

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLÓGÍA



“RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL, CON LA ACTITUD PREVENTIVA HACIA ESTAS ENFERMEDADES EN EL SINDROME DE DOWN, POR LOS DOCENTES DE LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL “ASOCIACIÓN UNÁMONOS” Y “PAUL HARRIS”. AREQUIPA 2017”.

Tesis presentada por la Bachiller:
LUCILA ALEXANDRA HERRERA GONZALES
para optar el Título Profesional de
CIRUJANA - DENTISTA

Asesora: Dra. Eliana Guillén Fernández

AREQUIPA-PERÚ

2017



DEDICATORIA

“A mis padres por su gran
apoyo y comprensión”.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1. Enunciado del problema.....	15
1.2. Descripción del problema.....	15
1.2.1. Área del conocimiento.....	15
1.2.2. Operacionalización de variables.....	16
1.2.3. Interrogantes Básicas.....	17
1.3. Taxonomía de la investigación.....	18
1.4. Justificación.....	18
2. OBJETIVOS.....	19
3. MARCO TEÓRICO.....	20
3.1. MARCO CONCEPTUAL.....	20
1. CONOCIMIENTO.....	20
1.1. Definición.....	20
1.2. Tipos de Conocimientos y sus características.....	21
1.2.1. Conocimiento Intuitivo.....	21
1.2.2. Conocimiento Religioso.....	21

1.2.3. Conocimiento Empírico.....	22
1.2.4. Conocimiento Científico.....	22
1.2.5. Conocimiento Filosófico.....	23
2. ACTITUD.....	23
2.1. Definición.....	23
2.2. Componente de la Actitud.....	24
2.2.1. Pensamientos.....	24
2.2.2. Emociones.....	24
2.2.3. Conducta.....	24
2.3. Tipos de Actitud.....	25
2.3.1. Actitud positiva.....	25
2.3.2. Actitud negativa.....	25
2.3.3. Actitud neutra.....	26
3. SÍNDROME DE DOWN.....	26
3.1. Concepto.....	26
3.2. Epidemiología.....	27
3.3. Etiología.....	27
3.4. Características Clínicas Generales.....	28
3.5. Características Clínicas Orales.....	29
3.6. Aspectos Cognitivos.....	30
3.7. Características de la Personalidad.....	31
3.8. Problemas de Comunicación y Lenguaje.....	31
3.9. Tratamiento.....	32
3.10. Esperanza de vida.....	32

4. ENFERMEDADES BUCALES.....	33
4.1. CARIES DENTAL.....	33
4.1.1. Concepto.....	33
4.1.2. Etiología.....	33
a) Huésped.....	34
b) Sustrato o dieta.....	35
c) Tiempo.....	35
d) Bacterias.....	36
e) Placa bacteriana.....	36
4.1.3. Cuadro Clínico.....	37
4.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	38
4.2.1. Concepto.....	38
4.2.2. Etiología.....	38
4.2.3. Cuadro Clínico.....	39
5. MEDIDAS DE PREVENCIÓN.....	40
5.1. Hábitos de Higiene Oral en el Síndrome de Down.....	40
a) Cepillado dental.....	41
b) Limpieza con hilo Dental.....	43
c) El Enjuague Bucal o Colutorios.....	43
d) Visitas al Dentista.....	44
5.2. Preventivos de la Caries Dental.....	44
5.2.1. Selladores de Fosas y Fisuras.....	44
5.2.2. Flúor.....	45
5.2.2.1. Administración sistémica de flúor.....	46

5.2.2.2. Aplicación tópica de flúor.....	46
5.3. Dieta.....	47
5.3.1. Nutrición y Salud Oral.....	47
3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	49
4. HIPÓTESIS.....	56

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN...58	58
1.1. Técnica.....	58
1.2. Instrumento.....	59
1.3. Materiales.....	62
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	62
2.1. Ubicación espacial.....	62
2.2. Ubicación temporal.....	63
2.3. Unidades de investigación.....	63
3. ESTRATEGIAS DE RECOECCIÓN DE DATOS.....	65
3.1. Organización.....	65
3.2. Recursos.....	66
3.2.1. Recursos Humanos.....	66
3.2.2. Recursos Físicos.....	66
3.2.3. Recursos Financieros.....	66
3.2.4. Recursos Institucionales.....	66
3.3. Validación del Instrumento Documental.....	67
3.3.1. Muestra piloto.....	67

4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS.....	67
4.1. Plan de Procesamiento de datos.....	67
4.1.1. Tipo de Procesamiento.....	67
4.1.2. Operaciones del Procesamiento.....	67
4.2. Plan de Análisis de datos.....	68
4.2.1. Tipo de Análisis.....	68
4.2.2. Tratamiento Estadístico.....	69
4.2.3. Tablas y gráficos.....	69
5. CRONOGRAMA.....	69
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
1. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	71
2. DISCUSIÓN.....	81
3. CONCLUSIONES.....	83
4. RECOMENDACIONES.....	84
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
V. HEMEROGRAFÍA.....	88
VI. INFORMATOGRAFÍA.....	90
VII. ANEXOS.....	91

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación del nivel de conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal con la actitud preventiva de los docentes de los Centros de Educación Básica Especial “Paul Harris” y “Asociación Unámonos” hacia estas enfermedades en el Síndrome de Down, de la ciudad de Arequipa.

El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 16 docentes del CEBE “Paul Harris” y 17 docentes del CEBE “Asociación Unámonos”. Para determinar tanto el nivel de conocimientos como la actitud, se utilizó un cuestionario dividido en tres partes; la primera para conocer datos de los docentes, la segunda que constó de 10 preguntas de conocimiento sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal y la última parte conformada por 10 enunciados orientados a evaluar la actitud preventiva hacia las mismas. Finalmente para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17.0 y la prueba estadística del Coeficiente Correlacional de Pearson, al tratarse de variables cuantitativas continuas.

Los resultados obtenidos evidencian que existe una relación estadísticamente directa entre el nivel de conocimientos de Caries Dental y Enfermedad Periodontal, y la actitud preventiva de los docentes de ambos colegios hacia estas enfermedades en el Síndrome de Down. Los

resultados arrojaron que esta relación fue regular (57.6%); es decir, una relación moderada y positiva, que indica que a mayores conocimientos existen mejores actitudes.

PALABRAS CLAVE: nivel de conocimiento, actitud, síndrome de Down.



ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the relation of the level of knowledge on Dental Caries and Periodontal Disease with the preventive attitude of the teachers of the Special Basic Education Centers "Paul Harris" and "Unámonos Association" towards these diseases in the Syndrome of Down, of the city of Arequipa.

The study was descriptive and cross-sectional, the population was composed of 16 teachers from CEBE "Paul Harris" and 17 teachers from CEBE "Asociación Unámonos". To determine both the level of knowledge and attitude, a questionnaire was divided into three parts; the first one to know the data of the teachers, the second consisting of 10 questions about knowledge about Dental Caries and Periodontal Disease and the last part made up of 10 statements aimed at evaluating the preventive attitude towards them. Finally, the statistical program SPSS version 17.0 and the statistical test of the Pearson's Correlation Coefficient were used for the data processing, since they were continuous quantitative variables.

The results obtained show that there is a statistically direct relationship between the level of knowledge of Dental Caries and Periodontal Disease, and the preventive attitude of the teachers of both schools towards these diseases in Down Syndrome. The results showed that this relationship

was regular (57.6%); that is, a moderate and positive relationship, which indicates that better knowledge exists attitudes.

KEY WORDS: level of knowledge, attitude, Down syndrome.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad los niveles de atención orientados a la integración social, económica, de educación y de salud en los últimos años, se han enfocado de tal forma que se han creado programas y escuelas dirigidos exclusivamente a las personas con habilidades especiales, y dentro de estos, dada su mayor prevalencia a las personas con Síndrome de Down.

