016]; Disponible en:  
[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/570/1/TL\\_HolguinChumaceroLesly\\_OyolaBurgosMariaJose.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/570/1/TL_HolguinChumaceroLesly_OyolaBurgosMariaJose.pdf)
38. Pérez Sánchez, R Nivel de conocimiento sobre salud oral en Padres de niños con habilidades especiales en Trujillo. 2015 [Tesis de Bachiller] Trujillo Perú Escuela Profesional de Estomatología. Facultad de Medicina Humana. Universidad privada Atenor Orrego. [Sitio en Internet]. 2015. [Citado 15 Julio 2016];  
Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1048/1/PEREZ\\_ROSA\\_SALUD\\_ORAL\\_PADRES%20NI%C3%91OS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1048/1/PEREZ_ROSA_SALUD_ORAL_PADRES%20NI%C3%91OS.pdf)
39. Benavente Lipa L 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 Rev. Odontol. Sanmarquina [Revista en Internet]. 2007. [Citado 15 Julio 2016];  
Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2007\\_n2/pdf/a02.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2007_n2/pdf/a02.pdf)

40. Luna Cauna, Y. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales Puno, Julio – Setiembre 2016. [Tesis de pregrado] Puno – Perú .Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Ciencia de la Salud.[Sitio en Internet]. 2017. [Citado 2019 Marzo 28]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3338>
41. Chileno Arana, M. Relación entre el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en escolares con discapacidad.[Tesis de pregrado] Lima. Perú. Facultad de Odontología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Sitio en Internet]. 2016. [Citado 2019 Marzo 14]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5454>
42. Mina Bedoya, C. Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral. [Tesis de pregrado] Quito – Ecuador. Universidad Central de Ecuador .Facultad de Odontología.[Sitio en Internet]. 2016. [Citado 2019 Marzo 28]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/6797>
43. Garrido Lecca Chipana, F. Estado de Salud Bucodental de los Alumnos con Habilidades Diferentes del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno” y su Asociación con el Nivel de Conocimiento de los Padres y/o Cuidadores Sobre Salud Oral. [Tesis de pregrado] Tacna. Perú. Fac.de ciencia de la Salud. Esc. Prof de Odontología, Universidad Privada de Tacna. [Sitio en Internet]. 2017. [Citado 2019 Marzo 14]; Disponible en: <http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/18/simple-search?filterquery=Garrido+Lecca+Chipana%2C+Fiorella+Alessandra&filtername=author&filtertype>equals>
44. Coto Corrales, K. Nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y su relación con los de índices de higiene oral y caries de sus hijos con habilidades especiales .CEBE Paul Harris. Cerro Colorado, Arequipa 2016. [Tesis de pregrado] Arequipa – Perú. Universidad Alas Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencia de la Salud. [Sitio en Internet]. 2016. [Citado 2019 Marzo 28]; Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/4578>

45. Torres Rivadeneyra, V. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene oral en los alumnos del centro educativo básico especial del distrito de Iquitos, año 2017. [Tesis de pregrado]Iquitos – Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Facultad de Odontología [Sitio en Internet]. 2018. [Citado 2019 Marzo 27]; Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/5405>
46. Di Nasso P, Garces G Estudio descriptivo sobre el nivel de conocimientos de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. Rev. Med. Electrónica [Revista en Internet].2012. [Citado 16 Julio 2016]; Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/conocimientos-odontologicos-padres-discapacidad-salud-bucal>
47. Di Nasso P, Falconi Salazar, E La salud oral de grupos poblacionales vulnerables: Experiencias de educación para la salud bucal en niños con discapacidad de Argentina y Perú Rev. Facultad de Odontología UNCuyo. [Revista en Internet] 2010 [Citado 15 Julio 2016]; Disponible en: <http://bdigital.uncu.edu.ar/5086>
48. Verdugo Alonso, Miguel Ángel, Schalock, Robert L. Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual Vol 41 (4), Núm. 236, 2010 Pág. 7 a pág. 21. Disponible en: [www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc\\_236.pdf](http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/sc_236.pdf)
49. Ochoa Castro, F., Valarezo Villavicencio K. Discapacidad Intelectual y prevalencia de caries en niños del Centro Educativo NOVA, y Liceo Decroliano. Cuenca 2013-2014. [Tesis de pregrado]Cuenca. Ecuador. Facultad de Odontología, Universidad de Cuenca. [Sitio en Internet]. 2014. [Citado 2019 Marzo 08]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20533>
50. Colombo, M.A. Discapacidad en la Argentina 2018. Monografía para el curso anual de Auditoría médica, gestión y convenios en salud Argentina. [Sitio en Internet]. 2018. [Citado 2019 marzo 09]; Disponible en: <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Dra.%20Lorena%20Colombo%20Discapacidad%20en%20Argentina%202018.pdf>.
51. Jimenez, L.G.; Iturio, Z,J.; Lazkanotegi Machiarena, U. et al La atención de personas con discapacidad intelectual: un modelo multidimensional integral, basado en la calidad de vida, relaciones con el entorno y apoyos [Sitio en

