

REPÚBLICA DOMINICANA

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA DE ODONTOLOGÍA POSTGRADO

MAESTRÍA DE ODONTOPEDIATRÍA

TÍTULO DEL ESTUDIO:

Nivel de Conocimiento sobre Higiene Oral en Padres de Estudiantes de la Escuela

José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y Discapacidad Múltiple en el

Período 2022-2023

SUSTENTANTE:

Carol Ivelis Orozco Montás

Los conceptos emitidos en el presente trabajo final son de la exclusiva responsabilidad de los estudiantes.

ASESOR TITULAR:

Dra. Julissa Mercedes Gómez Fernández

ASESOR ESPECIALIZADO:

Dra. Jessica Fernández

SANTO DOMINGO

REPÚBLICA DOMINICANA

DEDICATORIA

A Dios por darme salud, sabiduría y fortaleza para poder cumplir una meta más en mi vida.

A mis padres Edgar Orozco y Niurkis Montás por su apoyo incondicional y su constante motivación para dar siempre lo mejor de mí y nunca rendirme.

A mi hermana Cindy Orozco por siempre creer en mí y por estar en los buenos y malos momentos.

A mi mejor amiga Ekaterina Fernández, por siempre ayudarme y estar conmigo en todo momento.

Finalmente me despido quedando muy a gusto y conforme con todas y cada una de las personas mencionadas anteriormente porque sin ellas no estaría viviendo este momento tan importante y feliz en mi vida.

Carol Orozco Montás.

AGRADECIMIENTO

A Dios por siempre cuidarme y estar en salud.

A mis padres Edgar Orozco y Niurkis Montás por el gran esfuerzo, dedicación y fe que ambos han depositado en mí para llegar a ser mejor persona y una excelente profesional.

A mi hermana Cindy Orozco por ser mi modelo a seguir, motivándome a dar siempre lo mejor de mí, ante cualquier situación que me depare la vida.

A mi amigo Roguer Guerrero por ayudarme y estar siempre para mí en los buenos y malos momentos.

Mi mejor amiga y compañera de maestría Ekaterina Fernández por siempre estar de manera incondicional en mi vida ayudándome y apoyándome.

A mis asesoras Dra Julissa Gómez y Dra Jessica Fernández por dedicar su tiempo, enseñanza y paciencia al guiarme en este trabajo.

A mis compañeras de maestría Ekaterina Fernández, Maria Lora, Irandy Almonte y Melive Comprés estoy muy feliz por haber coincidido con ustedes, un grupo unido y responsable de los cuales he aprendido mucho. Les deseo lo mejor hoy y siempre.

A la Universidad Iberoamericana (UNIBE) los doctores y profesores los cuales han contribuido a mi formación académica y profesional impartiendo sus conocimientos y enseñanzas las cuales serán empleadas en mi vida laboral y personal.

Carol Orozco Montás.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como título Nivel de Conocimiento sobre Higiene Oral en Padres de Estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y Discapacidad Múltiple en el periodo 2022-2023. El objetivo general es determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental. Los objetivos específicos buscan identificar los cambios en los conocimientos sobre salud bucal en padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental. Del mismo modo, analizar las percepciones sobre la formación de placa bacteriana en padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental. Además, investigar las pautas de uso de pasta dental por parte de los padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental. Metodología: El estudio adoptó un enfoque no experimental, observacional y transversal con un diseño cuantitativo de alcance descriptivo y comparativo. El instrumento utilizado para recopilar datos fue un cuestionario antes y después de una sesión informativa. La muestra incluyó a 71 padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares. Resultados: Las charlas formativas sobre nutrición e higiene en la salud bucodental impactan positivamente en el nivel de conocimiento un 79,12% (n=71) de los padres presentaron estadísticamente significancia para un P-valor ($p \leq 0.005$) después de la sesión informativa, en comparación con el 32% (n=71) antes de la sesión informativa.

PALABRAS CLAVE: nivel de conocimiento, padres, higiene oral, niños con discapacidad múltiple, salud bucodental, sesión informativa,

ABSTRACT

The title of this research work is Level of Knowledge about Oral Hygiene in Parents of Students at the José Manuel Rodríguez Tavares Deafblindness and Multiple Disability School in the period 2022-2023. The general objective is to determine the level of knowledge about oral hygiene in parents of students at the José Manuel Rodríguez Tavares Deafblindness and Multiple Disability School in the period 2022-2023 before and after participating in a training talk on nutrition and hygiene in oral health. . The specific objectives seek to identify changes in knowledge about oral health in parents of students at the José Manuel Rodríguez Tavares school for students with deafblindness and multiple disabilities in a period 2022-2023 before and after participating in a training talk on nutrition and hygiene. in oral health. Likewise, analyze the perceptions about the formation of bacterial plaque in parents of students at the José Manuel Rodríguez Tavares school for students with deafblindness and multiple disabilities in a period 2022-2023 before and after participating in a training talk on nutrition and hygiene. in oral health. In addition, investigate the patterns of toothpaste use by parents of students at the José Manuel Rodríguez Tavares school for students with deafblindness and multiple disabilities in a period 2022-2023 before and after participating in a training talk on nutrition and hygiene. in oral health. Methodology: The study adopted a non-experimental, observational and cross-sectional approach with a quantitative design of descriptive and comparative scope. The instrument used to collect data was a questionnaire before and after an information session. The sample included 71 parents of students from the José Manuel Rodríguez Tavares School. Results: Training talks on nutrition and hygiene in oral health positively impact the level of knowledge, 79.12% (n=71) of parents presented statistically significance for a P-value ($p \leq 0.005$) after the session briefing, compared to 32% (n=71) before the briefing.

KEYWORDS: level of knowledge, parents, oral hygiene, children with multiple disabilities, oral health, information session.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	12
1.2 OBJETIVO GENERAL	13
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4 JUSTIFICACIÓN	14
1.5 HIPOTESIS	16
2. CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	16
2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES DE LA INVESTIGACIÓN	17
2.2 ANTECEDENTES NACIONALES DE LA INVESTIGACIÓN	21
2.3 SALUD BUCODENTAL	21
2.4 HIGIENE ORAL	22
2.5 DEFINICIÓN DE CARIES DENTAL.	22
2.6 ENFERMEDAD DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA	23
2.7 EPIDEMIOLOGÍA	24
2.8 PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ECC	24
2.9 FACTORES DE RIESGO	25
2.10 FACTORES MICROBIOLÓGICOS CARIOGÉNICOS	25
2.11 FACTORES DIETÉTICOS Y AMBIENTALES	26
2.12 TÉCNICA DE CEPILLADO	26
2.13 PREVENCIÓN DE LAS LESIONES DE CARIES	26
2.14 MODIFICACIÓN DE LA DIETA	27
2.15 CONTROL DE LA BIOPELÍCULA	27
2.16 FLÚOR	28
2.17 EFECTOS DEL FLÚOR EN EL ESMALTE DENTAL	28
2.18 APLICACIÓN TÓPICA DE USO PROFESIONAL	29
2.19 APLICACIÓN TÓPICA DE USO REGULAR DEL PACIENTE.	30
2.20 SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS	31
2.21 VISITAS AL ODONTÓLOGO	32
2.22 DISCAPACIDAD	33

2.23 TIPOS DE DISCAPACIDADES	33
2.24 PREVALENCIA	34
2.25 DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	35
2.26 CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	35
2.27 AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE LA DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	37
2.28 HIGIENE ORAL Y DISCAPACIDAD	38
2.29 FACTORES DE RIESGO	38
2.30 PROBLEMAS COMUNES DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	40
2.31 RECOMENDACIONES DE LA FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL (FDI)	41
3. CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO	43
3.1 TIPO DE ESTUDIO	43
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	43
3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	44
3.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO	45
3.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	46
3.8 DESCRIPCIÓN DE LA CHARLA INFORMATIVA	48
3.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS	51
4 CAPÍTULO IV RESULTADOS.	52
5. CAPITULO V DISCUSIÓN.	67
5.1 CONCLUSIONES	72
5.2 RECOMENDACIONES	75
5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.	76
5.4 ANEXOS	85

INTRODUCCIÓN

Según UNICEF, acoge la definición sobre "Discapacidad" provista en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) 2006, (Artículo 1): "Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."¹

Aproximadamente el 15% de la población mundial, viven con alguna forma de discapacidad, ya sea física, emocional, sensorial o del desarrollo. Cada condición exige su propia atención especial para cubrir las necesidades del individuo afectado. Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad son uno de los grupos más marginados y excluidos de la sociedad, cuyos derechos son vulnerados de manera generalizada. En comparación con otras personas sin discapacidad, tienen más probabilidades de experimentar las consecuencias de la inequidad social, económica, y cultural. Diariamente se enfrentan a varias actitudes negativas, estereotipos, estigma, violencia, abuso y aislamiento; así como a la falta de políticas y leyes adecuadas, de igual manera a oportunidades educativas y económicas estables.^{1,2}

Por otro lado, prácticas de higiene bucal tales como cepillos dentales pueden ser difíciles porque requieren destrezas y destreza manual para desempeñarlas correctamente, por lo que pueden necesitar la ayuda de los padres o cuidadores para realizarlas. Es importante señalar que los cuidadores pueden necesitar capacitación educativa sobre cómo ayudarle de la manera correcta.

Debido a que necesitan atención especial para llevar a cabo su higiene bucal según su edad, cooperación, grado de discapacidad e implicación sistémica. La ausencia de educación oral puede fácilmente desarrollar enfermedades bucodentales debido a la retención prolongada de alimentos en la boca. Entre las consecuencias podemos citar: las lesiones de caries y enfermedad periodontal, generando dolor, disfunción y malestar. Estos problemas afectan su calidad de vida, teniendo limitaciones del habla, halitosis, alteraciones en el gusto y malestar durante la alimentación.^{1,2}

El tratamiento preventivo de los pacientes pediátricos con discapacidad que vive en un medio familiar debe ser individualizado de acuerdo a las características del paciente pediátrico y su medio ambiente, el cual debe incluir, educación para la higiene oral, controles de la biopelícula dental, consejo dietético, terapia fluorada y en ciertas ocasiones la utilización de antimicrobianos.^{1,2}

La higiene oral en pacientes pediátricos con discapacidad, al igual que para la población en general, constituye una parte integral de la salud general, por tal razón las actividades que se realicen repercuten directamente en su bienestar y estilo de vida.³

Esta es la razón por la que, a través de la recopilación de datos, el presente estudio pretende. Evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares mediante una charla formativa sobre nutrición e higiene bucodental.

El siguiente trabajo de investigación consta de dicha organización:

El capítulo I, abarca el planteamiento del problema, preguntas de investigación, objetivo general y específicos y justificación.

El capítulo II, contempla el marco teórico, en el cual se encuentran los antecedentes internacionales y nacionales de la investigación, también la recolección de información sobre estudios de conocimiento de higiene oral en padres con hijos discapacitados y la revisión de literatura, que contiene las bases teóricas necesarias para el buen entendimiento del estudio abordado.

El capítulo III, contiene la metodología utilizada para el desarrollo de la investigación. En el mismo se define el tipo de estudio; criterios de inclusión, población y muestra; instrumentos de recolección de datos; el procedimiento utilizado; y el análisis estadístico.

El capítulo IV, presenta los resultados, mediante el uso de tablas y gráficos, obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos, con su respectiva interpretación y análisis.

El capítulo V, expone la discusión de los resultados, conforme a los objetivos planteados, conclusiones arribadas y recomendaciones necesarias para mejorar el nivel de conocimiento.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La literatura científica demuestra que las personas con un grado de discapacidad, presentan alta prevalencia en lesiones de caries dental, enfermedad periodontal, pérdida prematura de dientes, mala higiene oral y en ocasiones no cuentan con el apoyo familiar o de cuidadores para mejorar su higiene oral e implementar tratamientos preventivos y de rehabilitación. Este grupo de población se considera vulnerable y por ello requiere atención odontológica integral. La importancia de conocer el nivel de conocimiento de los padres con niños con discapacidades múltiples respecto a la higiene bucal es crucial, puesto que el conocimiento es el primer escalón para la prevención de enfermedades y patologías orales.

La educación en salud bucodental que los padres reciben de manera preventiva cambiaría el hecho de que sus hijos estén expuestos a ser pacientes de alto riesgo de lesiones cariosas en la cavidad y otras patologías orales. Derivado de lo mencionado anteriormente, el presente estudio plantea como cuestión de investigación: Evaluar el Nivel de Conocimiento sobre Higiene Oral en Padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental.

1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

PREGUNTA GENERAL

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Cuáles son los cambios en los conocimientos sobre salud bucal en padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental?
2. ¿Cuáles son las percepciones sobre la formación de placa bacteriana en padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental?
3. ¿Qué pautas conocen acerca del uso de la pasta dental los padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental?