Esto se ve reflejado en mejores programas educativos y una mayor capacitación a los docentes de este rubro. Dentro de todo este marco de referencia pensamos que es necesario implementar programas de educación de salud oral que confluyan con estos objetivos, y que nos permitan a plazos cortos y rápidos corregir y optimizar los niveles de salud bucal de este grupo poblacional.

Siendo la caries y la enfermedad periodontal enfermedades prevalentes que tienen una mayor incidencia en este grupo etario debido a sus déficits cognitivos y físicos, es imperativo determinar los niveles de conocimiento por parte de los educadores acerca de estas enfermedades así como de su actitud preventiva hacia las mismas, para proponer un diagnóstico situacional y para tener una apreciación objetiva de como contribuyen éstos directa o indirectamente en la salud bucal de estas personas y su entorno.

Gracias a la **percepción selectiva**, la **consulta a expertos y metodólogos**, la **revisión de propuestas de investigaciones anteriores**; me he permitido dirigir la investigación a un punto específico.





CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

“RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL, CON LA ACTITUD PREVENTIVA HACIA ESTAS ENFERMEDADES EN EL SÍNDROME DE DOWN, POR LOS DOCENTES DE LOS CENTROS DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL “ASOCIACIÓN UNÁMONOS” Y “PAUL HARRIS”. AREQUIPA 2017”.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Odontología
- Especialidad: Cariología, Periodoncia, Odontología Preventiva y Social, Odontología Especial
- Línea o Tópico: Salud Oral en pacientes con Síndrome de Down.

1.2.2. Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES
VARIABLE ASOCIATIVA I	Aprendizaje adquirido medido o estimado en una escala cuantitativa (Muy bueno, Bueno, Regular, Deficiente) o su equivalente en una cuantitativa (0 al 20)	Conocimientos Sobre Etiología de Caries y Enfermedad Periodontal	Escala de Estaninos: <ul style="list-style-type: none"> • Muy bueno (16-20 pts) • Bueno (11-15 pts) • Regular (6-10 pts) • Deficiente (0-5 pts)
		Conocimiento sobre el Diagnóstico y Tratamiento de Caries y Enfermedad Periodontal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bueno (16-20 pts) • Bueno (11-15 pts) • Regular (6-10 pts) • Deficiente (0-5 pts)
		Conocimientos sobre Prevención de Caries y Enfermedad Periodontal	<ul style="list-style-type: none"> • Muy bueno (16-20 pts) • Bueno (11-15 pts) • Regular (6-10 pts) • Deficiente (0-5 pts)
Conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal			
VARIABLE ASOCIATIVA II	Disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones, que en este caso en particular está dirigida a la prevención de estas enfermedades en el Síndrome de Down	Enunciados favorables o desfavorables orientados a medir la actitud hacia la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal.	Escala de Lickert
Actitud preventiva de los docentes frente a la Caries Dental y Enfermedad Periodontal en el Síndrome de Down			<ul style="list-style-type: none"> • Actitud muy buena (16-20 pts) • Actitud buena (11-15 pts) • Actitud regular (6-10 pts) • Actitud deficiente (0-5 pts)

1.2.3. Interrogantes Básicas

- a) ¿Qué conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal, tienen los docentes de los CEBES “Asociación UNAMONOS” y “Paul Harris”?
- b) ¿Qué actitud preventiva tendrán los docentes de las Instituciones citadas, frente a la Caries Dental y Enfermedad Periodontal en el Síndrome de Down?
- c) ¿Habrá relación entre los conocimientos sobre Caries dental y Enfermedad Periodontal con la actitud preventiva de los docentes de los CEBES “Asociación UNAMONOS” y “Paul Harris” con respecto a estas enfermedades en el Síndrome de Down?

1.3. Taxonomía de la Investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Técnica de Recolección	Tipo de Dato	Número de Medición	Numero de Muestras	Ámbito de Recolección		
Cuantitativo	Comunicacional	Prospectivo	Transversal	Descriptivo	De Campo	Relacional	Descriptivo

1.4. Justificación

El proyecto planteado es de **Originalidad parcial**; al existir en la actualidad investigaciones con variables similares. La presente investigación tiene **Relevancia Científica**; considerando que resulta imprescindible conocer cuánto saben los docentes que educan a personas con Síndrome de Down sobre Caries y Enfermedad Periodontal, así como conocer también su actitud preventiva hacia las mismas, teniendo en cuenta que será el colegio es el lugar donde ellos aprenden muchas de sus rutinas de higiene personal, incluyendo su higiene oral y donde también adquirirán hábitos, destrezas y formas de actuar para toda la vida. Es de **Relevancia contemporánea y social** por ser el primer paso para plantear y promover Programas de Educación e Información sobre Salud y Prevención Bucal dirigidos a los docentes para que estos a su vez nos puedan ayudar a reducir la alta prevalencia de enfermedades bucales en el Síndrome de Down.

Esta investigación es de **Interés y motivación personal**, donde la experiencia personal de haber tratado éstos a niños, la consulta a expertos y la revisión de la literatura me permitieron plantear la presente, ya que existe muy poca o ninguna atención odontológica especializada para ellos. Este tema de **Investigación es actual** porque se obtendrán datos recientes y **es Viable** porque hay disponibilidad de unidades de estudio, permisos y fue autofinanciada.

2. OBJETIVOS:

- 2.1. Determinar los conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal, que tienen los docentes de los CEBES “Asociación UNAMONOS” y “Paul Harris”.
- 2.2. Precisar la actitud preventiva que tendrán los docentes de las Instituciones citadas, frente a la Caries Dental y Enfermedad Periodontal en el Síndrome de Down.
- 2.3. Relacionar los conocimientos sobre Caries dental y Enfermedad Periodontal con la actitud preventiva de los docentes de los CEBES “Asociación UNAMONOS” y “Paul Harris” con respecto a estas enfermedades en el Síndrome de Down.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

1. CONOCIMIENTO

1.1. Definición

El Diccionario filosófico de Rosental & Ludin (1973), acorde al Materialismo dialéctico, define al conocimiento como:

“Es el proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”¹

Podemos definir como conocimiento al conjunto de información que se va almacenado a lo largo de la vida en el cerebro mediante el aprendizaje o la experiencia. En el sentido más amplio de la palabra, podemos decir que conocimiento se trata de la posesión de múltiples y variados datos interrelacionados entre sí que almacenamos en la memoria.²

¹ ECURED (2017) Conocimiento. La Habana, Cuba. Recuperado de <http://www.ecured.cu/Conocimiento>

² DEFINICION DE. (2017) Conocimiento. Recuperado de <https://definicion.de/conocimiento>

1.2. Tipos de conocimientos y sus características

1.2.1. Conocimiento Intuitivo

Es aquel conocimiento que adquirimos sin la necesidad de utilizar un razonamiento o análisis previo, nos permite reaccionar a estímulos, resolver problemas, enfrentar nuevos obstáculos; por ejemplo, saber cuándo alguien está feliz o triste y de manera general reconocer los estados de ánimo de las personas.³

1.2.2. Conocimiento Religioso

Es aquel conocimiento que nos permite sentir fe o confianza con respecto a algo que no podemos demostrar de manera real, pero nos permiten realizar determinadas acciones; como ejemplo podemos mencionar básicamente los hechos de la Biblia así como las diferentes culturas y sus creencias en entes del más allá.⁴

³ GESTIOPOLIS. Conocimientos intuitivo, religioso, empírico, filosófico y científico. Definición, características y relevancia. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/conocimientos-intuitivo-religioso-empirico-filosofico-y-cientifico-definicion-caracteristicas-y-relevancia/>

⁴ Ibid.