- Internet]. 2017. [Citado 2019 Abril 09]; Disponible en:<http://www.informacionepsiquiaticas.com/admin-newsletter/uploads/docs/20171221173407.pdf>
52. Pérez Serrano, M.; Limeres Posse, J.; Fernández Feijoo, J. Manual de higiene oral para personas con discapacidad. [Sitio en Internet]. 2012. [Citado 2019 marzo 29]; Disponible en:[http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual\\_higiene\\_oral.pdf](http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf)
53. Emili Cuenca Sala, Pilar Baca García. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. Cuarta Edición. ElsevierMasson, 2013
54. Marulanda, J. Betancur, J. Espinosa, S. Gómez, J. Tapias A. Salud oral en discapacitados. (Oral health for the disabled). Rev. CES Odontología, [Rev en Internet]. julio 2011 [citado 2019 Abril 2] [S.l.], v. 24, n. 1, p. 71-76, ISSN 2215-9185. Disponible en:  
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1477>
55. Organización Mundial de la Salud (OMS). Oral health surveys: basic methods - 5th edition [Sitio en Internet]. 2013. [Citado 09 Agosto 2017]; Disponible en:  
[http://www.who.int/oral\\_health/publications/9789241548649/en/](http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/)
56. Martínez, A. Ríos, F. Los conceptos de conocimiento, epistemología y paradigma, como base diferencial en la orientación metodológica del trabajo de grado. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales* 25: 111-121 [Sitio en Internet]. 2006. [Citado 2019 marzo 12]; Disponible en:  
<https://www.moebio.uchile.cl/25/martinez.html>
57. Franco, A.M., Santamaría, A., Kurzer, E., Castro, L. Giraldo, M. El menor de seis años: Situación de caries y conocimientos y prácticas de cuidado bucal de sus madres. *Revista Ces Odontología*, ISSN 0120-971 X Electrónico 2215-9185. Medellín .Colombia. Vol. 17 Núm. 1 [Sitio en Internet]. 2004. [Citado 2019 marzo 12]; Disponible en:  
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/461>
58. Jiménez, P. y González, B. El cuestionario como instrumento de evaluación de competencias basado en la evidencia emocional de la satisfacción. *Revista Aula de Encuentro*, núm 17, vol. 2.: 179-208 [Sitio en Internet]. 2015. [Citado 2019 abril 06] Disponible en:  
<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ADE/article/view/2659>

59. Peña Durán, C. Conocimiento de madres de niños de hasta 71 meses de 3 comunas de bajos ingresos de la RM, en factores de riesgo de caries temprana de la infancia según factores sociodemográficos y acceso a educación en salud oral. [Tesis de pregrado]Chile. Facultad de Odontología, Universidad de Chile. [Sitio en Internet]. 2014. [Citado 2019 abril 07]; Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/130706>
60. Suresh BS, Ravishankar TL, Chaitra TR, Mohapatra AK, Gupta V . Mother's knowledge about pre-school child's oral health. *Rev. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* Vol28(4):282-287. [Sitio en Internet]. 2010. [Citado 2019 abril 09]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21273717>
61. Revello V, Isler M Evaluación de conocimientos en comunidades intervenidas por el “Programa de Promoción y Prevención en Salud Bucal para Preescolares” Región Metropolitana. *Rev Chil Salud Pública* Vol17(1):40-47. [Sitio en Internet]. 2013.[Citado 2019 abril 09].Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/26638/28213/>
62. Arrow P, Raheb J, Miller M (2013). Brief oral health promotion intervention among parents of young children to reduce early childhood dental decay. *BMC PublicHealth* Vol13(245):1-9. [Sitio en Internet]. 2013. [Citado 2019 abril 09]; Disponible en: <https://research-repository.uwa.edu.au/en/publications/brief-oral-health-promotion-intervention-among-parents-of-young-c>
63. Cupé-Araujo A. C, García-Rupaya C. R Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. *Rev. Estomatol herediana* [Revista en Internet].2015 Abril Junio [Citado 15 Julio 2016]; Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n2/a04v25n2.pdf>.
64. Pozo Villarreal, L Conocimiento de los padres de familia y docentes sobre los hábitos Higiénico- Dietéticos de niños y Adolescentes con Discapacidad intelectual en el Instituto fiscal de Educación Especial [Tesis de pregrado]Ecuador. Facultad de Odontología, Universidad Central de Ecuador [Sitio en Internet]. 2016 [Citado 2019 abril 07]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/8314>

## **ANEXO 1:** Solicitud de Autorización.

Mediante la firma de éste documento doy mi consentimiento para ser entrevistada por la Od. Blanco Roxana Lilian y además para que realice examen odontológico a mi hijo/a. Se me realizarán preguntas acerca de datos personales, y temas relacionados con el cuidado de la salud bucal de mi familia.