OBJETIVOS

1.2 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si existen diferencias en los conocimientos sobre salud bucal en padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental.
- Analizar las percepciones sobre la formación de placa bacteriana en padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental.
- Investigar las pautas de uso de pasta dental por parte de los padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Asociación Estadounidense de Personas con Discapacidades (AAPD) en el 2004 define las necesidades especiales de atención médica como “cualquier impedimento o condición limitante física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o emocional que requiere manejo médico, intervención de atención médica y/o uso de servicios o programas especializados. La condición puede ser congénita, del desarrollo o adquirida a través de una enfermedad, trauma o causa ambiental y puede imponer limitaciones en la realización de actividades diarias de automantenimiento o limitaciones sustanciales en una actividad principal de la vida.”⁶

Los pacientes con discapacidades tienen necesidades únicas que afectan su calidad de vida en general y requieren atención de salud oral especializada y multidisciplinaria. Estas personas pueden tener un mayor riesgo de enfermedades orales a lo largo de su vida, entre ellas pueden presentar acumulación de cálculo dental que resulta en un aumento de la gingivitis y el riesgo de enfermedad periodontal, lesiones de caries dental, apiñamiento dental, maloclusión, anomalías en el desarrollo, tamaño, erupción y formación de los arcos dentarios, bruxismo, fractura o traumatismos.⁶

Las prioridades y actitudes pueden servir como impedimentos para el cuidado bucal. Los esfuerzos de promoción de la salud bucal del cuidador y el interés en la educación relacionada con la salud bucal se han correlacionado positivamente con el nivel de función, capacidades e independencia de una persona con necesidades especiales de atención médica. La falta de conciencia y conocimiento de los padres,

médicos y cuidadores sobre el manejo de la higiene oral de niños con discapacidad puede impedir que tengan una atención dental preventiva. Otras condiciones de salud pueden parecer más importantes que la salud dental, especialmente cuando no se comprende bien la relación entre la salud bucal y la salud general.⁶ Por esto se ha considerado oportuno realizar una investigación para evaluar el Nivel de Conocimiento sobre Higiene Oral en Padres de Estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y Discapacidad Múltiple en el período 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental.

1.5 HIPÓTESIS:

Hipótesis Nula (H0): No hay diferencia en el conocimiento de los padres sobre la salud bucodental antes y después de la charla informativa

Hipótesis Alternativa (H1): Hay diferencias en el nivel de conocimiento de los padres sobre la salud bucodental antes y después de la charla informativa

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES DE LA INVESTIGACIÓN

En el 2020, Alí Milagros⁷ realizaron un estudio transversal en una Institución de la ciudad de Corriente, Argentina, cuyo objetivo fue evaluar la higiene oral de niños que concurren al Centro de Atención al Desarrollo de la Infancia y adolescencia durante el período de septiembre 2017-2018. La muestra fue de 100 niños entre las edades de 2 a 13 años de edad, a los cuales se realizó una historia clínica odontológica, luego de que sus respectivos tutores expresaran su consentimiento informado. El examen clínico reveló una higiene oral deficiente en el 81% de los menores. Se halló una correlación positiva entre la edad de los niños y el valor del índice de placa bacteriana ($p= 0,012$). La prueba del chi cuadrado no mostró diferencias significativas relacionadas a la higiene oral entre niñas y niños ($p = 0,544$). La higiene oral de los menores con y sin caries dental, mostró diferencias estadísticamente significativas ($p=0,00$). Los resultados obtenidos muestran la necesidad de implementar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades orales, pendientes a mejorar la higiene oral y el estado de las piezas dentarias en este grupo poblacional vulnerable.

Otros estudios han evaluado la efectividad de una intervención educativa para modificar prácticas perjudiciales a la salud del primer molar permanente, en niños con retraso mental. Se realizó un estudio cuasiexperimental en la Escuela Especial de Cuba, durante el período de septiembre del 2016 a marzo del 2017. El estudio

estuvo conformado por una población de 26 niños con retraso mental leve y moderado. La investigación constó de tres etapas: diagnóstico, intervención educativa y evaluación. Luego de las etapas realizadas, se obtuvieron los siguientes resultados, con un 65,38 % presentaban primeros molares permanentes en estado satisfactorio y 34,62 % insatisfactorio. Antes de la intervención el 69,23 % tenían niveles de información malos sobre salud bucal, la higiene bucal en 76,92 % era mala, y en 23,10 %, regular. Después el 38,46 % registraban buenos niveles de información, el 46,15 % regulares, y 15,38 % malos. La higiene bucal resultó buena en 26,92 % de los niños, regular en 50,00 % y mala en 23,08 %. Finalmente se pudo concluir que la intervención educativa fue efectiva para modificar las prácticas perjudiciales a la salud del primer molar permanente en niños con retraso mental.⁸

Baguer J. (2022)⁹ realizó un estudio que lleva por título “Nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal en padres de estudiantes de primer grado de una institución educativa, Moyobamba 2022”. El cual tuvo como objetivo, determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la conducta sobre salud bucal en padres de estudiantes del primer grado de una Institución Educativa. En cuanto al método utilizado fue el científico, de tipo básico, nivel correlacional, transversal; contó con 71 padres de familia, los cuales se les aplicó el Test de Nivel de Conocimiento y el Test de Nivel de Conducta. Se obtuvo un nivel de conocimiento regular y de conducta fue regular. Los resultados arrojaron que la conducta sobre cuidados bucales fue bajo con el 49,3 %, en prevención en enfermedades bucales fue regular con el 45,1 % y el tratamiento en salud bucal fue regular con el 53,5 %. Finalmente pudieron concluir que el nivel de conocimiento de salud bucal en padres de niños con habilidades especiales fue regular siendo necesario implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal incluyendo la salud bucal

en padres de niños con habilidades especiales.

Cumbicus E et al (2023)¹⁰ realizaron un estudio titulado “Estrategia educativa en salud bucal para padres y cuidadores de la Institución Manuela Espejo Azogues.” Tuvo como objetivo principal, determinar la mejoría en el conocimiento de padres y cuidadores a través de la implementación de una estrategia educativa en salud bucal, de la Institución de educación Especial Manuela Espejo Azogues. En cuanto a los materiales y métodos utilizados, fue un estudio con un enfoque cuantitativo de diseño descriptivo y corte longitudinal. En el cual se llevaron a cabo tres etapas: 1) aplicación de pre-test a través de una encuesta para los 54 padres de familia y/o cuidadores de la institución de educación especial Manuela Espejo, previo consentimiento informado, 2) implementación de estrategia educativa, 3) pos-test para verificar los conocimientos adquiridos. Finalmente luego de la recolección de datos, se obtuvo como resultado una mejoría del 54,97% en los conocimientos adquiridos post estrategia educativa. Lo que permitió concluir que ocurrió un aumento del nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores, sobre salud bucal después de la estrategia educativa.

Narváez A. (2017)¹¹ realizaron un estudio titulado “La Caries es la enfermedad bucal más prevalente a nivel mundial y afecta al ser humano desde temprana edad.’ El cual tuvo como objetivo, Determinar la asociación entre el conocimiento de los padres de familia sobre salud bucal y uso de técnicas educativas en relación a la presencia de biofilm y caries dental en niños de 1 a 3 años del Centro Infantil del Buen Vivir Manuela Cañizares en Quito, Ecuador. En cuanto a la metodología utilizada, se recolectó una muestra de 45 niños y sus representantes. Los representantes rindieron una prueba de conocimientos diagnóstica, mientras que en los niños se examinó clínicamente presencia de biofilm y caries. El Índice de Higiene

Oral Simplificado (IHO-S) fue usado para evaluar biofilm. Los criterios de la Organización Mundial de la Salud fueron usados para evaluar caries dental. Los representantes fueron divididos al azar en dos grupos. El grupo A recibió educación mediante Técnica Expositiva y el grupo B con Técnica Demostrativa. Siete días después se realizó la evaluación final. Finalmente se obtuvo como resultado que la prevalencia de caries fue de 26,7%. No se halló asociación significativa entre conocimiento y biofilm; tampoco entre conocimiento y caries. Pero se pudo mostrar que la diferencia entre la media del conocimiento inicial y final fue significativa ($p=0,001$), así como el IHO-S ($p=0,001$). Finalmente se pudo concluir que, la educación ayuda a mejorar los conocimientos de los padres de familia y reducir el biofilm en sus hijos, independientemente de la técnica educativa.

Sharon. A (2023)¹² realizaron un estudio que lleva como título. “La caries es la enfermedad bucal con mayor presencia desde temprana edad” El siguiente estudio tuvo como objetivo: evaluar el nivel de conocimiento de padres sobre métodos preventivos para reducir caries, mediante la aplicación de un cuestionario y la impartición de intervenciones educativas, en las comunidades de Chugchilán, Huambaló, Inchapo y Sarapampa del cantón de Latacunga en el periodo septiembre 2022 – enero 2023. En cuanto a la metodología utilizada, cabe destacar que fue un estudio cuasiexperimental y longitudinal, con población de 70 padres de preescolares, con muestra de 67 participantes. Obtenido el consentimiento informado, se aplicó el cuestionario conformado por 12 preguntas. Después de 7 días, se impartieron charlas sobre higiene bucal y métodos preventivos en niños. Luego de 7 días, nuevamente se realizó la encuesta para evaluar modificaciones en el nivel de conocimiento de los padres. Los datos obtenidos se registraron en una base de datos de Excel y se analizaron usando el programa SPSS 27. Luego de la

recolección de datos se obtuvo como resultado que en la encuesta inicial el 49,3% de los padres respondieron que la pasta dental debe cubrir lo suficiente del cepillo. Al realizar la intervención educativa, el conocimiento mejoró teniendo como resultado que un 61,2% de los padres encuestados, colocaron que la cantidad correcta es la de un grano de arroz crudo o un guisante. El 53,7% de los padres, presentaban un nivel de conocimiento inicial malo, pero después de la intervención se redujo a 7,5%, siendo estadísticamente significativo, y el nivel bueno aumentó al 47,8%. En cuanto al sexo y edad, las mujeres y los participantes entre 18 a 28 años tuvieron un mejor conocimiento antes y después de la intervención educativa. Finalmente se pudo concluir que, las intervenciones educativas ayudan a mejorar los conocimientos de los padres sobre métodos preventivos.

2.2 ANTECEDENTES NACIONALES DE LA INVESTIGACIÓN

No se encontraron estudios de investigación en la República Dominicana sobre este tema.

2.3 SALUD BUCODENTAL

La Organización Mundial de la Salud OMS (2022)¹³: realizaron un informe titulado “ Estado de la salud bucodental mundial: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental para 2030” En el cual define la salud bucodental como el estado óptimo que presenta la boca, los dientes y las estructuras orofaciales que permite a las personas realizar funciones esenciales, como respirar, comer y hablar. La salud bucodental abarca desde los primeros años de vida hasta la vejez, formando así una parte integral y esencial de la salud general en las personas. Por otra parte, las enfermedades orales no tratadas afectan a casi la mitad de la población mundial. El número de casos a nivel mundial ha aumentado en mil millones en los últimos 30

años, una clara indicación de que muchas personas no tienen acceso a una atención de salud bucodental adecuada, que incluye prevención, protección contra riesgos y servicios de restauración y rehabilitación.

Las consecuencias de las enfermedades orales no tratadas en pacientes pediátricos con discapacidad incluyen síntomas físicos y limitaciones funcionales. Así como también se ve reflejado en el bienestar emocional, mental y social. Es por esto que la salud bucodental juega un papel importante en la comodidad y la autoestima, así como la participación social. Por otra parte existen desigualdades socioeconómicas marcadas y persistentes en las enfermedades orales, con una mayor carga de morbilidad en los grupos de población desfavorecidos y marginados como son las personas con discapacidad y de bajos recursos.¹³⁻¹⁴

2.4 HIGIENE ORAL

La higiene oral se define como una limpieza mecánica cuidadosa de los dientes que interrumpe la formación de la placa bacteriana, la cual tiene un papel importante en la prevención de enfermedades orales. Cabe destacar, que los padres tienen un rol esencial en el cuidado oral de sus hijos, a la hora del cepillado dental, ya que al desconocer y realizar de una manera inadecuada los hábitos de higiene oral en los dientes deciduos retrasaría el cuidado dental preventivo de estos, afectando así el recambio dental y la dentición permanente.¹⁴

2.5 DEFINICIÓN DE CARIES DENTAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵ define la caries dental como un proceso patológico, localizado, de origen externo, que se inicia tras la erupción y que determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad. La caries se caracteriza por una serie de complejas

reacciones químicas y microbiológicas que acaban destruyendo el diente, se acepta que esta destrucción es el resultado de la acción de ácidos producidos por bacterias en el medio ambiente de la placa dental. Clínicamente, la caries se caracteriza por cambio de color, pérdida de translucidez y descalcificación de los tejidos afectados. A medida que el proceso avanza, se destruyen tejidos y se forman cavidades. Es la secuencia dinámica de las interacciones diente/biofilm que pueden ocurrir en el tiempo, sobre y dentro de una superficie dentaria. El proceso comprende un giro en el balance entre factores protectores (que remineralizan) y factores destructivos (que desmineralizan) a favor de la desmineralización de la estructura dentaria. Dicho proceso puede ser detenido en cualquier momento.

Lesión de caries: También llamada “lesión cariosa”, es un cambio detectable en la estructura dentaria que resulta de la interacción diente/biofilm. En otras palabras, es la manifestación clínica (signos) del proceso de caries.¹⁵

Severidad de la lesión: Es el estadio del progreso de la lesión según la pérdida mineral, desde la pérdida inicial a nivel molecular hasta la destrucción tisular total. Lesiones cavitadas y no cavitadas son, por ejemplo, dos estadios específicos de la severidad de la lesión.¹⁵

2.6 ENFERMEDAD DE CARIES DE LA PRIMERA INFANCIA

La caries de la primera infancia (**ECC**)^{14,16} ha ido en aumento en muchos países y se ha convertido en un importante problema de salud, especialmente en poblaciones socialmente desfavorecidas. La ECC se define como la presencia de una o más superficies dentales cariadas, faltantes u obturadas en cualquier diente primario en un niño de 71 meses de edad o menos.