1.2.3. Conocimiento Empírico

Es aquel conocimiento que se puede demostrar y es adquirido por medio de la percepción y la experiencia, por la repetición o la investigación. Está basado en los sentidos y nos permite resolver los problemas de forma práctica. Podemos mencionar como ejemplos: aprender a hablar o caminar, o por el aprendizaje inconsciente que nos inculcan nuestros padres.⁵

1.2.4. Conocimiento Científico

Es aquel que está basado o sustentado en la investigación científica, primero se basa en la suposición de algún suceso o hecho y su posterior comprobación científica, que siguió un riguroso método y no es modificado por la voluntad del observador, es independiente y tiene conclusiones objetivas; un ejemplo claro de ello sería observar detalladamente algún fenómeno, generar una teoría y comprobarla.⁶

⁵ GESTIOPOLIS. Conocimientos intuitivo, religioso, empírico, filosófico y científico. Definición, características y relevancia. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/conocimientos-intuitivo-religioso-empirico-filosofico-y-cientifico-definicion-caracteristicas-y-relevancia/>

⁶ *Ibíd.*

1.2.5. Conocimiento Filosófico

En aquel razonamiento puro que no ha pasado por algún proceso de experimentación para ser probado como real. Como ejemplo podríamos tomar que todos en algún momento de nuestra vida somos filósofos ya sea al escribir una carta de amor o una canción.⁷

2. ACTITUD

2.1. Definición

La actitud es definida como la disposición voluntaria, adquirida y psicológica de un ser humano frente a la existencia en general o a un aspecto particular de ésta. La actitud engloba a aquellos fenómenos psíquicos sobre los que el hombre tiene libre albedrío y que le sirven para poder afrontar los desafíos del día a día en su vida.⁸

La actitud es una posibilidad o probabilidad de contestación o respuesta aprendida hacia algo o a alguien y aunque es

⁷ GESTIOPOLIS. Conocimientos intuitivo, religioso, empírico, filosófico y científico. Definición, características y relevancia. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/conocimientos-intuitivo-religioso-empirico-filosofico-y-cientifico-definicion-caracteristicas-y-relevancia/>

⁸ DEFINICIÓN ABC. Definición de actitud. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/general/actitud.php>

relativamente permanente, el ser humano tiene la capacidad de modificarlas y/o transformarlas.

2.2. Componentes de la Actitud

2.2.1. Pensamientos

Son todos los pensamientos y creencias asociadas a determinadas actitudes.

2.2.2. Emociones

Las situaciones, lugares, objetos o personas desencadenan emociones o sentimientos diversos que pueden variar en intensidad y pueden estar a favor o en contra.

2.2.3. Conducta

Es la variable que se observa de la actitud, es decir como procede o actúa una persona.

2.3. Tipos de Actitud

2.3.1. Actitud positiva

Esta es el tipo de actitud que caracteriza a las personas que hacen el esfuerzo por ver lo bueno o positivo ante cualquier situación, manteniendo un buen estado de ánimo lo que les permite afrontar determinadas situaciones enfocándose solamente en los beneficios.

Este tipo de actitud tiende a ser contagiosa.⁹

2.3.2. Actitud negativa

Es aquella que caracteriza a las personas que observan de manera pesimista o muy poco optimista su entorno y aunque algunas cosas salgas bien, sólo se enfocan en lo poco que para su percepción salió mal, y que por ende lleva al individuo a sentimientos de frustración. También puede ser contagiosa.¹⁰

⁹ TIPOS DE. Tipos de actitudes. Recuperado de <http://www.mastiposde.com/actitudes.html>

¹⁰ Ibid.

2.3.3. Actitud neutra

Es aquel individuo que es indiferente o carece de una opinión o acción frente a una situación, objeto o persona, se muestra inmutable o con poco interés, no toma posición de preferencia hacia ninguna parte.

3. SÍNDROME DE DOWN

3.1. Concepto

"Síndrome de Down es una alteración genética provocada por la presencia de un cromosoma 21 extra en las células; dicho cromosoma en la mayoría de los casos se encuentra en todas las células de quien presenta esta enfermedad".¹¹

Éste síndrome incluye algunas características como un grado de retraso mental y ciertos rasgos faciales que son considerados una combinación de defectos de nacimiento propios de la enfermedad.

¹¹ MORALES MARTINEZ, Guadalupe. EL Síndrome de Down y su mundo emocional. p .11

3.2. Epidemiología

El Síndrome de Down es la anormalidad cromosomática más frecuente en el ser humano; es también a su vez el trastorno hereditario más común y después de la parálisis cerebral infantil es el trastorno del desarrollo que más se puede observar en niños.¹²

Las estadísticas mundiales revelan que su incidencia es alta. Rodríguez (1999) menciona que dicho síndrome afecta a uno de cada 800 a 1000 niños nacidos vivos, calculando que nacen 150 000 niños al año alrededor de todo el mundo.¹³

3.3. Etiología

"La causa es la existencia de un cromosoma extra en el par 21. Las células del cuerpo humano contienen 46 cromosomas repartidos en 23 pares. En las personas con Síndrome de Down se da la presencia de 47 cromosomas en las células y ese cromosoma suplementario se encuentra en el par 21".¹⁴

¹² ORTEGA TÁMEZ, Luis Carlos. El Síndrome de Down: guía para padres, maestros y médicos. p. 39

¹³ MORALES MARTINEZ GUADALUPE, Ob. cit. p. 14

¹⁴ ARREGI MARTINEZ, Amaia. Síndrome de Down: Necesidades educativas y Desarrollo del lenguaje.

La probabilidad del nacimiento de un niño con Síndrome de Down aumenta con la edad de la madre, debido a que los óvulos de la mujer también envejecen, existiendo un más alto riesgo de divisiones cromosómicas incorrectas.

3.4. Características Clínicas Generales

Podemos observar la presencia de la cara redonda, oblicuidad ascendente en la fisura palpebral, las cejas y pestañas son escasas y cortas, en el borde nasal del ojo en muy notorio un pliegue de piel. Además es común el estrabismo, la miopía y las cataratas. Su nariz es pequeña y achatada y el puente se va aplanando debido a que los huesos no se desarrollan en su totalidad.¹⁵

Su voz es gutural y grave, el cuello es corto y ancho, la mayoría presenta anomalías cardíacas (30-40%), además de problemas obstructivos del tracto digestivo y estreñimiento crónico. Extremidades cortas, manos anchas, regordetas y blandas, dedos pequeños; pies pequeños y redondeados; los genitales tienen un desarrollo tardío e incompleto; los músculos son hipotónicos acompañados de articulaciones poco flexibles.¹⁶

¹⁵ ORTEGA TÁMEZ, Luis Carlos. Ob. cit. p. 49

¹⁶ ORTEGA TÁMEZ. Luis Carlos Ob. cit. pp. 51, 52, 53, 54

3.5. Características Clínicas Orales

Entre las principales características orales podemos observar un desarrollo del tercio medio de la cara menor que el inferior, el paladar duro es alto y profundo con tendencia a ser ojival, la lengua puede presentar una macroglosia o agrandamiento, además de ser grande e hipotónica, los labios son grueso, el labio superior corto con la comisura labial descendida, el labio inferior evertido y agrietado; además presentan una marcada respiración oral con constante babeo y mantienen el hábito de la boca abierta.¹⁷

Dentro de las afecciones dentales más frecuentes que pueden ser observadas tenemos a la microdóncia o dientes pequeños, alteraciones de número y forma, taurodontismo, hipoplasia del esmalte y retraso en la erupción dentaria. En cuanto a la oclusión, este tipo de personas comúnmente presentan una clase III, con mordida cruzada anterior y posterior, mordida abierta anterior, protrusión mandibular y maloclusión en sentido sagital.¹⁸

¹⁷ CULEBRAS E. SILVESTRE-RANJIL J. SILVESTRE DONAT F.J. Alteraciones Odontoestomatológicas en niños con Síndrome de Down.