Concedo libremente esta entrevista, sé que es **voluntaria** y que puedo negarme a responder algunas preguntas o decidir terminar la entrevista en cualquier momento.

Sé que mis respuestas serán **completamente confidenciales**. Es decir, aunque mi nombre se encuentre registrado, nadie podrá identificarnos como las personas que dieron estas respuestas, dado que los datos se presentarán en forma de un resumen de todos los participantes.

Entiendo que este estudio permitirá comprender mejor cuales son los factores que influyen en la salud bucal de mi hijo/a, y permitirá a los odontólogos organizar programas que nos permitan participar con más conocimiento sobre el tema.

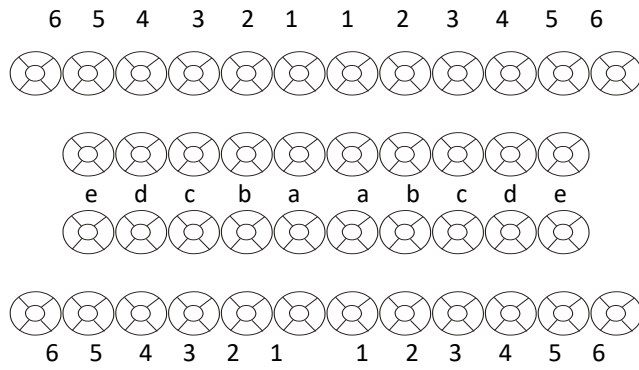
Entrevistada

Apellido y Nombre

Firma

**ANEXO 2: Odontograma:**

**ESTADO ACTUAL**



**Índice de O'Leary**

Índice primera consulta	%	Fecha:
-------------------------	---	--------

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### **ANEXO 3: CUESTIONARIO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Edad de su niño(a): Nombre y apellido

¿Quién responde al cuestionario? a) Padre b) Madre

Edad del informante: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción del padre:

a) Ninguna b) Educación Primaria c) Educación Secundaria d) Educación Técnica y/o Superior

El cuestionario está elaborado para que usted de acuerdo a su criterio indique una respuesta mediante un aspa (X).

#### **CARIES DENTAL**

1.- ¿Qué es la caries dental?

a.- Es una enfermedad que aparece en los niños desnutridos.

b.- No es una enfermedad

c.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de azúcares.

d.- Es una enfermedad causada por falta de higiene bucal y consumo de frituras.

2.- Los microorganismos que causan la caries dental puede transmitirse por

a) Compartir utensilios

b) Compartir cepillos dentales

c) Besos en la boca

d) Todas las anteriores

3.- ¿Qué es la placa bacteriana dental?

a.- Es una capa dura que se forma en la superficie de los dientes

b.- Es una placa blanda que se forma en la superficie de los dientes

c.- Es el sarro que se forma en los dientes

d.- Es una masa que solo se encuentra en los dientes de los adultos

4.- ¿Son importantes los dientes de leche?

a) Sí, porque guardan espacio para los dientes permanentes

b) No, porque no cumplen ninguna función

c) No, porque al final se van a caer

d) No, porque no son los dientes permanentes

5.- ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

a) 2 años

b) 4 años

c) 6 años

d) 8 años

#### **PREVENCIÓN**

6.- La primera visita al odontólogo, se recomienda:

a) A partir de los 2 años

b) Cuando aparece el primer diente de leche

c) Cuando tenemos dientes de adulto

d) Solo cuando existe dolor

7.- ¿Qué beneficios conoce del flúor?

- a) Fortalece los dientes y previene la caries
- b) Cura los dientes para prevenir las extracciones
- c) El flúor tiene una acción blanqueadora en los niños
- d) Fortalece al niño para que crezca sano y fuerte

8.- Es necesario visitar al dentista cuando se tiene dientes sanos:

- a) Si, para un examen clínico de rutina
- b) Solo si tiene dientes chuecos
- c) No, ya que como no tiene nada no es necesario
- d) Solo voy si mi hijo tiene molestias en la boca

9.- Si su niño pierde un diente de leche, antes del tiempo porque esta con caries ¿cree Ud. que pueda afectar la posición de los dientes?