La **ECC** es una enfermedad multifactorial que resulta de la interacción de factores

que incluyen microorganismos cariogénicos, exposición a carbohidratos fermentables a través de prácticas de alimentación inadecuadas y se atribuye principalmente a una interacción específica en el tiempo de los microorganismos con los azúcares en la superficie del diente, La dieta y las prácticas de alimentación también juegan un papel importante en la adquisición de la infección y el desarrollo de caries. Factores como el alto consumo de azúcar, la falta de higiene bucal, la falta de exposición al flúor y los defectos del esmalte son algunos de los principales factores responsables de la ECC.¹⁶

2.7 EPIDEMIOLOGÍA

Según la Organización Mundial De La Salud (OMS)¹⁷ en el año 2022 la enfermedad de caries dental no tratada fue la afección bucodental con mayor prevalencia a nivel mundial y se estima que afecta a 2500 millones de personas, también el Global Burden of Disease Study, en el 2017, identificó que más de 530 millones de niños de todo el mundo padecen de lesiones de caries dental en la dentición primaria. Estos informes también ponen a relucir que existe una gran desigualdad con respecto al acceso de los servicios de salud bucodental, siendo la prevalencia en las personas más vulnerables y desfavorecidas. Las personas de ingresos bajos, las personas con discapacidad, las personas que viven en comunidades rurales remotas, o pertenecientes a grupos minoritarios soportan una mayor carga de enfermedades bucodentales.¹⁸

2.8 PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ECC

La ECC se presenta inicialmente como manchas blancas o marrones opacas en los incisivos superiores a lo largo del margen gingival, que progresa hasta la destrucción completa de la corona, lo que lleva a la formación de muñones

radiculares. En la etapa moderada, la caries comienza a extenderse a los molares maxilares y en en la etapa severa, el proceso de caries destruye los dientes maxilares y se extiende a los molares mandibulares.¹⁶

2.9 FACTORES DE RIESGO

El riesgo se define como la probabilidad de que un suceso perjudicial o indeseado pueda ocurrir. A diferencia del diagnóstico clásico, el actual consenso indica que la caries dental debe detectarse y monitorearse en sus estadios más tempranos. La necesidad de esta identificación temprana ha dado lugar a una importancia creciente de la determinación del paciente en riesgo. Los principales factores de riesgo en el desarrollo de ECC se pueden clasificar como factores microbiológicos, dietéticos y ambientales. La ECC sigue siendo una de las enfermedades infantiles más comunes. Los principales factores que contribuyen a la alta prevalencia de ECC son las prácticas de alimentación inadecuadas, los antecedentes socioeconómicos familiares, la falta de educación de los padres y la falta de acceso a la atención dental. La salud bucal juega un papel importante en los niños para mantener las funciones bucales y es necesaria para la alimentación, el desarrollo del habla y una autoimagen positiva.¹⁴

2.10 FACTORES MICROBIOLÓGICOS CARIOGÉNICOS

Streptococcus mutans (SM) son los microorganismos más comunes asociados con la ECC. Estos se encargan de metabolizar los azúcares para producir ácidos, que contribuyen a la desmineralización de la estructura dental, permitiendo la formación de biopelícula junto con una gran cantidad de ácido a bajos niveles de pH^{14,16}

Lactobacillus son otros microorganismos que aparecen como consecuencia de una elevada ingesta de carbohidratos fermentables, los cuales producen altas

cantidades de ácidos y dan inicio a la formación de las lesiones cariosas.^{14,16}

2.11 FACTORES DIETÉTICOS Y AMBIENTALES

Los factores dietéticos y ambientales son determinantes en la caries dental y otras afecciones crónicas. El mayor riesgo de caries se asocia significativamente con el consumo frecuente y total de azúcares. Se debe aconsejar a los padres sobre la importancia de la frecuencia de azúcares y carbohidratos refinados en alimentos y bebidas. Se debe recomendar a los padres que amamanten a sus bebés, evitar el biberón, limitar las comidas y bebidas azucaradas, incluidos los jugos de frutas, a la hora de comer, fomentar una dieta equilibrada como bocadillos saludables, frutas y verduras.^{14,16,17}

2.12 TÉCNICA DE CEPILLADO

La técnica recomendada para paciente pediátricos, personas con habilidades motoras disminuidas y con discapacidades, es la técnica Horizontal o de Fones. Las cerdas del cepillo deben ser suaves y se colocan a 90° con respecto al eje mayor del diente y el cepillo se mueve de atrás hacia delante en movimiento de barrido y circular. Tiene una duración de 2 minutos, 1 minuto en los dientes superiores y el otro minuto en los dientes inferiores. Esta técnica se recomienda para niños pequeños, en personas con habilidades manuales disminuidas y discapacitados.¹⁸

2.13 PREVENCIÓN DE LAS LESIONES DE CARIES

Para lograr la prevención de lesiones de caries dental, va a depender de ciertos factores, como buenos hábitos de higiene oral, modificaciones en la dieta, visitas periódicas al odontólogo, entre otros. Entre los métodos o manejos para la

prevención de lesiones de caries comúnmente utilizados en la consulta son: aplicación tópica de flúor en sus diferentes presentaciones y los sellantes de fosas y fisuras.^{19,20}

2.14 MODIFICACIÓN DE LA DIETA

El control o cambios en la dieta es parte importante para la prevención de lesiones de caries. La disminución de azúcares libres está asociada a la disminución de lesiones de caries. Orientar a los padres a establecer en sus hijos hábitos de dieta saludables, evitando incorporar azúcares añadidos hasta los dos años, consumirlos en el momento de la comida, tomar agua o leche entre comidas, orientarlos sobre el uso de los biberones y las opciones de alimentos que pueden darle a los niños en las meriendas.^{19,21}

2.15 CONTROL DE LA BIOPELÍCULA

El cepillado dental que se recomienda debe ser realizado desde que erupciona el primer diente en el bebé, con pasta dental y cepillo, después de las comidas y antes de ir a dormir, debe ser supervisado y con la ayuda de los padres hasta los 8 años de edad, para este momento el niño ha desarrollado sus habilidades motrices. El Biofilm puede causar inflamación sobre el control de biopelícula en pacientes con capacidades motrices limitadas después de 24 horas de acumulación. Por lo que se recomienda el cepillado dental mínimo dos veces al día por dos minutos ya que se alcanza la remoción adecuada de la biopelícula.¹⁹

Por consiguiente, un correcto cepillado es una forma eficaz para controlar el inicio o desarrollo de lesiones de caries dental, debido a que se desorganiza la biopelícula y al mismo tiempo usando fluoruro contenido en la pasta dental de manera regular, se protege de esta manera el tejido dental.^{19,20}

2.16 FLÚOR

El flúor es uno de los elementos más abundantes en la naturaleza, utilizado ampliamente de forma tópica en el tratamiento de la caries dental por sus propiedades anticariogénicas y antimicrobianas.²¹

2.17 EFECTOS DEL FLÚOR EN EL ESMALTE DENTAL

El esmalte está formado por hidroxiapatita, un compuesto que proporciona dureza al diente. Las bacterias que tenemos en la cavidad bucal, metabolizan los carbohidratos de la dieta y producen ácidos por lo que la hidroxiapatita se disolverá debilitando al diente y formando lesiones de caries. Este proceso se puede prevenir y revertir en sus etapas tempranas utilizando compuestos que posean flúor en su composición.²²

Por vía tópica, el fluoruro se incorpora a la superficie del diente uniéndose a la hidroxiapatita y produciendo un nuevo compuesto, la fluorapatita. La fluorapatita le confiere una mayor dureza y protección al esmalte dental al inhibir el metabolismo de las bacterias sobre los carbohidratos, evitar la desmineralización del diente sano y favorecer la remineralización del diente.²²

El efecto tóxico va a depender de la edad a la que se empiecen a usar estos productos, la cantidad utilizada e ingerida y la concentración de fluoruro en los mismos. Cuando estos factores se dan con frecuencia, puede producirse una intoxicación crónica que puede desencadenar diversas patologías como la fluorosis dental, aumento de la densidad ósea, manifestaciones neurológicas, alteraciones musculares, trastornos en la glándula tiroides, anemia, gastritis e incluso puede

afectar al desarrollo neurológico infantil, entre otras.²²

2.18 APLICACIÓN TÓPICA DE USO PROFESIONAL

- Flúor en gel

El flúor en gel tiene una aplicación reservada a profesionales de la salud oral, debido a las altas concentraciones de 2,425-12,500 ppm de flúor. Se recomienda su uso en niños mayores de 6 años y que sepan escupir, en pacientes de riesgo moderado y alto a lesiones de caries dental. Los geles fluorados son de fácil aplicación y de uso semestral o trimestral de acuerdo a la necesidad del paciente.¹⁹⁻²⁴

- Barniz de flúor

Los barnices de flúor fueron desarrollados para prolongar el tiempo de contacto entre el fluoruro y la superficie dental. Es un tratamiento mínimamente invasivo para lesiones de caries iniciales, previniendo la progresión de la lesión de caries, ya que proporciona la remineralización del tejido dental por un tiempo prolongado. Los barnices de flúor se han considerado seguros, a pesar de su alta concentración de flúor, se recomienda utilizar en niños menores de 6 años.²⁴⁻²⁷

Presentan múltiples beneficios ya que son fáciles de aplicar, no necesitan de una profilaxis previa, liberación prolongada y lenta de flúor, disminuye el riesgo de fluorosis, son útiles en pacientes de alto riesgo a lesiones de caries dental, mínimamente invasivo y ayuda en la remineralización del tejido dental.^{24,26,27}

El fluoruro en barniz consiste en la administración tópica de fluoruro de manera profesional. Su composición consta con un 2,26 % de fluoruro (22.600 ppm F), este se adhiere a la superficie dental, permitiendo un contacto prolongado de fluoruro con los tejidos duros.²⁸⁻²⁹

2.19 APLICACIÓN TÓPICA DE USO REGULAR DEL PACIENTE.

- Flúor en pasta dental

Usar pasta dental para realizar el cepillado mínimo dos veces al día, con la cantidad de acuerdo a la edad del niño, siendo dosificado por los padres y realizando la supervisión del cepillado hasta los 8 años de edad. Se recomienda el uso de pasta dental fluorada de 1000 a 1500 ppm de fluoruro ha demostrado prevenir las lesiones de caries dental.^{27,30,31}

Cuando los molares de leche comienzan a salir, la dieta del bebé comienza a ser más variada debemos introducir el dentífrico con la finalidad de aportar flúor tópico a la dentición. En los Niños de 1 a 3 años: la pasta dentífrica debe contener mínimo 1000 ppm de ion flúor y la cantidad debe ser del tamaño de un grano de arroz. A partir de los 3 años de edad: la cantidad de flúor aumenta entre 1000 y 1450 ppm y la cantidad que deberemos aplicar no debe ser mayor que la del tamaño de un guisante. Niños de 6 años de edad en adelante: el dentífrico siempre tendrá una cantidad de 1450 ppm de flúor y la cantidad será del tamaño de un guisante.^{28,32}

- Flúor en enjuague

El uso de enjuagues fluorados debe ser recomendado por el odontopediatra en niños con alto riesgo a lesiones de caries dental ya que provoca una reducción de lesiones de caries dental del 26% de estas. Así como también tomar en cuenta la edad del niño que debe ser mayor a 6 años y que sepa escupir de manera adecuada. Se recomienda el uso de enjuague fluorado diario con una concentración de 0.05% NaF para el diario o 230 ppm F ya que permite la formación de un hábito a diferencia a los de uso semanal, ya que pueden ser olvidados.²⁷

2.20 SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS

Los selladores de fosas y fisuras son un material creado para la prevención de lesiones de caries dental en los dientes posteriores, siendo los más propensos a lesiones de caries, debido a su anatomía, ocurre la retención de placa bacteriana. En cuanto a las indicaciones de los sellantes según Llondra y Bravo ²⁵⁻³³ refieren que para la colocación exitosa de los sellantes y fisuras se debe cumplir con los siguientes criterios:

A nivel individual

- Dientes con morfología oclusal propensa a la enfermedad de caries (surcos profundos).
- Molares hasta los cuatro años tras su erupción (fase de maduración posteruptiva del esmalte, que es el momento ideal para colocar un sellador), sanos o con lesión cariosa incipiente de fisura limitada a esmalte.
- En pacientes que puedan ser controlados regularmente.
- En hipoplasias o fracturas del esmalte.

A nivel comunitario

- Referido siempre a dientes sanos o con enfermedad de caries incipiente de fisura limitada a esmalte.
- Primeros molares permanentes: de 6-10 años.
- Segundos molares permanentes: de 11-15 años.
- Premolares en dentición de moderado y alto riesgo de caries.
- Molares temporales en dentición primaria de alto riesgo.²⁵⁻³⁴

Los selladores de fosas y fisuras son los materiales más utilizados y efectivos en programas comunitarios de control de caries. Su importancia se debe a que las superficies oclusales de los molares son especialmente susceptibles a la acumulación de placa bacteriana y al consecuente desarrollo de caries, debido a su irregular anatomía.

Los sellantes actúan eliminando esta irregularidad, lo que dificulta la adhesión bacteriana y facilita la higiene. Los selladores de fosas y fisuras se pueden encontrar en forma de resina e ionómero de vidrio, distinguiéndose entre sí por su mecanismo de polimerización y adhesión a la estructura dental. Además, el segundo material presenta la supuesta ventaja de funcionar como reservorio de flúor, ya que presenta fluoruro en su composición química. Por tratarse de una intervención de aplicación fácil, atraumática, indolora y bien tolerada, se considera como un aporte relevante a la Salud Pública, especialmente en la población infantil.