¹⁸ CULEBRAS E. SILVESTRE-RANJIL J. SILVESTRE DONAT F.J. Ob.cit.

3.6. Aspectos Cognitivos

- Presentan retraso mental leve o moderado.
- Lentitud para procesar y codificar información, interpretarla, elaborarla y responder a las tareas que les son asignadas.
- Dificultades para formar conceptos.
- Les cuesta aplicar en casa las conductas aprendidas en el colegio o escuela.
- Problemas de memoria a corto y largo plazo.
- Desorientación temporal y espacial, les cuesta comprender cosas simples como dónde están o el día o la hora que es.
- Tienen problemas para realizar operaciones de cálculo, en especial cálculo mental.
- Les es difícil o casi imposible comprender chistes, bromas, ironías o expresiones de doble sentido, respondiendo con seriedad como si no tuvieran sentido del humor.¹⁹

¹⁹ http://sid.usal.es/idos/F8/FDO10413/informe_down.pdf

3.7. Características de la Personalidad

- Tienen baja tendencia a la exploración y escasa iniciativa, por lo que se les debe motivar y estimular para que participen en actividades normalizadas.
- Excesiva efusión de sus sentimientos debido a la poca capacidad que tiene de controlar e inhibir sus emociones.
- Presentan una tendencia marcada a la persistencia de la conducta y resistencia al cambio, por lo que pueden parecer obstinados o tercos.
- Responden con menor intensidad a su ambiente o entorno que los rodea, dando la impresión que no tienen interés o que son apáticos y pasivos.
- Dificultad para analizar e interpretar los acontecimientos externos.²⁰

3.8. Problemas de Comunicación y Lenguaje

- Repiten toda o parte de una palabra mientras tratan de hilar el resto de la frase.
- Pueden hacer largas pausas en la mitad de una frase hasta encontrar la palabra siguiente.

²⁰ http://sid.usal.es/ids/F8/FDO10413/informe_down.pdf

- Enfatizan o resaltan palabras o parte de palabras cuando no es necesario.
- Hablan a trompicones hasta que encuentran la sílaba o palabra adecuada.
- Pueden presentar dificultades para comprender lo que están diciendo.
- Pueden tartamudear.²¹

3.9. Tratamiento

El tratamiento consiste básicamente en fisioterapias, grupos de apoyo, terapias de lenguaje y ocupacional, todo esto dirigido por un equipo de terapeutas y educadores especialmente capacitado que puedan proporcionarles el cuidado personal que ellos requieren. Además necesitan la atención de especialistas como el pediatra, cardiólogo, el fonoaudiólogo, oftalmólogo, odontólogo, entre otros, los cuales deben brindarles la atención necesaria requerida en cada caso.

3.10. Esperanza de vida

La esperanza de vida de las personas con este síndrome ha ido aumentando considerablemente en las últimas décadas

²¹ http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO10413/informe_down.pdf

debido a todos los avances tecnológicos y médicos que les permiten una mejor calidad y cantidad de vida. Actualmente el promedio de vida de un individuo con síndrome de Down es de 50 a 60 años, a diferencia de los promedios encontrados en la década de los 30, que señalaba que éste era de tan solo 9 años.

4. ENFERMEDADES BUCALES

4.1. CARIES DENTAL

4.1.1. Concepto

La caries dental es una enfermedad infecciosa, multifactorial, crónica y contagiosa, cuya característica principal es la destrucción localizada de los tejidos duros dentarios a consecuencia de la desmineralización que se produce por los ácidos de las bacterias de la placa dental del medio bucal normal, evoluciona de forma progresiva e de manera irreversible. Comienza en la superficie del diente y luego avanza en profundidad hacia la pulpa del diente afectado.

La caries dental afecta a todos los tejidos dentarios desde el esmalte hasta el cemento y si su avance no es

detenido, puede provocar una lesión grave e irreversible que necesitaría de un tratamiento más complejo y costoso.

4.1.2. Etiología

La caries es el proceso patológico más frecuente del diente, condicionado por numerosos factores, entre ellos y siéndolos más importantes tenemos:

a) Huésped

En este factor incluye a la anatomía dental, la composición de su superficie y así como su localización en las arcadas dentales (superior e inferior), siendo los posteriores los más susceptibles debido a su morfología que incluye fosas, fisuras y surcos y donde la autoclisis o la limpieza de la saliva, la lengua y las mucosas no es tan efectiva, además debemos incluir los defectos en la mineralización de los dientes. El otro factor corresponde al hospedero, del cual deben ser considerados problemas como la susceptibilidad genética, su nivel socio cultural y económico, sus hábitos dietéticos y de higiene oral.

b) Sustrato o dieta

Consideramos la presencia de los carbohidratos fermentables. Los microorganismos que colonizan la boca empiezan a consumir dichos carbohidratos y como resultado de la metabolización de los mismos producen un ácido que desmineraliza progresivamente los dientes. La frecuencia del consumo de carbohidratos también es muy importante, si éste supera el consumo de cuatro momentos de azúcar (cuatro veces al día durante momentos diferentes y espaciados), el riesgo se incrementa.

c) Tiempo

Tomar en cuenta el tiempo como factor predisponente de caries es de gran importancia, puesto que la placa bacteriana se forma muy rápidamente en la boca, 2 horas después del cepillado aproximadamente. La caries es un proceso que se inicia cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dental (huésped) se mantiene un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos) alcanzan una concentración elevada en la

placa, por aporte excesivo de azúcares en la alimentación (sustratos).

d) Bacterias

Son las entidades activas responsables de la caries dental, dado que descomponen los sustratos del medio oral, que pueden ser carbohidratos y/o proteínas en energía útil. El producto final de dicha descomposición, vendrían a ser los ácidos, estos últimos producen la consecuente descalcificación y el reblandecimiento de los tejidos duros.²²

e) Placa bacteriana

Es la sustancia blanda, translúcida y bastante adherente que se acumula sobre la superficie lisa de los dientes. Es más exacto el nombre de placa bacteriana, ya que su composición está formada casi exclusivamente por bacterias y sus subproductos. A diferencia de lo que se cree, la placa no está formada por residuos alimenticios adheridos, como se pensaba erróneamente, ni se debe a la acumulación casual de microorganismos oportunistas. La acumulación de la placa sobre los dientes constituye

²² SALAZAR QUISPE, Fredy. Caries Dental. p.87

una sucesión de acontecimientos bastante ordenados y perfectamente organizados.²³

4.1.3. Cuadro Clínico

Los síntomas y signos que produce la caries dependen de la profundidad y avance de la lesión, mientras más superficial sea la lesión (esmalte) es asintomática, si es más profunda (pulpa) es sintomática. La caries puede manifestarse por:

- Cambio de coloración del diente.
- Aparición de una cavidad en la estructura del diente.
- Dolor espontáneo.
- Dolor al masticar.
- Dolor al ingerir azúcares.
- Dolor a estímulos térmicos (frio/calor), para lo cual se debe hacer un diagnóstico diferencial con sensibilidad dental.
- Retención de comida en los dientes cavitados.
- Mal aliento o halitosis.

²³ CLIFFORD M. STURDEVANT. Operatoria Dental. p.65

4.2. ENFERMEDAD PERIODONTAL

4.2.1. Concepto

Son una serie de trastornos que afectan tanto a las encías como a las estructuras de soporte de los dientes.