- a) Si
- b) Depende, solo si pierde las muelas de leche
- c) No
- d) Los dientes de leche no son importantes

10.- ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

- a) El flúor
- b) Una correcta higiene bucal
- c) Evitar consumo excesivo de azúcares
- d) Todas las anteriores

## **DIETA**

11.- ¿Qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

- a) Frutas y vegetales
- b) Gaseosas y frutas
- c) Frutos y galletas
- d) Todas las anteriores

12.- ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?

- a) Queso, frutas, huevo, pan, carne.
- b) Galletas dulces, chocolates, tortas, refrescos de caja.
- c) Frutos, leche chocolatada, chisitos
- e) Todas las anteriores

13.- Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto

- a.- El niño nunca debe consumir azúcar
- b.- El niño puede consumir azúcar en varios momentos durante el día
- c.- El niño puede consumir azúcar en horas determinadas y luego cepillarse los dientes
- d.- Todas las anteriores

14.- ¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

- a.- Hasta los 15 días de nacido
- b.- Hasta los 3 meses de edad
- c.- Hasta los 6 meses de edad
- d.- Hasta el primer mes de nacido

15.- Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

- a.- Va a estar más fuerte al despertar
- b.- Estará más fuerte y sano
- c.- Estará más expuesto a tener caries
- d.- No pasa nada

### **HIGIENE BUCAL**

16.- ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?

- a.- 1 vez
- b.- De 2 a 3 veces
- c.- De 5 a más veces
- d.- Los niños no deben cepillarse los dientes

17.- ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?

- a) A partir de los 2 años
- b) A partir de 5 años
- c) A partir de la adolescencia
- d) En niños menores de 2 años

18.- ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?

- a) No
- b) Solo antes de dormir
- c) Solo con usar un enjuagatorio basta
- d) Si

19.- ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?

- a) Cada 3 meses
- b) Cada 8 meses
- c) Al año
- d) Nunca

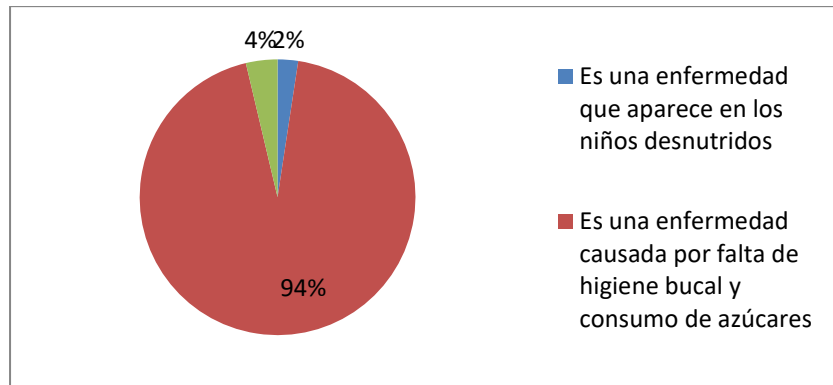
20.- En cuanto al cepillado dental

- a.- El cepillado dental puede ser realizado solo por el mismo niño
- b.- Los padres deben supervisar el cepillado dental de sus niños a esta edad
- c.- El cepillado dental debe ser realizado en niños mayores de 3 años.
- d.- En el niño el cepillado dental debe realizarse sin pasta dental

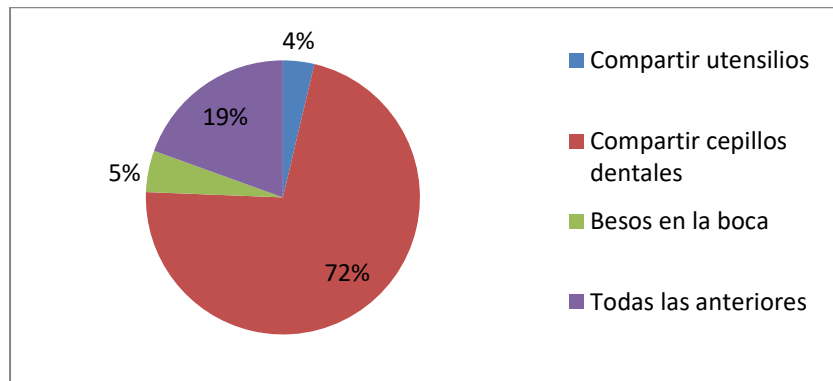
**ANEXO 4:** Conocimiento relacionado a Caries dental. Prevención, Dieta e Higiene bucal.