La aplicación de sellantes consiste en realizar un pulido de la superficie para eliminar cualquier resto o placa acumulada, grabado ácido, y la aplicación del sellante en las zonas retentivas (fosas y fisuras).^{33-35,37-38}

2.21 VISITAS AL ODONTÓLOGO

Es recomendable asistir al menos dos veces por año y en casos de alto riesgo de 3 a 4 veces por año, para mantener un protocolo preventivo exhaustivo y permitir que se facilite la detección precoz de cualquier patología oral.^{35-36,39-40}

2.22 DISCAPACIDAD

El concepto de discapacidad ha ido variando a través de la historia de la humanidad hasta llegar al que actualmente se conoce. La Organización Mundial de la Salud (2018) ⁴⁰ en La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad (por ejemplo, parálisis cerebral, síndrome de Down y depresión) y factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado).⁴¹⁻⁴⁴

Este concepto de discapacidad hace hincapié en cómo influyen los factores ambientales y personales en la participación de la persona con discapacidad en la sociedad, en consecuencia no pueden interactuar con las mismas condiciones que sus homólogos que no tienen discapacidad.^{36,40}

2.23 TIPOS DE DISCAPACIDADES

Vidal Chalán ³⁶ expone los siguientes grupos:

a)GRUPO I: Las discapacidades sensoriales y de la comunicación.- “Incluyen carencias y discapacidades visuales, auditivas y del habla, como la ceguera , la pérdida de un ojo, la pérdida de la vista de un sólo ojo, la sordera, la pérdida del oído de un sólo lado, la mudez, etc.” ³⁶

b)GRUPO II: Discapacidades motrices.- “Es la restricción para trasladarse, maniobrar elementos y armonizar movimientos, estas discapacidades implican la ayuda de otro individuo o de algún dispositivo o prótesis entre estas tenemos la

discapacidad de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza, discapacidad de extremidades superiores.”³⁶

c)GRUPO III: Discapacidades mentales.- “Incluye las carencias mentales y conductuales que representa el impedimento en la formación y en la orientación, por lo que el individuo no puede vincularse con su entorno y presenta barreras en el desempeño de sus actividades. Estas son la discapacidad intelectual, retraso mental, discapacidades conductuales, etc.”³⁶

d)GRUPO IV: Discapacidades múltiples y otras.- “Abarca composiciones de las limitaciones sensoriales, intelectuales y motrices, por ejemplo: retraso mental y mudez, ceguera y sordera entre algunas otras. También se incluyen las discapacidades como los síndromes que implican más de una discapacidad, discapacidades causadas por deficiencias en el corazón, los pulmones, el riñón, diabetes crónica y las limitaciones para moverse o caminar, usar sus brazos y manos, limitación para moverse o caminar y sordo(a) o usa un aparato para oír.”³⁶

2.24 PREVALENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) , en su Informe Mundial de Discapacidad, reveló que el 15.3% de la población mundial presenta una discapacidad moderada y el 2.9% una discapacidad grave. El informe declara, además, una prevalencia mundial de mujeres con discapacidad en países en vía de desarrollo de 22.1%, mayor que los hombres (13.8%). Respecto al contexto de América Latina y el Caribe, se registra la existencia de 70 millones de pacientes con discapacidad que, además, experimentan discriminaciones múltiples y simultáneas intersectadas con su situación socioeconómica, su género, edad, lugar de residencia, condición étnico-racial y estatus migratorio, entre otras.^{37,40}

2.25 DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

A través del tiempo se reconoce un nuevo tipo de discapacidad que ha ido tomando diferentes definiciones y terminología hasta llegar a lo que hoy conocemos como Discapacidad Múltiple, la misma que analiza como 2 o más discapacidades influyen en el mismo individuo.⁴³

Discapacidad Múltiple es la resultante de la interacción entre la combinación de necesidades específicas tales como comunicativas, sensoriales, físicas/de salud, educativas, emocionales/conductuales y las diversas barreras que presenta el entorno. Estas personas requieren de diversas configuraciones de apoyo, para el pleno desarrollo de sus capacidades, que le garanticen el acceso en condiciones de equidad.

Esta conceptualización enfatiza sobre los apoyos que necesita la persona con discapacidad múltiple, teniendo en consideración que cada caso es singular por lo que necesitan apoyos de acuerdo a su condición, es necesario disminuir las barreras que presenta el entorno porque son las responsables de que esta población sea excluida de la sociedad. Si se logran superar estas dificultades, las personas con discapacidad múltiple podrán tener acceso a las actividades de participación en la sociedad en condiciones de equidad y amparados en sus derechos.^{44,45}

2.26 CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

La principal característica constituye la presencia de diferentes incapacidades en distintos grados y combinaciones, esta población tiende a experimentar el mundo de diferentes formas y en muchos casos su lenguaje no está definido por el común que

conocemos, es decir, se da a través de objetos, personas, sensaciones, señales táctiles, comportamientos, estructuras y rutinas. Dificultades de expresión y comunicación (tanto verbales como no verbales), dificultades o alteraciones referidas principalmente a la visión, audición y táctiles, conductas desadaptadas como autolesiones, agresiones a los demás, etc. Además, puede conllevar retrasos generalizados o graves en su desarrollo psicomotor y capacidades cognitivas.^{44,45}

Las personas con discapacidad múltiple requieren asistencia y apoyo en muchos casos durante toda su vida, estas condiciones generalmente no tienen cura, sin embargo, el esfuerzo y trabajo conjunto puede lograr que su vida, de su familia y cuidadores mejoran ampliamente.^{44,45}

Según la Guía de la discapacidad múltiple y sordoceguera encontramos las siguientes causas: ⁴⁶

1- Síndromes:

Síndrome de Down

Trisomía

Usher 28

2- Anomalías Congénitas Múltiples:

CHARGE

Hidrocefalia

Abuso de drogas por parte de la madre

Microcefalia

Síndrome de alcoholismo fetal

3 - Nacimiento Prematuro

4 - Disfunciones prenatales congénitas:

SIDA

Herpes

Rubéola

Sífilis

Toxoplasmosis

5-Causas postnatales:

Asfixia

Encefalitis

Trauma o accidente craneal

Meningitis

Derrame cerebral

2.27 AFRONTAMIENTO FAMILIAR ANTE LA DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

La familia es la primera escuela y organización social en donde el ser humano tiende a sentirse protegido y amado, sin embargo, cuando nace un hijo con discapacidad la familia pasa por un período de duelo, ya que no estaban preparados para esta situación.⁴⁵

La familia es el núcleo principal en la vida de cada persona, es un sistema en el que entran en juego cada integrante de ella. Por tanto, si uno de ellos se ve afectado por alguna razón, la familia percibirá también el cambio. Una de las situaciones que pueden modificar la estructura familiar es la discapacidad. El apoyo que brinde la familia a la persona con discapacidad constituye una entrega completa, a causa de esta situación deja en segundo plano o desestiman sus proyectos o aspiraciones profesionales.^{44,45}

Por lo tanto, un factor adicional para que la calidad de vida de los padres de familia

que se vean afectados radica en no recibir asistencia de las instituciones educativas, quienes tienen el deber de brindar los apoyos pertinentes al estudiante y su familia con el propósito de ofrecer una educación de calidad que desarrolle los máximos niveles de autonomía de sus estudiantes.⁴⁵

2.28 HIGIENE ORAL Y DISCAPACIDAD

Según el Instituto Nacional de Investigaciones Dentales y Craneofacial de California Expone que los niños con discapacidades y necesidades especiales tienen más riesgo de sufrir problemas de salud lo que lleva a requerir ayuda extra y depender de otros para lograr y mantener una buena salud bucal. La salud bucal no es una excepción. Una boca sana es una de las necesidades de salud más importantes durante toda la vida y estará influenciada por su habilidad de darle al niño la ayuda necesaria.³⁸⁻⁴⁰

Los problemas comunes bucales, tales como caries o enfermedades de las encías, afectan a todos los niños. Tomando en cuenta que los niños con discapacidades y otras necesidades especiales tienen más problemas de salud bucal que la población en general. Por ejemplo, los niños con discapacidades pueden tener problemas de habilidades cognitivas, comportamiento, movilidad, neuromusculares (babeo, atragantamiento y problemas para tragar), movimientos corporales no controlados, reflujo gastroesofágico, o convulsiones. Estas complicaciones pueden representar obstáculos para el cuidado adecuado de la boca y hacer que los niños tengan mayores riesgos de desarrollar problemas de salud bucal.³⁸⁻⁴⁰

2.29 FACTORES DE RIESGO

Según la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP)³⁹⁻⁴⁰, algunos de los factores que contribuyen a una salud bucal deficiente en los niños con discapacidades y

otras necesidades especiales son:

- **Condiciones bucales.** Algunos problemas genéticos en niños pequeños pueden causar condiciones tales como: defectos en el esmalte de los dientes, pérdida de dientes, y mala alineación de los dientes. Los niños con síndrome de Down a menudo sufren de enfermedades en las encías.
- **Limitaciones físicas.** Los niños que no pueden masticar o mover la lengua apropiadamente no se benefician de la acción de limpieza natural de la lengua, de los músculos de la mejilla, y de los labios.
- **Dificultad para cepillarse y usar el hilo dental.** Los niños con mala coordinación motriz, como por ejemplo los niños con lesiones en la espinal dorsal, distrofia muscular, o parálisis cerebral, tal vez no pueden lavarse los dientes o usar los métodos de limpieza usuales de cepillado e hilo dental.
- **Flujo de saliva reducido.** Los niños que necesitan ayuda para beber, tal vez tomen menos líquidos que otros niños y tal vez no tengan la suficiente saliva en la boca como para ayudar a deshacerse de partículas de alimentos.
- **Medicamentos.** A los niños que usan medicinas endulzadas por un largo período de tiempo les pueden tener lesiones de caries. Algunos medicamentos para prevenir los ataques pueden causar hinchazón o sangrado de las encías.
- **Dietas restringidas.** A los niños que tienen dificultad para masticar y tragar se les puede dar a menudo comida que se ha hecho puré, la cual se les puede pegar en el esmalte dental, dificultando su higiene oral adecuada .³⁹⁻⁴⁰

2.30 PROBLEMAS COMUNES DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

- Los factores genéticos, el crecimiento de la mandíbula, la acción muscular y los medicamentos pueden determinar cuándo los dientes van a salir por primera vez. Este proceso puede retrasarse, acelerarse o ser inconstante. A algunos niños los primeros dientes primarios les salen recién a los dos años de edad.³⁹

- Es común que los niños con problemas de desarrollo presenten lesiones de caries. Además de problemas con la dieta y la higiene bucal, la alimentación prolongada con biberón y los efectos secundarios adversos de ciertos medicamentos contribuyen a las lesiones de caries dental.³⁹

- Las enfermedades periodontales ocurren más a menudo y a una edad más temprana en niños con problemas de desarrollo. El crecimiento en exceso de las encías por el uso de medicamentos para las convulsiones, la presión alta y los sistemas inmunológicos débiles, también pueden contribuir al desarrollo de caries.³⁵

- La oclusión deficiente (cuando los dientes posteriores e inferiores no encajan bien y están amontonados) ocurre en muchos niños con problemas de desarrollo. Esto puede estar relacionado con anomalías musculares, salida tardía de los primeros dientes, o falta de desarrollo de la mandíbula. Cuando los dientes no están bien alineados, resulta difícil masticar y hablar, y aumenta el riesgo de enfermedades periodontales, caries y traumatismo bucal.³⁹

- Los hábitos dañinos pueden resultar problemáticos para los niños con discapacidades y necesidades especiales. Algunos de los hábitos más comunes son: hacer rechinar o apretar los dientes, acumular alimentos en la boca, respirar por la boca, sacar la lengua, tocarse las encías o morderse los labios.³⁹

- Las anomalías de los dientes afectan a muchos niños discapacitados.Estas anomalías pueden variar en la cantidad, tamaño y forma de los dientes.³⁹

- El trauma y las lesiones en la cara y boca por caídas o accidentes ocurren más frecuentemente en los niños que tienen retardo mental, convulsiones, parálisis cerebral, reflejos de protección anormales o falta de coordinación muscular.³⁹

2.31 RECOMENDACIONES DE LA FEDERACIÓN DENTAL INTERNACIONAL (FDI)

La Federación Dental Internacional (FDI) 2017⁴⁰ recomienda el cepillado dental con una pasta dental fluorada dos veces por día como el patrón básico de higiene bucal personal. Además del uso de hilo dental, cepillos interproximales o colutorios (antisépticos o fluorados). Sin embargo, la alta prevalencia de patologías orales en la población, indica que la realización individual del cepillado es inadecuada y más aún en personas discapacitadas que necesitan que un adulto les ayude a cepillarse los dientes bien.

Métodos químicos como la clorhexidina son coadyuvantes en el cepillado dental para el control de placa y gingivitis en pacientes con limitaciones físicas, ya que reducen y retrasan la colonización bacteriana, sin embargo, presenta ciertas desventajas por la aparición de manchas y tinciones oscuras en los dientes, lengua y restauraciones y alterar la percepción del gusto hasta cuatro horas después del enjuague.⁴⁰

No solo es importante realizar una estrategia preventiva individualizada, controlando y removiendo la placa bacteriana mediante la enseñanza de higiene oral adaptada y

el uso de hilo dental en el hogar o centros de educación especial; es de vital importancia reforzar las visitas al odontólogo de forma regular para fortalecer el esmalte dental mediante el uso de flúor, sellantes de fosas y fisuras y disminuir el potencial cariogénico de la dieta mediante asesoramiento dietético a familiares.⁴⁰

CAPÍTULO III.

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio adoptó un enfoque no experimental, observacional y transversal con un diseño cuantitativo de alcance descriptivo y comparativo. Cuyo objetivo es evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental. Con el fin de minimizar las cantidades de familias no relacionadas en la importancia de la higiene oral.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 71 padres de estudiantes que asisten a la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple, Santo Domingo, Distrito Nacional.