Se inicia con la acumulación de placa bacteriana en la zona gingivodental y va acompañada de una visible inflamación y posible sangrado en la zona.²⁴

La gingivitis se localiza principalmente en la encía y la periodontitis afecta a los otros tejidos periodontales (cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar), aunque la gingivitis y la periodontitis se agrupan juntas son distintos estadios de una misma enfermedad y son las más frecuentes dentro de las enfermedades del organismo.²⁵

4.2.2. Etiología

La placa microbiana viene a ser una sustancia viscosa, blanquesina, que se forma y adhiere a diario en la superficie lisa de los dientes, con un color que mimetiza

²⁴ BASCONES MARTÍNEZ, Antonio. Tratado de Odontología. p. 3325

²⁵ BASCONES MARTÍNEZ, Antonio. Ob. cit. p. 3325

a éste, y que además no se puede observar a simple vista, es la causa primera de los diferentes tipos de enfermedad periodontal, al aumentar la carga bacteriana del diente y en los tejidos gingivales adyacentes aumenta también la irritación e inflamación de los tejidos del huésped.²⁶

La placa microbiana está formada por múltiples bacterias, mucina salival, secreciones y fluidos originarios del surco gingival.²⁷

4.2.3. Cuadro Clínico

En cuanto a los signos clínicos podemos encontrar: cambio de color en las encías tornándose más rojizas, hay un aumento de tamaño o inflamación de las zonas afectadas, sangrado espontáneo o al momento del cepillado, aparición de bolsas periodontales y en algunos caso retracción gingival y movilidad dentaria. Entre los síntomas más comunes tenemos dolor espontáneo, mal aliento constante o halitosis y dolor la masticar.

²⁶ LINDHE JAN. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. p. 209

²⁷ LINDHE JAN. Ob. Cit. p. 209

5. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

5.1. Hábitos de Higiene Oral en el Síndrome de Down

Habito es la tendencia o predisposición a un acto o actos que se convierten en una acción repetitiva, prácticamente fija, fácil de realizar, constante y se podría decir hasta automática en un ser humano. Llegando a realizarse sin intención de la personas y que son a veces difíciles de modificar.²⁸

“En los niños con Síndrome de Down el nivel de higiene oral es muy pobre siendo más propensos a contraer infecciones y lesiones de la mucosa oral. Por lo tanto, una higiene oral adecuada es de prioritaria importancia si se quiere evitar o aliviar las enfermedades bucales”.²⁹

La higiene oral es un medio ideal y primordial para eliminar los restos alimenticios que quedan en la boca permitiéndonos gozar de buena salud bucal, a su vez proporciona un agradable sabor y evita la halitosis o mal aliento, crea también una sensación de confort y por ultimo ayuda en la autoestima de la persona y contribuye con la estética.³⁰

²⁸ CHIMENOS E. Diccionario de Odontológico Mosby. p. 309

²⁹ BOJ JUAN R. CATALA MONSERRAT. Odontopediatría. p. 472

³⁰ CASALS E. Revista RCOE.

Existen 4 hábitos de higiene oral que debemos mencionar:

a) Cepillado dental

El manejo de la placa bacteriana supragingival debe apoyarse principalmente en las técnicas mecánicas, de las cuales las más utilizadas son el cepillado dental, el cual debe ir asistido por pasta dental para optimizar la limpieza de los dientes, encías, carrillos y la lengua.³¹

Hoy en día, algunos fabricantes de cepillos dentales nos facilitan un sin fin de formas diferentes de cepillos con mangos de dimensiones aumentadas y mejoradas, cepillos con cabezas anguladas o con cabezas múltiples y cerdas curvas, que pueden ser muy benéficos para las necesidades especiales de estos pacientes.³²

En la actualidad, los cepillos eléctricos son auxiliares de mucho valor para pacientes con algún tipo de discapacidad, resultan especialmente útiles cuando el paciente posee la fuerza para sujetar el mango y colocar el cepillo dentro de la boca, pero no la suficiente

³¹ CUENCA SALA, MANAU NAVARRO, SERRA MAJEM, Odontología Preventiva y Comunitaria. p. 72

³² HARRIS, NORMAN O. GARCIA-GODOY, F. Odontología preventiva primaria. pp. 418, 219

destreza manual necesaria para realizar los movimientos finos del cepillado.³³

Para la ejecución correcta del cepillado dental, es recomendable el uso de un buen cepillo de dientes de cerdas artificiales de nylon, con puntas redondeadas; la dureza debe ser media y debe contar con un cabezal correctamente adaptado acompañado de pasta dental fluorizada.³⁴

“La técnica de cepillado recomendada en niños y adolescentes es la de barrido horizontal, debido al hecho de que es la más fácil”.³⁵

La frecuencia del cepillado debe ser; en lo posible, después de cada comida principal (desayuno, almuerzo y cena), siendo de todos el más importante el cepillado nocturno, debido a pasamos más de 8 horas con la boca cerrada y el flujo de la saliva disminuye; dicho cepillado debe tener una duración mínima de 3 minutos a más.³⁶

En el caso de personas con Síndrome de Down, el cepillado siempre debe ser siempre supervisado por los

³³ HARRIS, NORMAN O. GARCIA-GODOY, F. Ob. cit. p. 420

³⁴ CUENCA SALA, MANAU NAVARRO, SERRA MAJEM. Ob. cit. p. 72

³⁵ *Ibíd.* p. 72

³⁶ CUENCA SALA, MANAU NAVARRO, SERRA MAJEM. Ob. cit. p. 72

padres o alguna persona adulta responsable que los cuide, debido a la poca destreza motora que presentan, lo cual conlleva a un inadecuado cepillado o a una posible ingestión de los aparatos.³⁷

b) Limpieza con Hilo Dental

La técnica de la higiene bucal incluye el pasaje del hilo o seda dental para eliminar la placa bacteriana que se acumula en los espacios interproximales. El uso de hilo dental requiere una destreza medianamente compleja, lo que representa un inconveniente para su implementación sistemática en este grupo etario debido a su poca habilidad manual.

c) El Enjuague Bucal o Colutorios

Los colutorios o enjuagues bucales son soluciones que contienen la mayoría de las veces un agente antibacteriano y han sido uno de los métodos más utilizados en los últimos tiempos.

El uso de enjuagatorios bucales por personas con Síndrome de Down debe estar estrictamente vigilado, ya

³⁷ *Ibíd.* p. 72

que estos podrían ingerirlo y a la larga sufrir de molestias estomacales.

d) Visitas al Dentista

“La periodicidad puede ser la de los niños normales, cada 6 meses, aunque en ocasiones, van a requerir mayor frecuencia de visitas cada 3 o 4 meses”.³⁸

5.2. Preventivos de la Caries Dental

5.2.1. Selladores de Fosas y Fisuras

Actualmente la utilización de los selladores de fosas y fisuras es una de las técnicas de prevención más eficaces. Un sellador de fisura es una barrera física de acción inmediata que protege las zonas más susceptibles del diente de ser atacadas por las caries en los niños y adolescentes.³⁹

Los selladores ofrecen 3 efectos preventivos principales. En primer lugar sellan mecánicamente las fosas y fisuras con una resina resistente a los ácidos de las bacterias,

³⁸ BOJ JUAN R. CATALA MONSERRAT. Ob. cit. p. 472

³⁹ CUENCA SALA, MANAU NAVARRO, SERRA MAJEM, Ob. cit. p. 129

en segundo lugar al obturar fosas y fisuras, los selladores restringen el hábitat preferido de los streptococo mutans, y por último, los selladores facilitan la limpieza de fosas y fisuras mediante métodos físicos como el cepillado dental, la masticación y la autoclisis de la saliva.⁴⁰

La aplicación de selladores en personas con necesidades especiales puede ser más difícil por la dificultad para controlar la contaminación por humedad.⁴¹

5.2.2. Flúor

La odontología preventiva actual considera que la utilización del flúor para la prevención y control de la caries dental es fundamental.