**DIMENSIÓN 1: Caries dental**

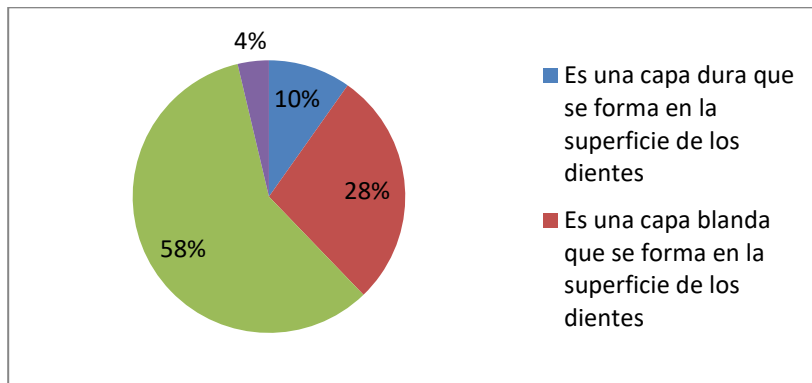
**1. ¿Qué es la caries dental?**



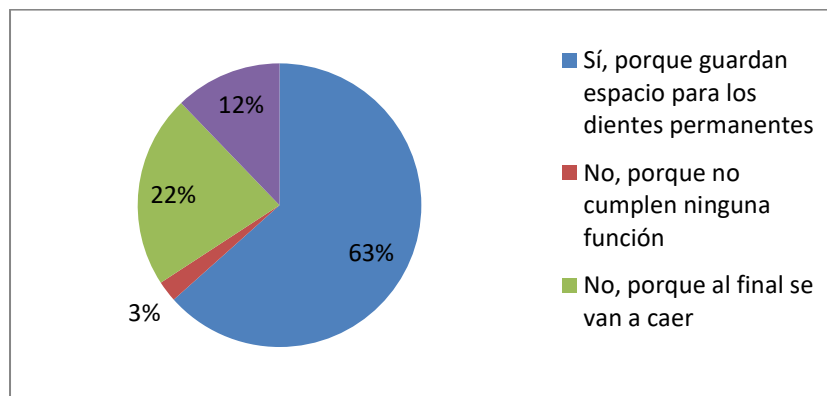
**2. Los microorganismos que causan la caries dental pueden transmitirse por:**



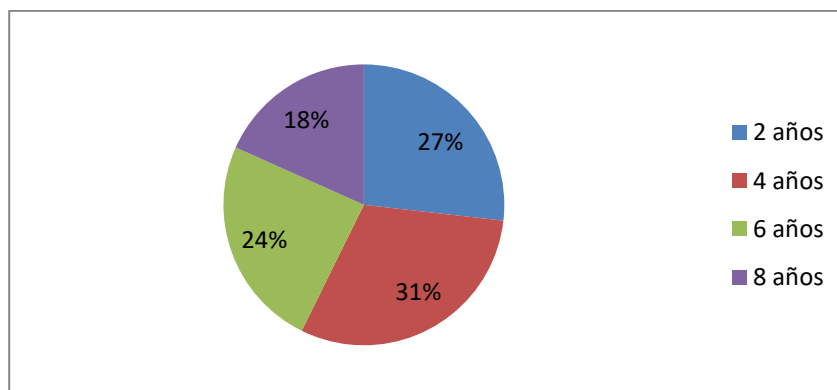
3. ¿Qué es la placa bacteriana dental?



4. ¿Son importantes los dientes de leche?

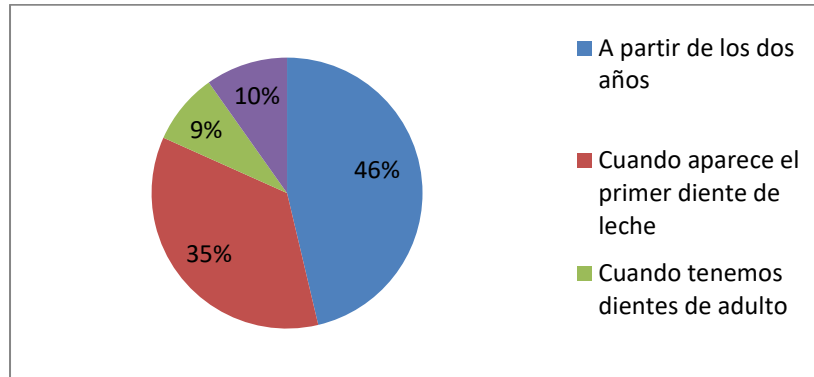


5. ¿A qué edad los niños tienen todos los dientes de leche?