Muestra: La muestra del estudio de investigación se hizo en base al total de la población. No se utilizó ninguna fórmula de muestreo.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

-Consentimiento informado firmado por los padres de forma voluntaria para el estudio.

-Padres de estudiantes con discapacidad múltiple que asisten a la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares.

3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Padres que no firmen el consentimiento informado firmado por los tutores de forma voluntaria para el estudio.

- Padres de estudiantes que no asisten a la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares.

-Padres de estudiantes sin discapacidad múltiple.

3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

El proceso de recolección de datos se realizó mediante dos (2) encuestas las cuales permitieron evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y Discapacidad Múltiple en el periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental. Para la elaboración del instrumento se tomó como referencia el diseñado por Reategui et al. 2021 (Anexo #3).³⁸

Nombre del instrumento	Nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de higiene oral en niños con habilidades diferentes en centros educativos básicos especiales - Iquitos 2020.
Autor y país de origen	Ayala Layche, Claudia Lisette Flores Reátegui, Edwin Jean Pierre. Iquitos- Perú.
Año	2021.
Cantidad de ítems	17

Forma de administración	Individual.
Duración	10 minutos.

El cuestionario está conformado por 28 ítems con preguntas cerradas.

El cuestionario está compuesto por las siguientes partes:

- Breve presentación sobre el objetivo del cuestionario.
- Instrucciones sobre cómo responder el cuestionario.
- Datos de los padres (edad, ocupación, nivel académico).
- Datos generales del niño (edad, sexo y diagnóstico)
- El cuerpo del cuestionario está compuesto por preguntas que abarcan los siguientes temas:

- El conocimiento que tienen los padres sobre higiene oral, placa bacteriana y lesiones de caries.
- Ítems que indagan sobre los elementos que se utilizan para el cepillado dental y el tiempo que se debe emplear en realizarlo.
- Preguntas sobre el tiempo en que se debe asistir al odontólogo u odontopediatra.

3.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Encuesta dirigida a los 71 padres de estudiantes que acuden a la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y Discapacidad Múltiple para evaluar el conocimiento que poseen acerca de la higiene oral.

El instrumento de estudio (encuesta) consta de 3 partes: a) Un consentimiento informado. b) Datos sociodemográficos c) 28 ítems correspondientes a las

preguntas de la encuesta sobre el conocimiento de la higiene oral.

Al finalizar, se realizó una charla informativa sobre la Importancia de la Nutrición e Higiene en la Salud Bucodental para fomentar el conocimiento de la nutrición y la higiene oral. Finalmente para valorar los conocimientos adquiridos, se impartieron nuevamente las preguntas con los 28 ítems correspondientes a la encuesta impartida inicialmente con el fin de comparar los resultados de la primera encuesta (pre-charla) con los obtenidos de la segunda encuesta (post-charla).

3.7 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana, con el código **ACECEI 2023-16**, estableciendo que cumple con la normativa de protección al ser humano tal como se estipula en el Manual de Ética de Investigación de la Universidad Iberoamericana. (Anexo #4)

Se realizaron 2 encuestas antes y después de la charla informativa a los padres de los estudiantes que estuvieran dispuestos a participar en el estudio, después de firmar un consentimiento informado donde fue aprobado su participación en el estudio, en el cual se le realizaron unas preguntas para identificar su conocimiento sobre higiene oral en los padres de estudiantes que asisten a la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple. Para analizar de esta forma los resultados, se utilizó el programa de datos Microsoft Office Excel.

A continuación se mostrará el orden de los datos recolectados para la elaboración del instrumento de estudio.

1. Se informaron a las autoridades de **Postgrado de la Escuela de Odontología y de la Maestría de Odontopediatría** el interés por realizar el

presente trabajo de investigación en la escuela José Manuel Rodríguez Tavares, Zona Universitaria, D.N.

2. Luego, la coordinación de la **Maestría de Odontopediatría** gestionó, mediante una comunicación escrita a la dirección de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares, Zona Universitaria, D.N., la solicitud de la autorización para realizar el estudio con los padres de estudiantes de la institución (Anexo #1).
3. Al obtener la confirmación de parte de la institución (Anexo #2), se organizó una reunión con el personal directivo de la institución para exponer el proyecto y la participación de los padres.
4. Después se mostraron las áreas de estar donde se encontraban los padres, se les solicitó su consentimiento informado en el cual, de manera verbal, anónima y confidencial participan en el cuestionario.(Anexo#5)
5. A continuación, se les explicó las indicaciones para completar el cuestionario. En algunos casos, hubo la necesidad de asistir a algunos participantes para completar el cuestionario.
6. Seguidamente, se administró el cuestionario a los padres en las instalaciones de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares, Zona Universitaria, D.N.(Anexo#6)
7. Después de recolectar la primera parte de los cuestionarios se diseñó e implementó la charla informativa sobre la Importancia de la nutrición e higiene en la salud bucodental.
8. Después, se administró la segunda parte del cuestionario a los padres en las instalaciones de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares, Zona Universitaria, D.N.

9. Posteriormente, se tabularon y graficaron los datos provenientes de ambas encuestas.

10. Finalmente, se escribió el informe exponiendo los resultados del estudio y las conclusiones derivadas de estos.

3.8 DESCRIPCIÓN DE LA CHARLA INFORMATIVA

Título: Importancia de la Nutrición e Higiene en la Salud Bucodental

Figura 1

Presentación del a Charla: "Importancia de la Nutrición e Higiene en la Salud Bucodental salud



Facilitadoras: Dra. Ekaterina Fernández y la Dra. Carol Orozco Montás

Modalidad: Charla

Técnicas didácticas: Exposición, pregunta respuesta, discusión, ejemplificación, demostración.

Contenidos: Cepillado dental, pasta dental, Manifestaciones de lesiones cariosas en niños, visita al odontopediatra, Ingesta de dietas cariogénicas, pirámide alimenticia, Recomendaciones.

Recursos empleados: diapositivas, fotografías, productos de higiene bucal (cepillos, cremas, colutorios, cerdas), material impreso, cepillos y cremas (para distribuir entre los estudiantes).

Figura 2

Cepillos y crema dental y dentoformas.



Técnicas didácticas: exposición, pregunta respuesta, discusión, ejemplificación, demostración práctica.

Figura 3

Exposición sobre los alimentos sanos, no cariogénicos



Equipos: computadora portátil, proyector multimedia.

Duración: Una hora

Participantes: 71 padres.

Figura 4

Docentes, padres y estudiantes participantes en la charla



Espacio: Salón de clases de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares, Zona Universitaria, D.N.

3.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico de los datos, se emplearon las herramientas informáticas del software estadístico SPSS ® y Microsoft Office Excel. Una vez los datos fueron cargados al software, se ejecutaron frecuencias estadísticas y cruce de variables. Además, fue realizada la prueba “t de Student para muestras pareadas”, mediante la cual fue calculada la diferencia entre los pares de observaciones, la media y la desviación estándar de esas diferencias, y luego se determinó el valor t mediante la división de la media de las diferencias por su error estándar. Posteriormente, se obtuvo el p-valor mediante la comparación del valor t con la distribución t de Student.

CAPÍTULO IV.

4. RESULTADOS.

4.1 CAMBIOS EN LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD BUCAL EN PADRES ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UNA CHARLA FORMATIVA

Tabla 1

Nivel de conocimiento de los padres antes y después de la charla.

RESPUESTAS	ANTES		DESPUÉS		P-valor
	f	%	f	%	
Acertadas	639	32.14%	1,573	79.12%	0.000000 051
No acertadas	1,348	67.86%	415	20.88%	
Total	1,988	100%	1,988	100%	

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la primera encuesta sobre: conocimiento de los padres sobre salud bucal se observa que, de las 1,988 respuesta suministradas (71 padres multiplicado por 28 preguntas), 32.14% fueron acertadas, mientras que el 67.86% fueron respuestas erróneas. Esto indica que los padres poseen un nivel de conocimiento de 32% en torno a la salud bucal de sus hijos. En la segunda 79.12% fueron acertadas, mientras que el 20.88% fueron respuestas erróneas. Esto evidencia un aumento significativo en el conocimiento de los padres, posterior a la charla brindada.

Además, la tabla 1 muestra los resultados generales de p-valor, con la finalidad de determinar la aceptación o rechazo de la hipótesis planteada. En tal sentido, el p-valor es igual a 0.000000051, el cual es sumamente inferior al nivel de significancia, por tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y, consecuentemente, se acepta la hipótesis alternativa, considerando que las proporciones de respuestas acertadas son significativamente diferentes entre las dos encuestas.

Tabla 2

Conocimiento de los padres según discapacidad de los hijos (pre-charla)

RESP.	ANTES							
	Discapacidad mental		Discapacidad motriz		Discapacidad múltiple		Disc. sens. y comunicación	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	168	33.33%	49	35.00%	231	31.73%	191	31.01%
No acertadas	336	77.77%	91	65.00%	497	68.27%	425	69.99%
Total	504	100%	140	100%	728	100%	616	100%

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la primera encuesta sobre conocimiento de los padres sobre salud bucal según el tipo de discapacidad de sus hijos se determinó que, el conocimiento de los padres con hijos que presentan discapacidad mental es de un 33.33%, discapacidad motriz 35.00%, discapacidad múltiple 31.73% y discapacidad sensorial y de la comunicación 31.01%.

Tabla 3

Conocimiento de los padres según discapacidad de los hijos (post-charla)

RESP.	DESPUÉS							
	Discapacida d mental		Discapacida d motriz		Discapacidad múltiple		Disc. sens. y comunicación	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	398	78.97%	112	80.00%	584	80.22%	479	77.76%
No acertadas	106	21.03%	28	20.00%	144	19.78%	137	22.24%
Total	504	100%	140	100%	728	100%	616	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la segunda encuesta sobre conocimiento de los padres sobre salud bucal según el tipo de discapacidad de sus hijos se determinó que, el conocimiento de los padres con hijos que presentan discapacidad mental aumentó a un 78.97%, discapacidad motriz 80.00%, discapacidad múltiple 80.22% y discapacidad sensorial y de la comunicación 77.76%.

Tabla 4

Conocimiento de los padres según edad de los hijos (pre-charla)

RESP.	ANTES							
	1-5 años		6-10 años		11-15 años		Más 16 años	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	274	32.62	228	35.40	85	27.60	52	26.53
		%		%		%		%
No acertadas	566	67.38	416	64.60	223	72.40	144	73.47
		%		%		%		%
Total	840	100%	644	100%	308	100%	196	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De acuerdo con los resultados obtenidos en la primera evaluación sobre conocimiento de los padres sobre salud bucal según edad de sus hijos se determinó que, el conocimiento de los padres con hijos en edades de 1-5 años es de un 32.62%, edad entre 6-10 años de 35.40%, 11-15 años 27.60%, mientras que más de 16 años de edad un nivel de conocimiento de 26.53%.

Tabla 5

Conocimiento de los padres según edad de los hijos (post-charla)

RESP.	DESPUÉS							
	1-5 años		6-10 años		11-15 años		Más 16 años	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	665	79.17%	512	79.50%	242	78.57%	154	78.57%
No acertadas	175	20.83%	132	20.50%	66	21.43%	42	21.43%
Total	840	100%	644	100%	308	100%	196	100%

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: De acuerdo con los resultados obtenidos en la segunda (posterior a la charla) evaluación sobre conocimiento de los padres sobre salud bucal según edad de sus hijos se determinó que, el conocimiento de los padres con hijos en edades de 1-5 años fue de un 79.17%, edad entre 6-10 años de 79.50%, 11-15 años 78.57%, mientras que mayores de 16 años de edad un nivel de conocimiento de 78.57%.

Tabla 6

Conocimiento de los padres según género de los hijos

RESP.	ANTES				DESPUÉS			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	337	32.53 %	302	31.72 %	843	81.37 %	730	76.68 %
No acertadas	699	67.47 %	650	68.28 %	193	18.63 %	222	23.32 %
Total	1036	100%	952	100%	1036	100%	952	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la primera encuesta sobre el conocimiento de los padres con respecto al género de los hijos se evidenció que los padres con hijos de género femenino poseen un nivel de conocimiento de 32.53%, mientras que los padres con hijos de género masculino contaban con un nivel de conocimiento ascendente al 31.72%. Los resultados obtenidos en la segunda encuesta mostraron que los padres con hijos de género femenino aumentaron su nivel de conocimiento a un 76.68%, mientras que los padres con hijos de género masculino mejoraron su nivel de conocimiento ascendiendo a 81.37%.

Tabla 7

Conocimiento de los padres según su género

RESP.	ANTES				DESPUÉS			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	185	30.03 %	454	33.09 %	504	81.82 %	106 9	77.92%
No acertadas	431	69.97 %	918	66.91 %	112	18.18 %	303	22.08%
Total	616	100%	137 2	100%	616	100%	137 2	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El conocimiento de los padres según su propio género, tuvo un aumento significativo entre la primera y segunda encuesta: en la primera encuesta, el conocimiento de las madres fue de un 33.09% y los padres 30.03%. De acuerdo a los resultados obtenidos en la segunda encuesta, las madres aumentaron el nivel de conocimiento alcanzando un 77.92%, mientras que los padres mostraron un nivel de conocimiento ascendente a 81.82%.