El fluoruro en cantidades mínimas incrementa la resistencia de la estructura dental a la desmineralización y, por consiguiente, representa una medida especialmente importante para la prevención de la caries.⁴²

⁴⁰ CLIFFORD M. STURDEVANT. Ob. cit. p. 117

⁴¹ HARRIS, NORMAN O. GARCIA-GODOY, FRANKLIN. Ob. cit. p. 423

⁴² CLIFFORD M. STURDEVANT. Ob. cit. p. 106

5.2.2.1. Administración sistémica de flúor

- Fluorización del agua
- Fluorización de la sal
- Gotas y pastillas de flúor
- Fluorización de la leche

5.2.2.2. Aplicación tópica de flúor

- Uso de pastas dentífricas
- Enjuagues de boca con flúor
- Barnices de fluoruro
- Gel de fluoruro de fosfato acidulado (FFA)

El objetivo del odontólogo consiste en saber elegir la combinación más eficaz para cada caso. Esta elección debe basarse en la edad, los antecedentes previos de caries, la salud en general y la higiene bucal del paciente. Los niños que desarrollan la dentición permanente se benefician especialmente de los tratamientos sistémicos a través del suministro público de aguas.⁴³

⁴³ CLIFFORD M. STURDEVANT. Ob. cit. p. 107

5.3. Dieta

5.3.1. Nutrición y Salud Oral

Los carbohidratos presentes en las comidas diarias son estimuladores de las lesiones cariosas, ejerciendo su efecto cariogénico en la superficie de los diente. Los principales azúcares de la dieta son: la sacarosa, que podemos encontrar en golosinas, pasteles, frutas secas, ketchup y bebidas gaseosas; la glucosa y fructosa las encontramos naturalmente en la miel y en las frutas; y por último la lactosa, presente en la leche.⁴⁴

La sacarosa favorece y estimula la colonización de los microorganismos bucales, aumentando la viscosidad de la placa bacteriana, por ende su potencial cariogénico es mayor que el de los demás azúcares. Los alimentos que contienen almidón, como el arroz, papas y pan, tienen un potencial cariogénico bajo.⁴⁵

La cantidad de azúcar en la formación de la caries no es de esencial importancia; la forma de presentación y composición de los azúcares puede ser decisiva, así los

⁴⁴ VÁSQUEZ HUERTA, Elsa. Salud Bucal y nutrición. p. 91

⁴⁵ *Ibíd.* p. 91

azúcares en forma adherente son más cariogénicas. Los alimentos azucarados, son más cariogénicos si son consumidos entre las comidas que al hacerlo durante las mismas, además cuanto más frecuente sea la ingesta de alimentos cariogénicos, mayor será la actividad cariogénica.⁴⁶



⁴⁶ RIOBBO GARCIA, Rafael. Ob. cit. p. 530

3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1. “Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú”, Cabello, Doris.

La presente investigación tuvo como propósito relacionar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). En la primera fase de la investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas, dividido en cuatro partes: 3 preguntas sobre elementos de higiene bucal, 3 preguntas sobre hábitos de higiene bucal, 3 preguntas sobre patología bucal relacionada a higiene bucal y 3 preguntas sobre técnicas de higiene bucal. En la segunda fase de la investigación se evaluó el índice de higiene oral de los niños con discapacidad. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular nivel de conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de

higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el nivel de conocimiento de los padres, con un $p < 0,05$ y una correlación inversa regular, $p = -0,58$ con un $p < 0,05$ es decir un nivel de conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.

Los resultados obtenidos en esta investigación indican la relación directa que existe entre el índice de higiene oral malo o bajo con el nivel de conocimiento regular de los padres, con lo que podemos deducir que los conocimientos que tienen los padres o tutores de estos niños se ve plasmado y en relación en primer nivel con la higiene y las enfermedades bucales que puedan presentar.

3.2.2. “Revisión de los aspectos inmunológicos de la enfermedad periodontal en pacientes pediátricos con síndrome de Down”, Díaz Rosas L, López Morales PM.

La enfermedad periodontal en niños con síndrome de Down (SD) se desarrolla en etapas tempranas y aumenta progresivamente con la edad. Son diversos los factores que contribuyen en el progreso de las periodontopatías: factores locales, morfología capilar y desórdenes en el tejido

conectivo. Actualmente, la mayor prevalencia de la enfermedad se relaciona con el sistema inmunológico, el cual es incapaz de controlar la invasión bacteriana por defecto en los elementos celulares de defensa, así como en la regulación de enzimas. Por tal motivo, es importante que el odontólogo reconozca todos los factores que intervienen en la aparición de la enfermedad periodontal en niños con SD.

Este informe nos señala que son muchos los factores etiológicos de la enfermedad periodontal en niños con Síndrome de Down, haciendo especial ahínco en la importancia de los aspectos inmunológicos que parecen aumentar la prevalencia de dicha enfermedad periodontal; además que es de suma importancia que los odontólogos estemos correctamente informados sobre estos aspectos para poder atender con mayor diligencia a este grupo especial de pacientes.

3.2.3. “Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de Down”, E. Culebras Atienza, J. Silvestre-Rangil, F.J. Silvestre Donat.

Las personas con síndrome de Down presentan una variedad de complicaciones médicas y de características odontoestomatológicas específicas. Muchas de estas características pueden tener relación directa con la salud oral y con la calidad de vida del niño afectado. El objetivo de este artículo es revisar las manifestaciones orales, dentales y oclusales más frecuentes del niño con síndrome de Down, así como la relación de estas con la patología bucodental más frecuente. En este grupo de pacientes se ha descrito una menor prevalencia de lesiones de caries dental y una mayor frecuencia de enfermedades del periodonto con especial referencia a la enfermedad periodontal que tiene un inicio más precoz y un carácter agresivo.

En esta investigación podemos observar que los estudios que realizaron destacan una menor prevalencia de caries dental y mayor prevalencia de enfermedad periodontal en personas con Síndrome de Down y que éstas tienen relación directa con ciertas manifestaciones orales que pueden promover su incidencia y avance.

3.2.4. “La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down”, Demicheri A. Rubens, Batlle Alicia.

El Síndrome de Down es una de las condiciones de discapacidad más comunes. Dentro de las patologías bucales más prevalentes, la enfermedad periodontal es una de las asociadas con este síndrome. Se considera que la persona con Síndrome de Down presenta una mayor susceptibilidad a contraer esta enfermedad. En este artículo se describen los factores etiológicos y las características clínicas de la enfermedad en pacientes portadores del síndrome.

En la presente investigación, a diferencia de la anterior, se resalta una mayor prevalencia de la enfermedad periodontal en personas con Síndrome de Down, lo que nos indica que tanto la caries como la enfermedad periodontal pueden variar de acuerdo a la población estudiada y una no es estrictamente más insidiosa o prevalente que la otra, por lo que ambas deben trabajarse juntas.

3.2.5. “Estrategia mediadora para la promoción de salud bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down”, I.A. Moncunill.

El objetivo de la presente investigación fue diseñar, implementar y evaluar juegos colectivos con componente didáctico adaptados a los intereses y potencialidades de personas con síndrome de Down, como estrategias mediadoras para la promoción de la salud bucal. Materiales y métodos: Participaron en el estudio 100 niños y adolescentes Down de 4 a 19 años, 47 padres y 49 docentes, integrantes de APADIM, escuela para discapacitados intelectuales de la Ciudad de Córdoba (Argentina). Se diseñaron juegos colectivos con componente didáctico de acuerdo con el diagnóstico psico-pedagógico y los aportes de los docentes. Dichos juegos se incluyeron en las actividades del aula y fuera del aula con la participación de otros mediadores: padres, hermanos, abuelos. Los juegos fueron evaluados por parte de los mediadores (maestros y padres) a través de encuestas. Resultados: La evaluación de las estrategias implementadas resultó positiva. Los mediadores expresaron que hubo cambio de conducta en los niños y adolescentes respecto al cuidado de su salud; el examen clínico reveló disminución en el Índice

de Higiene Oral y un importante aumento en el número de elementos obturados, lo que evidenciaría la toma de conciencia y movilización de la familia con respecto a la necesidad de consulta e intervención del profesional odontólogo; en relación a los hábitos de higiene, se observó aumento del uso del cepillo y una mejora sustancial en la calidad del cepillado. Conclusiones: Los juegos con contenidos de salud bucal dotaron a los mediadores de una herramienta apropiada para que los niños y adolescentes logaran la apropiación de conductas saludables, dado que el diseño de las mismas respetó el diagnóstico de sus potencialidades.