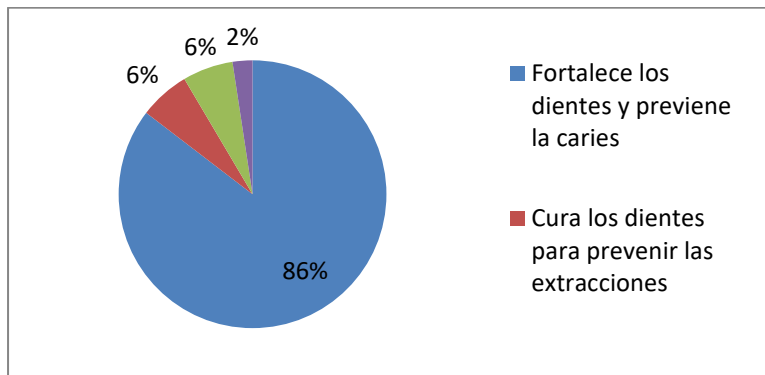


**Dimensión 2.Prevencción**

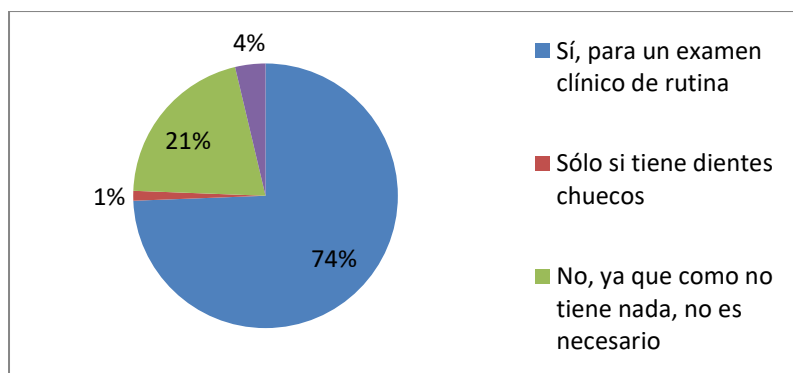
**6 .La primera visita al odontólogo se recomienda**



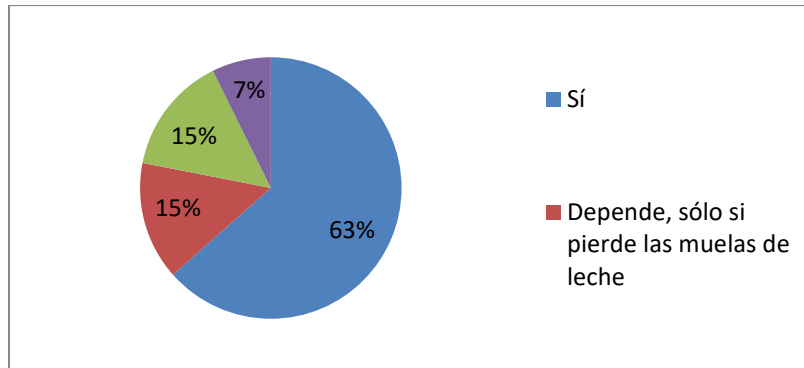
**7. ¿Qué beneficios conoce del flúor?**



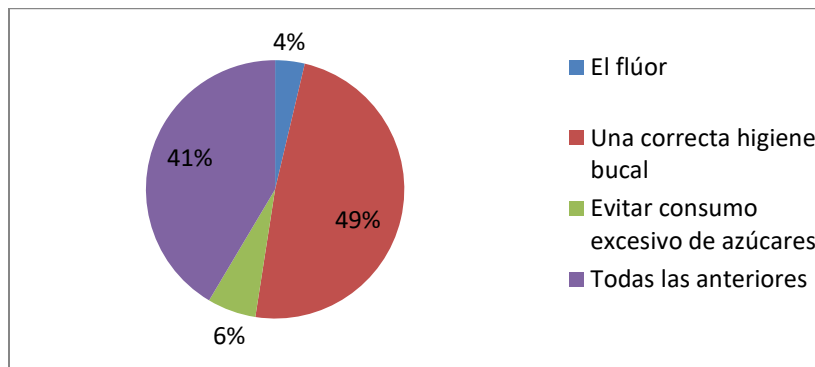
**8. ¿Es necesario visitar al dentista cuando se tienen dientes sanos?**



9. Si un niño pierde un diente de leche antes de tiempo porque está con caries ¿Cree Ud. que puede afectar la posición de los dientes?