Tabla 8

Conocimiento de los padres según su edad

RESP.	ANTES							
	21-30 años		31-40 años		41-50 años		Más 51 años	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	205	33.28 %	244	29.05 %	154	36.67 %	36	32.14%
No acertadas	411	66.72 %	596	70.95 %	266	63.33 %	76	67.86%
Total	616	100%	840	100%	420	100%	112	100%

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la primera encuesta sobre el conocimiento de los padres de acuerdo con su edad, fue determinado que los padres con edades comprendidas entre 21-30 años poseen un nivel de conocimiento del 33.28%, con edad entre 31-40 años 29.05%, 41-50 años 36.67%, mientras que los padres con más de 51 años de edad un 32.14%.

Tabla 9

Conocimiento de los padres según su edad

RESP.	DESPUÉS							
	21-30 años		31-40 años		41-50 años		Más 51 años	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Acertadas	484	78.57%	656	78.10%	345	82.14%	88	78.57%
No acertadas	132	21.43%	184	21.90%	75	17.86%	24	21.43%
Total	616	100%	840	100%	420	100%	112	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la segunda encuesta sobre el conocimiento de los padres de acuerdo con su edad, fue determinado que los padres con edad comprendidas entre 21-30 años aumentaron su nivel de conocimiento alcanzando un 78.57%, con edades entre 31-40 años 78.10%, 41-50 años 82.14%, mientras que los padres con más de 51 años de edad un 78.57%.

Tabla 10

Conocimiento de los padres según su nivel académico (pre-charla)

RESP.	ANTES					
	Básico		Bachiller		Licenciado	
	f	%	f	%	f	%
Acertadas	58	34.52 %	396	31.43 %	185	33.04 %
No acertadas	110	65.48 %	864	68.57 %	375	66.96 %
Total	168	100%	1260	100%	560	100%

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la primera encuesta sobre el conocimiento de los padres con respecto a su nivel académico, se identificó que los padres con un nivel académico de básico poseen un nivel de conocimiento de 34.52%, los padres con un nivel académico de bachiller un 31.43%, mientras que los licenciados mostraron un nivel de conocimiento del 33.04%.

Tabla 11

Conocimiento de los padres según su nivel académico (post-charla)

RESP.	DESPUÉS					
	Básico		Bachiller		Licenciado	
	f	%	f	%	f	%
Acertadas	127	75.60 %	1000	79.37 %	446	79.64 %
No acertadas	41	24.40 %	260	20.63 %	114	20.36 %
Total	168	100%	1260	100%	560	100%

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la segunda encuesta sobre el conocimiento de los padres con respecto a su nivel académico, se identificó que el conocimiento de los padres con un nivel de básico aumentó a un 75.60%, los padres con un nivel académico de bachiller un 79.37%, mientras que los licenciados mostraron un nivel de conocimiento del 79.64%.

Tabla 12

Conocimiento de los padres según ocupación (pre-charla)

RESP.	ANTES							
	Ama de casa		Estudiante		Empleado		Desempleado	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	238	32.69 %	87	38.84 %	287	30.15 %	27	32.14 %
No acertadas	490	67.31 %	137	61.16 %	665	69.85 %	57	67.86 %
Total	728	100%	224	100%	952	100%	84	100%

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la primera encuesta sobre el conocimiento de los padres de acuerdo con su ocupación, se determinó que el conocimiento de los padres con una ocupación de ama de casa ascendía a un 32.69%, estudiantes 38.84%, empleado 30.15%, mientras que desempleados 32.14%. Los datos muestran que los estudiantes poseen, ligeramente, un mayor nivel de conocimiento.

Tabla 13

Conocimiento de los padres según ocupación (post-charla)

RESP.	DESPUÉS							
	Ama de casa		Estudiante		Empleado		Desempleado	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Acertadas	572	78.57%	173	77.23%	764	80.25%	64	76.00%
No acertadas	156	21.40%	51	22.77%	188	19.75%	20	24.00%
Total	728	100%	224	100%	952	100%	84	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la segunda encuesta sobre el conocimiento de los padres de acuerdo con su ocupación, se determinó que el conocimiento de los padres con una ocupación de ama de casa aumentó a un 78.57%, estudiantes 77.23%, empleados 80.25%, mientras que desempleados 76.00%.

4.2 PERCEPCIONES SOBRE LA FORMACIÓN DE PLACA BACTERIANA EN PADRES ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UNA CHARLA FORMATIVA

Tabla 14

Percepción sobre formación de placa bacteriana (pre-charla)

RESPUESTAS	ANTES		DESPUÉS		P-valor
	f	%	f	%	
Por no cepillarse los dientes 3 veces al día	26	36.62 %	53	74.65 %	0.0000021883
Por el tipo de alimento	13	18.31 %	18	25.35 %	
Desconozco	32	45.07 %	0	0.00%	
Total	71	100%	1,988	100%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Al cuestionar a los padres sobre ¿Cómo se origina la placa bacteriana? Se observa que el 45.07% seleccionó desconozco, luego el 36.62% por no cepillarse los dientes 3 veces al día, y finalmente el 18.31% seleccionó por el tipo de alimento rico en azúcar y carbohidratos (galletas, pan blando, sodas, etc.) que se ingiere asociado al tiempo que este permanece en boca. Esto evidencia que, previo a la charla, solo el 36.62% de los padres poseía una percepción correcta sobre la formación de placa. Durante la segunda encuesta, post-charla, se observa que el 74.65% seleccionó por no cepillarse los dientes 3 veces al día, mientras que el 25.35% seleccionó por el tipo de alimento rico en azúcar y carbohidratos (galletas, pan blando, sodas, etc.).

Al analizar el p-valor, determinado con la finalidad de aceptar o rechazar la hipótesis planteada, queda evidenciado que el p-valor es igual a 0.0000021883, el cual es sumamente inferior al nivel de significancia (0.05), por tanto se rechaza la hipótesis nula (Ho) y, consecuentemente, se acepta la hipótesis alternativa (H1), considerando que las proporciones de respuestas acertadas son significativamente diferentes entre las dos encuestas.

4.3 PAUTAS DE USO DE PASTA DENTAL POR PARTE DE LOS PADRES ANTES Y DESPUÉS DE PARTICIPAR EN UNA CHARLA FORMATIVA

Tabla 19

Pautas para uso de pasta dental (pre-charla)

RESPUESTAS	ANTES		DESPUÉS		P-valor
	f	%	f	%	
Toda la longitud de la zona activa del cepillo	60	84.51 %	0	0.00%	0.0000000000018255
Un tamaño aproximado de un guisante	11	15.49 %	71	100%	
Total	71	100%	1,988	100%	

Fuente: *Elaboración propia*

Interpretación: De acuerdo a los resultados obtenidos en la primera encuesta sobre ¿Qué cantidad de pasta dental utilizan? Se observa que el 84.51% utiliza toda la longitud de la zona activa del cepillo. En cuanto al tamaño aproximado de un guisante obtuvo el 15.49%, por tanto se puede afirmar que sólo el 15.49% de los padres conoce, correctamente, las pautas para el uso de pasta dental. De acuerdo a los resultados obtenidos en la segunda encuesta, se observa que el 100% utiliza el tamaño aproximado de un guisante, por tanto, la totalidad de los padres, posterior a la charla, maneja las pautas correctas para uso de pasta dental.

Dado el valor p extremadamente pequeño, podemos concluir lo siguiente: rechazo de la hipótesis nula, considerando que el valor p es mucho menor que cualquier nivel de significancia razonable (0.05), por lo tanto, se tiene evidencia estadística sólida para rechazar la hipótesis nula; aceptación de la hipótesis alternativa: Al rechazar la hipótesis nula, se acepta la hipótesis alternativa. Esto significa que hay una diferencia significativa en la proporción de respuestas acertadas entre las dos encuestas.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La evidencia científica ha demostrado durante muchos años que la discapacidad es un fenómeno amplificado en el que se involucran otros actores además del paciente. Los hábitos, actitudes y comportamientos relacionados con la salud bucodental mejoran durante la infancia, lo que reduce los efectos perjudiciales a corto y largo plazo.. Según Sheiham A.⁵⁰, los sistemas escolares son los más accesibles y significativos para la educación sobre salud bucal. Por esta razón, se ha considerado que el salón de clases de una escuela es el lugar ideal para llevar a cabo un programa educativo sobre salud integral oral. Es necesario utilizar estrategias como la visualización, la participación activa, el entrenamiento de habilidades y el refuerzo positivo para cambiar el comportamiento de un niño y de sus padres.

Habbu *et al.*⁵² establecen en su revisión sistemática para el 2015 sobre educación en salud bucal en niños que la efectividad en las habilidades para cepillarse los dientes mejoran significativamente cuando existe una demostración por el profesional y es supervisada por los padres o tutores. Los niños mostraron una mejora significativa en las habilidades de cepillado dental cuando se les proporcionó demostración y supervisión.

De manera similar, la familia y la escuela juegan un papel importante en enseñar e implementar buenos hábitos de higiene oral. Es necesario implementar modelos educativos que promuevan cambios de comportamiento y fomenten la participación de los niños para fortalecer su relación con la salud.⁵³ Uno de los objetivos del

presente estudio adoptó un enfoque no experimental, observacional y transversal con un diseño cuantitativo de alcance descriptivo y comparativo. Fue determinar el nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental. En nuestro estudio observamos que el 79,12% (n=71) de los padres existen diferencias estadísticamente significativas en su nivel de conocimiento para un P-valor ($p \leq 0.005$) después de la sesión informativa, en comparación con el 32% (n=71) antes de la sesión informativa.

De manera similar, Serrano-Figueras (2019)⁴⁷ encontró en su estudio que los padres y educadores de los niños discapacitados presentaron niveles de conocimientos reducidos sobre salud bucal, lo que corrobora los resultados de la primera encuesta antes de la sesión informativa. Estos datos corresponden con estudios similares realizados por Narváez A. (2017)¹¹ y Cumbicus E et al. (2023)¹⁰ en el que se destacan las encuestas aplicadas a los padres y/o cuidadores con respecto a la salud bucal de niños con capacidades especiales, lo calificaron como muy satisfecho, donde el 54,97% de los encuestados percibió que la información brindada era nueva para ellos con respecto a la salud bucal para niños con discapacidad. Se pudo corroborar los resultados de este estudio con los de Crespo et al (2010)⁴⁹ en el que se observaron cambios muy satisfactorios en cuanto al nivel de conocimiento de estos niños discapacitados sobre salud bucal, así como la participación de los intérpretes de la institución en el trabajo, principalmente para los niños hipoacúsicos. Utilizando métodos novedosos, esto demuestra la importancia de la labor educativa..

Existen estudios como el de Garrido Lecca Chipana F.⁵⁴ y Benavente Lipa, L y cols⁵⁵ quienes no hallaron asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre salud bucal que poseen las madres, 65 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. Del mismo modo, nuestra investigación (n=71) padres/cuidadores no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el sexo, la edad, y nivel socioeconómico de los padres sobre los conocimientos.

Al analizar las percepciones sobre la formación de placa bacteriana en padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental. Para responder este segundo objetivo específico se cuestionó a los padres sobre cómo se origina la placa bacteriana. De acuerdo con los resultados obtenidos en la primera encuesta (pre-charla), el 45,07 % de los padres respondió que desconoce. Sin embargo, en la segunda encuesta, posterior a la charla, los resultados fueron sumamente positivos: el nivel de conocimiento o percepción correcta sobre la placa bacteriana aumentó alcanzando un 74,65% siendo estadísticamente significativos en su nivel de conocimiento para un P-valor ($p \leq 0.005$) después de la sesión informativa.

Estos resultados corresponden a estudios similares realizados por Narváez A. (2017),¹¹ en su investigación se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de conocimiento inicial y final, concluyendo que los programas educativos incrementan los conocimientos de los padres y reduce la placa bacteriana de sus hijos.

Al investigar las pautas de uso de pasta dental por parte de los padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023 antes y después de participar en una charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental.

Los resultados muestran que el 85% de los padres consideraba toda la longitud de la zona activa del cepillo como la cantidad correcta de pasta dental que debe usar en el cepillo. En la segunda encuesta, post-charla, el 100% de los padres respondió de manera correcta.

Estos datos demuestran la mejora y retención de conocimientos tras la charla, al seleccionar la respuesta correcta. Estudios similares coinciden con los resultados obtenidos, según Sharon, A.(2023)¹² en la encuesta inicial el 49,3% de los padres respondieron que la pasta dental debe cubrir lo suficiente del cepillo. Al realizar la intervención educativa, el conocimiento mejoró teniendo como resultado que un 61,2% de los padres encuestados, colocaron que la cantidad correcta es la de un grano de arroz crudo o un guisante. siendo estadísticamente significativos en su nivel de conocimiento para un P-valor ($p \leq 0.005$) después de la sesión informativa

Finalmente el estudio coincide en la mejoría en el conocimiento de padres/cuidadores con la simple implementación de una estrategia educativa es decir una sesión de charla educativa dirigida a los padres o cuidadores, por lo que se recomienda en un futuro se realicen programas de salud bucal adaptados a cada necesidad de los niños con discapacidad.

5.1 CONCLUSIONES

Después de haber presentado los resultados obtenidos, se concluye que:

- Las charlas formativas sobre nutrición e higiene en la salud bucodental, influyen positivamente en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple, ya que dicho nivel de conocimiento, previo fue de un 32% y posterior a la charla formativa fue de 79%.
- Los factores de discapacidad, edad y género de los hijos no influyen en el nivel de conocimiento sobre salud e higiene bucal de los padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple, debido a que no se obtuvieron variaciones significativas sobre el nivel de conocimiento con respecto a las variables mencionadas.
- Los factores género, edad, nivel académico y ocupación de los padres no son determinantes en su nivel de conocimiento sobre salud e higiene bucal, ya que no se obtuvieron variaciones significativas considerando las variables mencionadas, tanto en la encuesta previa y posterior a la charla formativa sobre nutrición e higiene en la salud bucodental.