Esta investigación muestra, en rasgos generales, que la implementación de juegos colectivos como las estrategias mediadoras son útiles para la promoción de la salud bucal, los cuales dieron resultados positivos, como la disminución del Índice de Higiene Oral y un importante aumento en el número de elementos obturados, además de mejoras en el cepillado.

4. HIPÓTESIS

Dado que, saber o comprender más acerca de algún tema otorga a una persona una mejor desempeño en su actuar.

Es probable que, exista una relación directa entre el nivel de conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad periodontal, con la actitud preventiva hacia estas enfermedades en el Síndrome de Down, por los docentes de los Centros de Educación Básica Especial “Asociación Unámonos” y “Paul Harris”.





CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a) Precisión de la Técnica

Se aplicó la técnica de CUESTIONARIO para recoger información de las variables “Conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal” y “Actitud preventiva de los docentes frente a estas enfermedades en el Síndrome de Down”.

b) Esquematización

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA
VARIABLE ASOCIATIVA I Conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal	Conocimientos Sobre Etiología de Caries y Enfermedad Periodontal	Cuestionario
	Conocimientos sobre el Diagnóstico y Tratamiento de Caries y Enfermedad Periodontal	
	Conocimientos sobre Prevención de Caries y Enfermedad Periodontal	
VARIABLE ASOCIATIVA II Actitud preventiva de los docentes frente a la Caries Dental y Enfermedad Periodontal en el Síndrome de Down	Enunciados favorables o desfavorables orientados a medir la actitud hacia la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal.	

1.2. Instrumento

- **Instrumento Documental**

- a) **Precisión de la Técnica**

Se utilizó un instrumento documental de tipo cuestionario, de elaboración propia, validado por especialistas y elaborado según las normas correspondientes.

- b) **Descripción de la Técnica**

Para la recolección de datos se elaboró un Cuestionario, para lo cual hemos tomando como referencia la Guía del manejo pediátrico de la salud oral para los profesionales de la salud “A health professional’s guide to pediatric oral health management”⁴⁷ y la Guía de medición del riesgo de salud oral “Guide for oral health risk assessment training,”⁴⁸ éstas fueron publicadas por la Academia Americana de Pediatría en 2003. Así mismo, el cuestionario fue evaluado por docentes expertos y sometido a una prueba piloto. La estructura del cuestionario consta de las siguientes partes:

47 Holt K, Barzel R. A health professional’s guide to pediatric oral health management. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003

48 Casamassimo P, Holt K, Guide for oral health risk assessment training. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003

- **Primera Parte:** Incluye datos de los docentes como número de años de servicio, datos sobre si ha recibido últimamente información sobre Caries y Enfermedad Periodontal y el lugar donde fue obtenido.
- **Segunda Parte:** Conocimientos: Consta de 10 preguntas cerradas (de respuesta múltiple), correspondientes a los temas que el docente debe conocer sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal y que están planteados en los objetivos del estudio: Etiología, Prevención, Diagnóstico y tratamiento.

Cada pregunta tiene 5 alternativas de respuesta, siendo una de ellas la correcta. Las alternativas serán codificadas de la siguiente manera:

- **Respuesta correcta:** 2 punto
- **Respuesta incorrecta:** 0 puntos

Haciendo un total de 20 puntos.

Para agrupar el puntaje se aplicó la escala Vigesimal, clasificando el puntaje en cuatro categorías

- **Primera Categoría:** Conocimiento Deficiente.

- **Segunda Categoría:** Conocimiento Regular.
 - **Tercera Categoría:** Conocimiento Bueno.
 - **Cuarta Categoría:** Conocimiento Muy Bueno.
-
- **Tercera Parte:** Actitudes preventivas, consta de 10 enunciados orientados a evaluar la actitud. Cada enunciado con cinco alternativas de respuesta y con puntajes de 0 a 4.
 - **Totalmente de acuerdo** = 04 puntos
 - **De acuerdo** = 03 puntos
 - **Indiferente.**= 02 puntos
 - **En desacuerdo.** 01 punto
 - **Totalmente en desacuerdo** = 0puntos

Para realizar la valoración de los enunciados, se considera el puntaje dado a la escala de Lickert, teniendo en cuenta si son enunciados favorables o desfavorables. Posteriormente fueron convertidos a la escala vigesimal, obteniéndose las siguientes categorías:

- **Primera Categoría:** Actitud Deficiente.
- **Segunda Categoría:** Actitud Regular.
- **Tercera Categoría:** Actitud Buena.

- **Cuarta Categoría:** Actitud Muy Buena.⁴⁹:

- **Instrumentos Mecánicos**

- Computadora
- Impresora
- Fotocopiadora
- Laptop

- **1.3. Materiales**

- Útiles de escritorio
- Portafolio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en el ámbito general de los distritos de Cercado y Cerro Colorado de la ciudad de Arequipa, en el ámbito específico del “CEBE Asociación Unámonos” de naturaleza institucional, ubicada en Santa Marta 111 y el “CEBE Paul Harris”

⁴⁹ Anticona Huaynate. Cynthia Fiorella. Nivel de Conocimiento y Actitud sobre Caries de la infancia Temprana de los Médicos Pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño. P.42

también de naturaleza institucional, ubicado en Urb. Santa Rosa de Lima calle 9 Mz. P.

2.2. Ubicación temporal

Esta investigación se realizó durante el año 2017, es una investigación actual y de corte transversal.

2.3. Unidades de investigación

a) Universo

Población

- **Cualificación del Universo**

El universo corresponde a los docentes de los CEBES “Asociación Unámonos” y “Paul Harris”.

- **Cuantificación del universo**

33 docentes que representan el 100%, y que vienen laborando en los CEBES.

- **Formalización del universo**

COLEGIO	DOCENTES DE SEXO FEMENINO	DOCENTES DE SEXO MASCULINO	TOTAL
“CEBE Asociación Unámonos”	14	3	17
“CEBE Paul Harris”	15	1	16
Universo	29	4	33

b) Criterios de los Casos

b.1. Criterios de Inclusión

- Docentes que pertenezcan a los CEBES “Asociación Unámonos” y “Paul Harris”.
- Docentes que firmen el Consentimiento Informado.

b.2. Criterios de Exclusión

- Docentes que no pertenezcan a los CEBES “Asociación Unámonos” y “Paul Harris”.
- Docentes que se nieguen a participar en la investigación.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

Antes de aplicar el instrumento, se realizaron las siguientes coordinaciones:

- Validación del instrumento
- Autorización de la Directoras de los CEBES “Asociación Unámonos” y “Paul Harris”, para realizar la investigación en sus instituciones educativas.
- Capacitación de las unidades de estudio y hacer firmar el Consentimiento Informado.
- Coordinación de fecha y horarios con docentes de ambas instituciones.
- Aplicación del Cuestionario a los docentes en ambas instituciones.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- **Investigador:** Lucila Alexandra Herrera Gonzales
- **Asesor:** Dra. Eliana Guillen Fernández
- **Docentes:** CEBES “Asociación Unámonos” y “Paul Harris”

3.2.2. Recursos Físicos

Representado por la infraestructura y disponibilidad de ambientes de los CEBES “Asociación Unámonos” y “Paul Harris”.

3.2.3. Recursos Financieros

El presupuesto para la recolección de datos y otras acciones investigativas fueron financiadas por la investigadora.

3.2.4. Recursos Institucionales

Local del CEBE “Asociación Unámonos” del distrito de Cercado y local del CEBE “Paul Harris” del distrito de Cerro Colorado.