10. ¿Qué medidas preventivas conoce usted para combatir la caries dental?

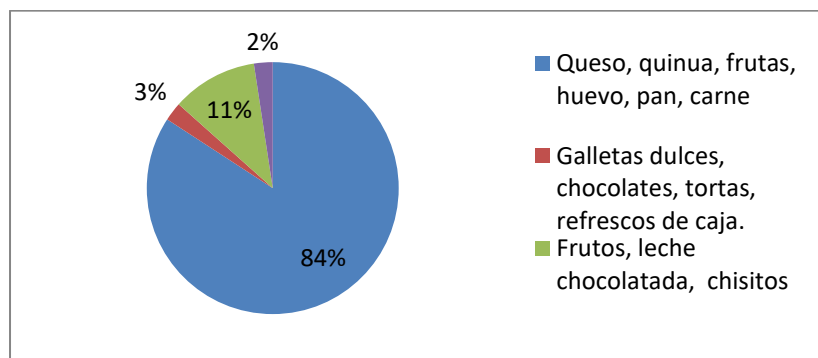


### Dimensión 3. Dieta

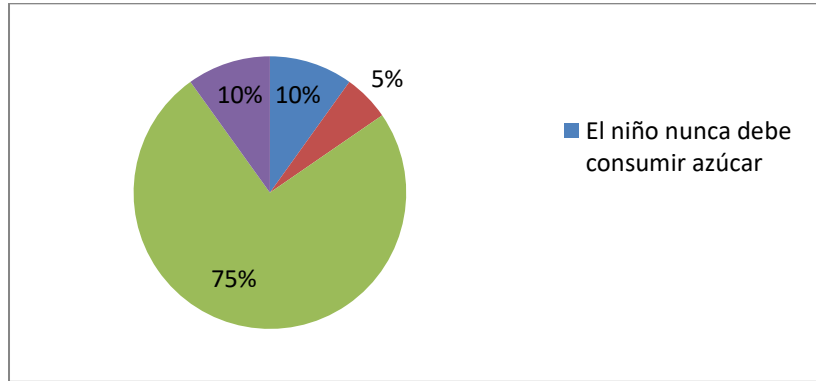
11. ¿qué alimentos cree usted que son mejores para tener dientes más sanos?

El 100% de los padres/tutores contestaron Frutas y Vegetales.

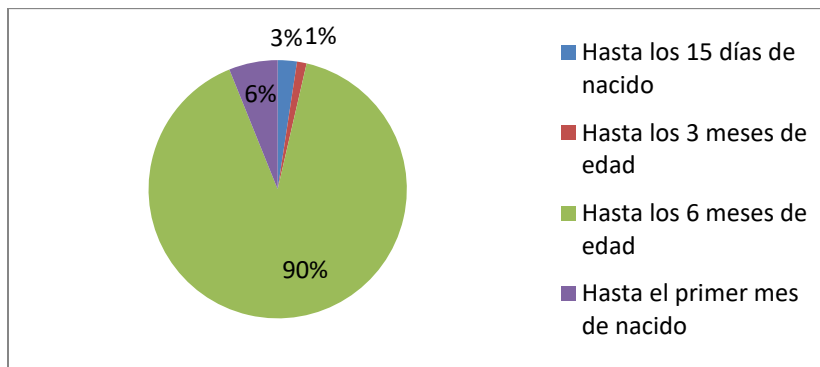
12. ¿Qué se recomienda que lleve su hijo en la lonchera?



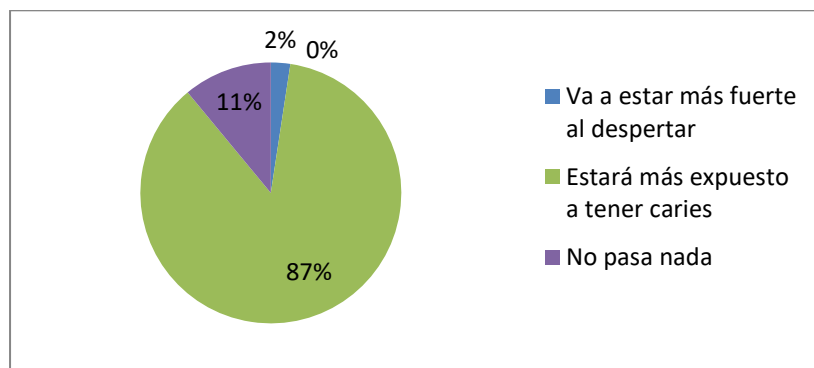
13-Con respecto al consumo de azúcares, marque lo correcto



14-¿Hasta qué edad se recomienda dar al niño lactancia materna?