- Los conocimientos sobre salud bucal, higiene oral; momento del cepillado de hijos, elementos de higiene oral, tiempo de cambio cepillo dental, duración del cepillado, inicio del cepillado en los hijos, función y cantidad de flúor recomendada, cantidad de pasta recomendada en el cepillado y uso del hilo dental, representan los aspectos de mayor debilidad en los padres de estudiantes de la escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple, previo a recibir charlas formativas sobre nutrición e higiene bucal.
- Los conocimientos sobre lesión por caries, definición de diente, salud bucal, centro de salud donde recibir servicios de odontología y tiempo de cambio de cepillo dental, requieren ser abordados con mayor nivel de detalle puesto que no fueron asimilados por los padres, aun después de haberse impartido una charla formativa sobre nutrición e higiene bucal.
- El conocimiento de cómo se origina la placa bacteriana, antes de la charla informativa, obtuvo como respuesta que desconocen esta información un 45%. Mientras que el 75% seleccionó la respuesta correcta después de la intervención de la charla informativa.
- Al identificar qué cantidad de pasta dental utilizan los padres antes de la charla informativa, dio como resultado que el 85% seleccionó la respuesta incorrecta, después de la intervención de la charla informativa en respuesta se obtuvo que el 100% seleccionó la respuesta correcta.
- La intervención a través de la charla informativa reveló la importancia de la educación y promoción de la salud bucal a los cuidadores y padres de los niños con discapacidad a través de programas de promoción y prevención odontológica.

5.2 RECOMENDACIONES

Tras obtener los resultados de este presente estudio, se recomienda:

1. Elaboración de programas de higiene oral adaptados a las necesidades de los niños con discapacidad.
2. Realizar otros estudios referentes a factores de riesgo predisponentes y así comprender mejor los desafíos específicos que enfrentan.
3. Desarrollar programas preventivos sobre higiene oral dirigidos a los padres. Educar a los padres de niños con discapacidad sobre la importancia de la higiene oral y proporcionales programas específicos de prevención dental puede ser la clave para mejorar la salud bucal de sus hijos
4. Promover y solicitar la incorporación de temas de salud bucal dentro de la agenda escolar. Incluir la educación sobre la salud bucal en el currículo o en las actividades escolares pueden aumentar la conciencia y la importancia de la higiene oral entre los padres y cuidadores.
5. Coordinar con los centros de salud para seguimiento de la higiene oral. Dicha coordinación puede incluir exámenes dentales regulares y recomendaciones específicas de cuidado
6. Incentivar el desarrollo de más investigaciones que evalúen el nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal e higiene oral en padres de hijos discapacitados en la República Dominicana.

5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.

1. Unicef para cada infancia, América latina y el Caribe [Internet]. -. 2022 [citado 15 marzo 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/ninos-ninas-y-adolescentes-con-discapacidad>
2. Waldron C, Nunn J, Mac Giolla Phadraig C, Comiskey C, Guerin S, van Harten M, Donnelly-Swift E, Clarke MJ. Intervenciones de higiene bucal para personas con discapacidad intelectual. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;5:CD012628. doi: 10.1002/14651858.CD012628.pub2
3. Flores F. Conocimientos de los padres sobre salud bucodental en niños con habilidades especiales del C.E.B.E. Don José De San Martín Cusco 2018. *Vis. Odontol.* 2018; 5(2): 46-50. <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4341>
4. Ortiz-Quiroga DM, Ariza Y, Pachajoa H. Evaluación de discapacidad en los defectos congénitos: una mirada desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. *Rev Cienc Salud.* 2017;15(1):23-35. Doi: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4341>
5. Giraldo-Zuluaga María Cristina, Martínez-Delgado Cecilia María, Cardona-Gómez Natalia, Gutiérrez-Pineda José Luis, Giraldo-Moncada Karen Andrea, Jiménez-Ruíz Paula Marcela. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. *CES odontol.* [Internet]. 2017 Dec [cited 2023 Feb 19] ; 30(2): 23-36. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-971X201700200023&lng=en. <https://doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>.

6. Academia Americana de Odontología Pediátrica. Manejo de pacientes odontológicos con necesidades especiales de salud. El Manual de Referencia de Odontopediatría. Chicago, Ill.: Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica; 2022:302-9.
7. Alí Milagros. Higiene oral en niños con discapacidad intelectual en una institución de la Ciudad de Corrientes. Revista de la Facultad de Odontología [Internet]. 2020 Jun 3 [cited 2023 Aug 13];13(1):22–6. Available from: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4341/4031>
8. Leiva R. Intervención educativa para favorecer la salud del primer molar permanente en niños con retraso mental [Internet]. REVISTA MÉDICA ELECTRÓNICA DE CIEGO DE ÁVILA. 2021 [citado 27 octubre 2022]. Disponible en: <https://revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1365/3777>
9. Baguer J, Villavicencio B, Perez Sanchez J, Carol M, Llanos T. Escuela Académico Profesional de Odontología [Internet]. Available from: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12146/1/IV_FCS_503_TE_Bustamante_Perez_Torres_2022.pdf
10. Cumbicus E. Universidad Católica de Cuenca [Internet]. Repositorio de Investigación. 2022 [citado 6 junio 2022]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/13976>
11. Narváez A. Chávez AM, Tello G. Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes. RO [Internet]. 31 de julio de 2017 [citado 13 de agosto de 2023];19(1):5-21. Disponible en: <https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/odontologia/article/view/1097>

12. Sharon. A (2023). Nivel de conocimiento de padres sobre métodos preventivos para reducir caries en niños preescolares de cuatro comunidades de Cotopaxi, en el período Septiembre 2022 – Enero 2023. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/29415/1/TESIS%20-AYALA%20SHARON.pdf>
13. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el estado de la salud bucodental mundial: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental para 2030 [Internet]. www.who.int. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>
14. HIGIENE ORAL Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE CARIES DENTAL EN NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. | Conexiones UG.. 2023 Apr 25 [cited 2023 Aug 13]; Available from: <https://revistas.ug.edu.ec/index.php/conug/article/view/2048>
15. Vitoria Miñana. Promoción de la salud bucodental [Internet]. Revista pediatria de atención primaria;2011 [Actualizado en 2023; citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://pap.es/articulo/11522/promocion-de-la-salud-bucodental>
16. Anil S, Anand PS. Caries de la primera infancia: prevalencia, factores de riesgo y prevención. *Pediatría frontal* 18 de julio de 2017; 5:157. doi: 10.3389/fped.2017.00157. PMID: 28770188; PMCID: PMC5514393.
17. Paiva S. et al. Epidemiología de la caries dental en América latina. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana*. 2014; 4(2): 13-18 .
18. Lira L, Lizbeth Y, Dentista C, Pinto D, Marcela P. Tesis presentada por la bachiller: Para optar el Título Profesional de [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 13]. Available from:

<https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/12758/64.3250.O.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Zou J. Consenso de expertos sobre el manejo de la caries de la primera infancia. *Int J Oral Sci.* 2022; 14(1):35.
20. Casals E, García MA. Guía de práctica clínica para la prevención y Tratamiento no invasivo de la caries dental. *RCOE.* 2014; 19(3): 189-248
21. Ullah R, Zafar M. Oral and dental delivery of fluoride: a review. 2015; 48(3): 195-204
22. Javier Pérez. 2020;5(5):491-503. DOI: 10.19230/jonnpr.3326
23. Lingström P. Factores dietéticos en la prevención de la caries dental: a revisión sistemática. *Acta Odontológica Scandinavica.* 2003; 61(6): 331-340
24. Academia Latinoamericana de Odontología Pediátrica. Evaluación y manejo del riesgo de caries para bebés, niños y adolescentes. El manual de referencia de odontopediatría. 2021; ALOP. 1-292.
25. Llodra C, Bravo P. Selladores de fosas y fisuras. *Community Dent Oral Epidemiol.*[Revista internet] 2010. [citado 12 de abril de 2018]; 21(2): 261-268. Disponible en:<http://www.ugr.es/~pbaca/p8selladoresdefosasyfisuras/02e60099f4106a220/prac08.pdf>
26. Martínez M. et al. El uso de dentífricos fluorados en niños: bases conceptuales en un contexto confuso. Una revisión del tema. *Rev Fac Odontol Univ Antioq.* 2017 ;29(1):187–210.
27. Chu et al. Detección de caries con fluoruros tópicos. *J Dent Res.* 2002;81(11):767-770.

28. Ramamurthy P. Selladores para la prevención de la caries dental en dientes primarios. Sistema de base de datos Cochrane Rev. 2022;2(2): 1-14.
29. Faleiros S. et al. Uso de sellantes de fosas y fisuras para la prevención de caries en población infanto-juvenil: Revisión metodológica de ensayos clínicos. Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2013;6(1):14-19.
30. Fluoración del agua [Internet]. Healthychildren.org. [citado el 16 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/oral-health/Paginas/Water-Fluoridation.aspx>
31. Marinho C. et al. Enjuagues bucales fluorados para la prevención de la caries dental en niños y adolescentes. Sistema de base de datos Cochrane Rev. 2016 ;7(2): 1-116
32. Katia B, Ñahuin H, Kelly B, Fuchs S. [Internet]. [cited 2023 Aug 13]. Available from: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12874/398/TESIS%20-%20HUAMANI%20Y%20SAAVEDRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Feldens, CA, et al. Uso de selladores. Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría. Rev de odontopediatría. Segunda edición. 121-126.
34. Campos J, et al. Criterios de decisión en el uso de sellantes de fosas y fisuras. Odontol Vital. 2018; 28: 71-80
35. Perales S. et al. El flúor en la prevención de caries en la dentición temporal. Barnices fluorados. Odontol Sanmarquina [Internet]. 2006; 9(1):33-37.

36. Vidal Chalán BB. “DETERMINACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA HIGIENE BUCAL DE LOS PROVEEDORES DE LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD MENTAL EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA” [Internet]. UNACH. 2017 [citado 31 julio 2017]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4131/1/UNACH-EC-FCS-ODT-2017-0030.pdf>
37. Grandas–Ramírez AL, Barbosa–Orjuela RA, Bobadilla–Turriago LR, Macera–Guzmán CL, Parra–Forero A. La atención en salud bucal para personas con discapacidad. Un desafío en tiempos de pandemia por la COVID-19. Acta Odont Col. 2020; 10(Supl. COVID-19): 99 Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/89593>
38. Zamani, MPH r AR. Salud bucal para niños con discapacidades y necesidades especiales [Internet]. California Childcare Health Program. 2022 [citado 26 octubre 2022]. Disponible en: https://cchp.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra181/f/OralHlthSpNeedsSP071807_adr.pdf
39. American Academy of Pediatrics. AAP.org [Internet]. AAP.org. 2019. Available from: <https://www.aap.org/>
40. Giraldo-Zuluaga,. (2017). Manejo de la salud bucal en discapacitados. Artículo de revisión. CES Odontología , 30 (2), 23-36. <https://doi.org/10.21615/cesodon.30.2.3>
41. Morales Miranda. Caries dental y sus consecuencias clínicas relacionadas al impacto en la calidad de vida de preescolares de una escuela estatal. Rev. Estomatol. Herediana. 2019 ; 29(1): 17-29.

42. Flores- Layche. Nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de higiene oral en niños con habilidades diferentes en centros educativos básicos especiales Iquitos - Perú 2021 Doi: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1466/EDWIN%20JEAN%20PIERRE%20FLORES%20REATEGUI%20Y%20CLAUDIA%20LISETTE%20AYALA%20LAYCHE%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Del carmen - Torres. (2021) Situación Educativa de personas con discapacidad múltiple. Estudio de caso: Parálisis Cerebral <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20012/1/UPS-CT009002.pdf>
44. Organización Mundial de la Salud. (16 de enero de 2018). Discapacidad y Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
45. Alveal, C; Stuardo, V. (2018). Caracterización de la identidad del estudiante en condición de discapacidad múltiple según la CIF. Doctoral dissertation Universidad de Concepción. Obtenido de <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/2980/4/Alveal%20Lagos%20-%20Stuardo%20Flores.pdf>
46. Allí, «Higiene oral en niños con discapacidad intelectual en una institución de la Ciudad de Corrientes». Revista de la Facultad de Odontología, vol. 13, n.o 1, junio de 2020, pp. 22-26. revistas.unne.edu.ar, <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4341>.
47. Serrano-Figueras. Conocimiento sobre salud bucal de padres y maestros de la Escuela especial La Edad de Oro. Correo Científico Médico [Internet]. 2019 [citado 12 Sep 2023]; 23 (2) Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2986>

48. Roque. T, et. al (2021) Nivel de conocimiento y conducta sobre salud bucal en padres de una institución educativa de nivel inicial y primaria, Pasco 2021
URL <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/72626>
49. Crespo Mafrán. Instrucción educativa sobre salud bucal en la Escuela Primaria "Lidia Doce Sánchez". MEDISAN [Internet]. 2010 Mar [citado 2023 Sep 12] ; 14(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000200014&lng=es.
50. Sheiham A, Moysés S, Walt, R, Bönecker M. Promoting the oral health of children: Theory and practice. 2nd ed. Quintessence; 2015. p. 466.).
51. De La Cruz Campos KR. Eficacia de un programa de control de placa dentobacteriana en niños de 3 a 5 Chiclayo Perú. Rev Tzhoecoen 2017; 9(4).
Doi: <https://doi.org/10.26495/rtzh179.4.23832>
52. Habbu SG, Krishnappa P. Effectiveness of oral health education in children - A systematic review of current evidence. Int Dent J. 2015;65(2):57–64.
53. Nakre PD, Harikiran AG. Effectiveness of oral health education programs: A systematic review. J Int Soc Prev Community Dent 2013;3(2):103-15. 25.
Marcon M, Sarti A, Tubaro S. Toothbrush motion analysis to help children learn proper tooth brushing. Comput Vis Image Underst 2016;148:34-45).
54. 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/simplesearch?filterquery=Garri
do+Lecca+Chipana%2C+Fiorella+Alessandra&filterna me=author
filtertype>equals](http://repositorio.upt.edu.pe/handle/UPT/18/simplesearch?filterquery=Garri+do+Lecca+Chipana%2C+Fiorella+Alessandra&filterna me=author&filtertype>equals))

55. 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)

5.4 ANEXOS

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA EL ESTUDIO

ANEXO #1



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA • UNIBE •

Santo Domingo, D. N.
2 de marzo 2023

Señores
Escuela Jose Manuel Rodríguez Tavarez
Ciudad.

Por este medio certificamos que las doctoras Carol Orozco, matrícula 18-0245 y Ekaterina Fernández, matrícula 18-0114, están actualmente cursando el cuarto semestre en la Maestría en Odontopediatría de esta universidad, la cual iniciaron en enero 2022 y finalizan en agosto 2023.

Las doctoras Orozco y Fernández estarán realizando un proyecto de investigación en dicha Escuela, con los alumnos con sordoceguera y discapacidad múltiple y tenemos a bien recomendarlas para realizar dicha investigación.

La presente certificación se expide para los fines de lugar, a solicitud de la parte interesada, en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los dos (2) días del mes de marzo, del año dos mil veinte y tres (2023).

Atentamente,


Dra. Judith Carmelina De Herrera
Coordinadora de la Maestría en
Odontopediatría
j.deherrera@unibe.edu.do



APROBACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DE LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

ANEXO #2



Escuela José Manuel Rodríguez Tavares para Estudiantes con Sordoceguera y Discapacidad Múltiple

Santo Domingo, D.N.
6 de marzo del 2023

Señores
Universidad Iberoamericano (UNIBE)
Ciudad.-

Distinguidos Señores:

Por este medio hacemos de conocimiento que la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares, que escolariza los estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple, estará colaborando con la recolección de la muestra para el proyecto de investigación de la Doctora Carol Orozco, cédula de identidad 402-0067617-5, matrícula 18-0245.

Hacemos de conocimiento que los Odontólogos asignados a este centro educativo estarán apoyando la recolección de muestras y datos.

Para mayor información puede favor comunicarse con quien suscribe al número (809) 905-9488.

Sin otro particular, queda de ustedes.

Atentamente,


Ana Yuderkys Sánchez, M.A.
Directora



ESCUELA JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ TAVARES	
RECIBIDO POR:	<i>Carla Horta</i>
FECHA:	<i>06-03-23</i> HORA: <i>10:44 AM</i>

APROBACIÓN DE LA ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO ANEXO #3



Tramite Documentario - UCP
ATTE: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD-UCP

lun, 20 feb, 10:16 ☆



Carol Orozco <carolorozcom26@gmail.com>
para Tramite, Ricardo, Karina, ANA ▾

mié, 1 mar, 14:49 (hace 5 días) ☆ ↶ ⋮

Buenas tardes, espero se encuentre bien.

Escribe la Dra. Carol Ivelis Orozco Montás de Santo Domingo, República Dominicana. Actualmente estoy cursando la Maestría en Odontopediatría en la Universidad Iberoamericana UNIBE, en el postgrado de Odontología. En la cual estoy realizando una tesis para culminar mi titulación y buscando referencias encontré una de su universidad en la cual me gustaría citarla y referenciarla con su debido permiso, para utilizar la encuesta que muestra en anexos. La cual va acorde con el objetivo general de mi tesis que es el siguiente:


Determinar el Nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres con niños discapacitados en la escuela Jose Manuel Rodriguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple en un periodo 2022-2023.

...

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA
ANEXO #4



**CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE
INVESTIGACIÓN**
Comité de Ética en Investigación

Nombre completo	Carol Ivelis Orozco Montás
Matrícula o código institucional	180245
Carrera:	Postgrado en Odontología
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2021-002220
Fecha	Monday, December 12, 2022
Firma Rosa Hilda Cueto	

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANEXO #5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 .

Investigador (a): Dra. Carol Orozco Montás

a. Introducción

Saludos, soy Odontóloga General cursando la Maestría en Odontopediatría en el Postgrado de la Universidad Iberoamericana UNIBE y estamos invitando a los padres de estudiantes que asisten a la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023. A participar de forma voluntaria en el presente estudio de nivel conocimiento sobre Higiene Oral, cualquier duda que usted tenga sobre el presente estudio puede consultarnos.

b. Propósito del Estudio

El presente estudio tiene como objetivo Identificar el Nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023. Con el fin de que los resultados de esta investigación puedan aportar a futuras investigaciones.

c. Participantes

Los participantes al estudio son todos los padres con niños que padecen discapacidad múltiple en la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares para estudiantes con sordoceguera y discapacidad múltiple su participación es voluntaria y confidencial; es decir anónima; es así que durante el desarrollo de la investigación usted puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

d. Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente:

- El investigador le entregará una encuesta, donde contiene preguntas acerca del tema desarrollado, el cual se le pide a usted que deberá responder con veracidad.
- El tiempo de participación en el estudio está calculado entre 20 a 30 minutos.

e. Confidencialidad

Las encuestas y/o entrevistas serán anónimas, debidamente codificadas; evitando registrar nombres ni documentos de identificación; siendo la información obtenida de uso exclusivo de la investigación; las encuestas serán eliminadas o destruidas al finalizar el estudio.

f. Derecho del paciente

Si usted ha decidido participar en el presente estudio, podrá retirarse en cualquier momento, o también no participar en una parte del estudio sin causar perjuicio alguno.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio. Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Firma del participante:

Fecha:

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS ANEXO #6

Nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 .

1. Presentación.

El presente instrumento tiene como objetivo determinar el Nivel de conocimiento sobre higiene oral en padres de estudiantes de la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple en el periodo 2022-2023 .

2. Instrucciones.

La presente encuesta será realizada por una investigadora de la Facultad del Postgrado en Odontología de la Universidad Iberoamericana UNIBE del área de Odontopediatría la cual tomo como referencia para realizar esta encuesta la tesis del 2021 en Perú para optar por el título de cirujano dentista, la cual lleva como nombre 'Nivel de conocimiento sobre higiene oral en madres y el estado de higiene oral en niños con habilidades diferentes en centros educativos básicos especiales - Iquito 2020 por los Doctores Edwin Flores y Claudia Ayala.

El presente cuestionario será entregado a los padres de estudiantes que acuden a la Escuela José Manuel Rodríguez Tavares Sordoceguera y discapacidad múltiple. Para que seleccionen y marquen la respuesta correcta a la pregunta indicada. Para lograr un trabajo eficaz, solicitamos su colaboración de acuerdo a sus conocimientos sobre higiene oral. Para que la respuesta sea válida se marcará una alternativa con una cruz en la letra indicada dentro del paréntesis

3. Contenido.

Datos de los padres.

Madre

- Edad:
- Ocupación:
- Nivel Académico:

Padre:

- Edad:
- Ocupación:
- Nivel Académico:

Datos generales del niño

- Edad:
- Sexo:
- Diagnóstico :

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada pregunta de esta parte del cuestionario y marque con una equis (X) dentro de la letra que tiene el paréntesis que corresponda a su respuesta.

1. ¿Qué es la placa bacteriana?

- (a) Restos de alimentos sobre los dientes que endurecen con el tiempo.
- (b) Manchas blanquecinas en los dientes.
- (c) Acumulación de restos de alimentos entre los labios.
- (d) Desconozco.

2. Principalmente, ¿Cómo se origina la placa bacteriana?

- (a) Por no cepillarse los dientes 3 veces al día.
- (b) Por comer frutas y verduras.
- (c) Por el tipo de alimento rico en azúcar y carbohidratos (galletas, pan blando, sodas, etc..) que se ingiere asociado al tiempo que este permanece en boca.
- (d) Desconozco.

1. ¿Conoce usted lo que es una lesión de caries dental?

- (a) Enfermedad que afecta a la lengua.
- (b) Enfermedad que afecta a los dientes.
- (c) Enfermedad que afecta a la encía.
- (d) Desconozco.

2. ¿Qué considera usted que causa una lesión de caries en los dientes?

- (a) Destrucción del diente.
- (b) Fortalecimiento del diente.
- (c) Caída del diente.
- (d) Desconozco.

3. ¿Cómo identificaría una lesión de la caries dental en los dientes?

- (a) Mancha blanca.
- (b) Manchas amarillas y marrones.

- (c) Dientes fracturados.
 - (d) Desconozco.
- 4. ¿Qué es la enfermedad periodontal (es una infección de los tejidos que sostienen los dientes en su lugar)?**
- (a) Enfermedad que afecta a los labios.
 - (b) Enfermedad que afecta a los dientes.
 - (c) Enfermedad que afecta a la encía.
 - (d) Desconozco.
- 5. ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad de las encías?**
- (a) Sensación de ardor en la boca.
 - (b) Cuando las encías presentan un color rosado y no duelen.
 - (c) Presencia de mal aliento.
 - (d) Cuando las encías presentan inflamación y sangrado al cepillado.
- 6. ¿Qué significa para usted la salud bucal?**
- (a) Cuando la boca y los dientes están sanos.
 - (b) Es tener caries en todos los dientes.
 - (c) Es tener los dientes completos.
 - (d) Desconozco.
- 7. ¿Qué significa para usted la higiene oral?**
- (a) Es cepillarse los dientes 3 veces al día.
 - (b) Ir al dentista cada 6 meses.
 - (c) Es el resultado al eliminar los restos de alimentos de la boca después de cada comida.
 - (d) Desconozco.
- 8. ¿En qué momento del día deben cepillarse los dientes los niños?**
- (a) Antes de las comidas.
 - (b) Después de las comidas.
 - (c) Solo al levantarse.

(d) Solo al acostarse.

9. ¿Cuáles considera usted que son los elementos de la higiene oral?

(a) Cepillo dental, pasta dental y jabón.

(b) Cepillo dental, jabón e hilo dental.

(c) Pasta dental, cepillo dental e hilo dental

(d) Desconozco.

10. ¿Cada cuánto tiempo debe cambiarse el cepillo dental?

(a) Cada 6 meses.

(b) Cada 3 meses.

(c) Cada año.

(d) Desconozco.

11. ¿Cuánto tiempo debe durar el correcto cepillado?

(a) De 4 – 5 minutos.

(b) De 1– 2 minutos.

(c) Sólo 30 segundos.

(d) Desconozco.

12. ¿Cuál es el momento adecuado para comenzar el cepillado dental?

(a) Cuando erupciona el primer diente.

(b) A los 2 años.

(c) Después de la primera ingesta de leche materna.

(d) Desconozco.

13. ¿Cuál es la función del flúor en los dientes del niño?

(a) El flúor mancha al diente.

(b) El flúor fortalece y protege al diente.

(c) No se debe usar el flúor porque es tóxico.

(d) Desconozco.

14. ¿Qué cantidad de flúor debe tener la pasta dental ?

(a) 500 ppm.

(b) Entre 1100 ppm a 1450 ppm de flúor.

(c) 0.21% ppm.

(d) Desconozco.

15. El diente es:

(a) Un órgano.

(b) Un elemento en la boca.

(c) Sirve para masticar los alimentos.

(d) Desconozco.

16. La información que posee sobre salud bucal la obtuvo por medio de:

(a) Centro de salud, campañas médico – dentales.

(b) Familiares o amigos.

(c) Un técnico dental.

(d) Desconozco.

17. ¿Cada cuánto tiempo es necesario acudir al odontólogo?

(a) Cada año.

(b) Cada 3 - 6 meses.

(c) Cuando tenga dolor.

(d) No es necesario.

18. ¿Quién cepilla los dientes a su hijo/a?

(a) Se los cepilla él solo.

(b) Se los cepilla el padre, madre o tutor.

(c) No se los cepilla.

19. ¿Qué cantidad de pasta dental utiliza?

(a) Toda la longitud de la zona activa del cepillo.



(b) Un tamaño aproximado de un guisante.



(c) No utiliza ninguna pasta dental con el cepillo.

20. ¿Utiliza hilo dental a la hora del cepillado?

(a) Siempre.

(b) Por las noches.

(c) 2 veces al día.

(d) No lo utilizo.

21. ¿Acude al odontólogo general o al odontopediatra?

(a) Si.

(b) No.

22. ¿Cuándo acuden al dentista?

(a) Rutina c/6 meses.

(b) Cuando hay dolor.

(c) Una vez al mes porque es lo que cubre el seguro.

23. ¿A dónde acude para los servicios de odontología ?

(a) Hospital.

(b) Centro Privado.

(c) Universidades.

(d) UNAP.

24. ¿Desde que edad acude al odontopediatra?

(a) Cuando erupciona el primer diente.

(b) Cuando sufre una caída.

(c) Cuando tiene dolor.

(d) No asistimos.

25. ¿Qué tipo de cerda deben tener los cepillos?

(a) Cerdas suaves.

(b) Cerdas abiertas.

(c) Cerdas de colores.

(d) Cerdas dobladas.

26. ¿Cada cuánto tiempo cambia su cepillo dental?

(a) Cada 3 meses.

(b) Cada 6 meses.

(c) Cada 12 meses.

(d) Cuando lo veo muy deteriorado.