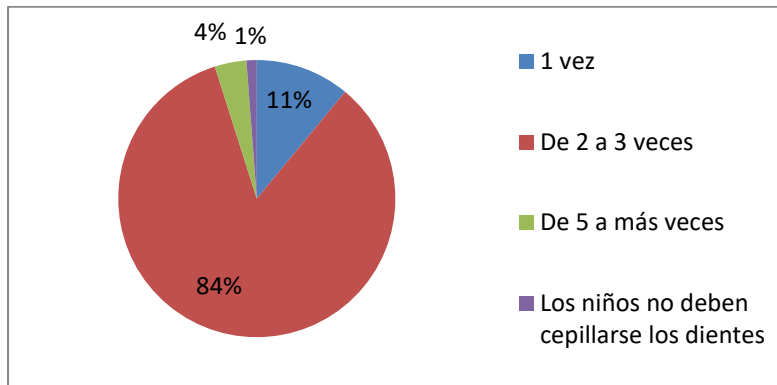


15-Dejar que el niño tenga el biberón con líquidos azucarados durante toda la noche ¿qué causaría?

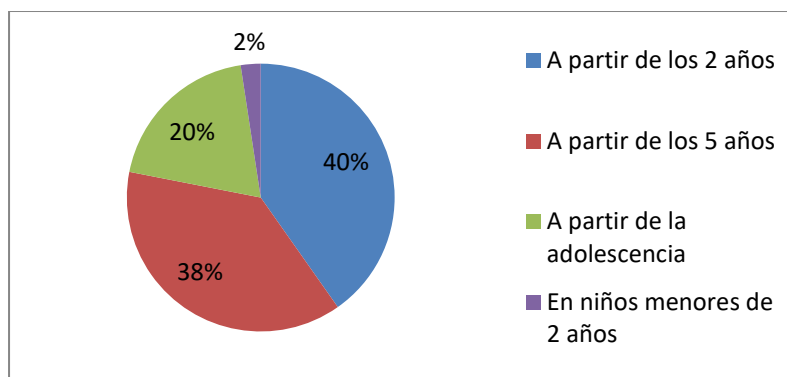


**Dimensión 4. Higiene bucal.**

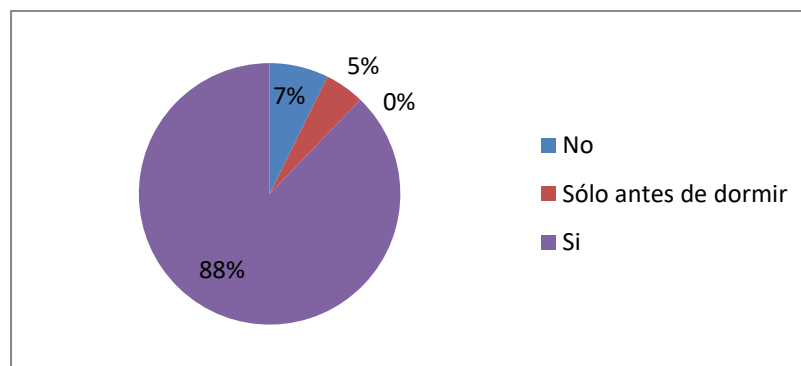
**16. ¿Cuántas veces al día el niño debe cepillarse los dientes?**



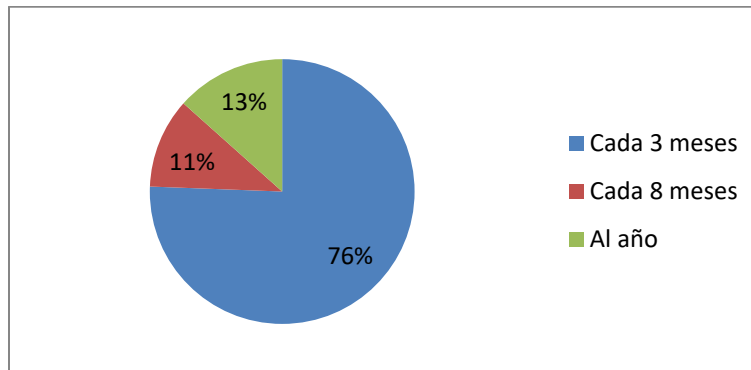
**17. ¿Desde qué edad se puede usar pasta dental con flúor?**



**18. ¿El cepillado se recomienda realizarlo después de cada comida?**



19. ¿Cada qué tiempo se debe cambiar el cepillo dental?



20. En cuanto al cepillado dental