3.3. Validación del Instrumento Documental

3.3.1. Muestra piloto

Se validó el instrumento aplicando 5 encuestas en cada colegio haciendo un total de 10.

4. ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento de los datos

4.1.1. Tipo de Procesamiento

En el procesamiento utilizado se manejó de forma manual y computarizada, utilizando el programa SPSS versión 17.0 y la hoja de cálculo Excel.

4.1.2. Operaciones del Procesamiento

a. Clasificación

Se ordenaron los datos en una matriz de sistematización.

b. Codificación

Se realizó de forma automática a través de la matriz de recuento.

c. Tabulación

Se elaboraron tablas de tipo numérico con frecuencias absolutas y relativas y de una y dos entradas.

d. Graficación

Se elaboraron gráficas acorde a su respectiva tabla. Las tablas se mostrarán en forma de gráficas en barra o de histogramas según amerite.

4.2. Plan de Análisis de datos

4.2.1. Tipo de Análisis

Por el número de variables independientes es unifactorial.

Por su naturaleza, el análisis de la presente investigación es cuantitativo y se requirió de una estadística descriptiva e inferencial.

4.2.2. Tratamiento Estadístico

Se utilizó la prueba estadística del Coeficiente Correlacional de Pearson, al tratarse de variables cuantitativas continuas.

4.2.3. Tablas y gráficos

Para plasmar los resultados de la información obtenida se utilizaron tablas de doble entrada, gráficas de barras.

5. CRONOGRAMA

TIEMPO ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ELABORACION DEL PROYECTO		X	X	X												
APROBACION DEL PROYECTO				X												
VALIDACION DEL INSTRUMENTO				X												
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X									
ANÁLISIS DE DATOS									X	X						
ELABORACION DEL BORRADOR										X	X					
ENTREGA DEL INFORME FINAL													X	X	X	



Tabla N°1

TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL

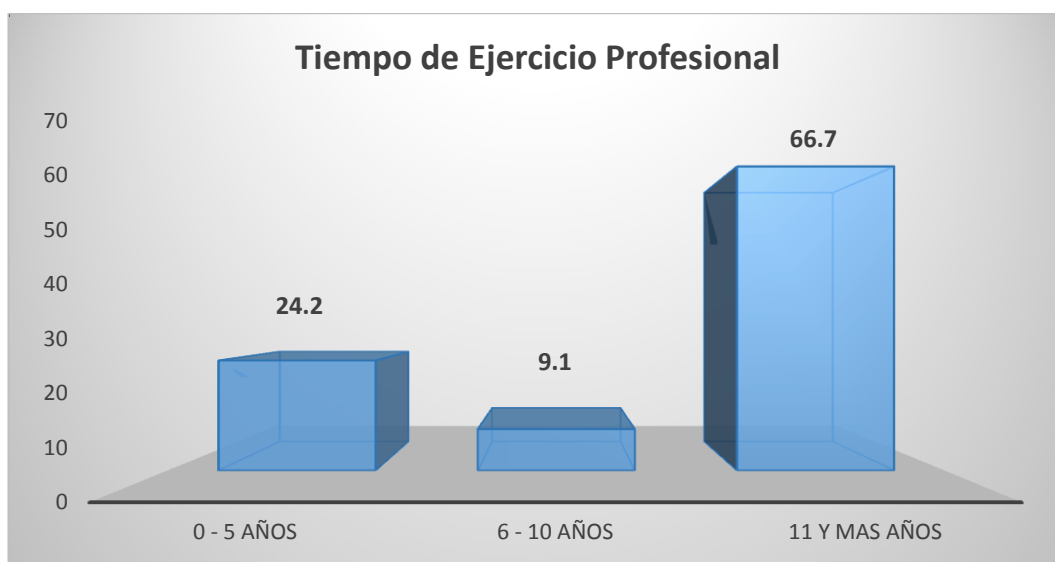
Tiempo	COLEGIOS					
	P. HARRIS		UNAMONOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	16	100.0	17	100.0	33	100.0
0 - 5 años	5	31.3	3	17.6	8	24.2
6 - 10 años	2	12.5	1	5.9	3	9.1
11 a más años	9	56.3	13	76.5	22	66.7

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN: Observamos que el 66.7% de la muestra corresponde al grupo de 11 años a más y el resto pertenece a los otros grupos de 0 a 5 años (24.2%) y 6 a 10 años (9.1%).

Gráfico N°1

TIEMPO DE EJERCICIO PROFESIONAL



Fuente: Matriz de datos

Tabla N°2

**INFORMACIÓN RECIBIDA DE CARIES DENTAL Y/O ENFERMEDAD
PERIODONTAL Y MEDIO POR EL CUAL FUE OBTENIDA**

Información	COLEGIOS					
	P. HARRIS		UNAMONOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	16	100.0	17	100.0	33	100.0
No	6	37.5	8	47.1	14	42.4
Si	10	62.5	9	52.9	19	57.6
Revistas Científicas	0	0	1	5.9	1	3.0
Artículos internet	4	25.0	1	5.9	5	15.2
Otros*	6	37.5	7	41.2	13	39.4

* Consulta con el odontólogo o médico, terceras personas.

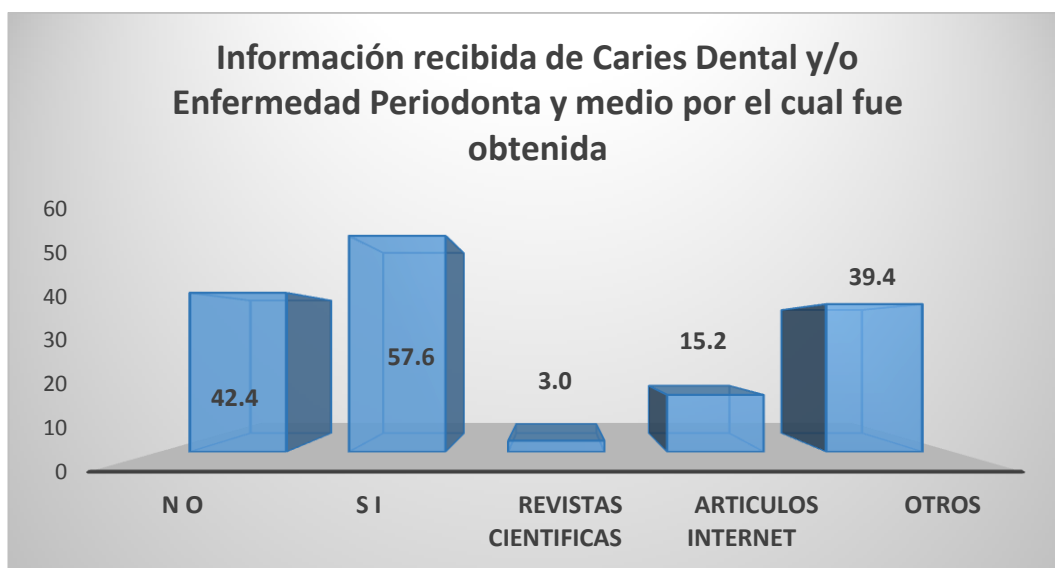
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN: El 57.6% de profesores afirma haber recibido información sobre Caries y Enfermedad Periodontal; mientras que el 42.4% no recibo información alguna.

Solo el 3% recibió información a través de revistas científicas, un 15.2% por artículos científicos, y la mayoría de los docentes, un 39.4% afirma que recibió dicha información por otros medios.

Gráfico N°2

**INFORMACIÓN RECIBIDA DE CARIES DENTAL Y/O ENFERMEDAD
PERIODONTAL Y MEDIO POR EL CUAL FUE OBTENIDA**



Fuente: Matriz de datos

Tabla N°3

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES Y ENFERMEDAD
PERIODONTAL**

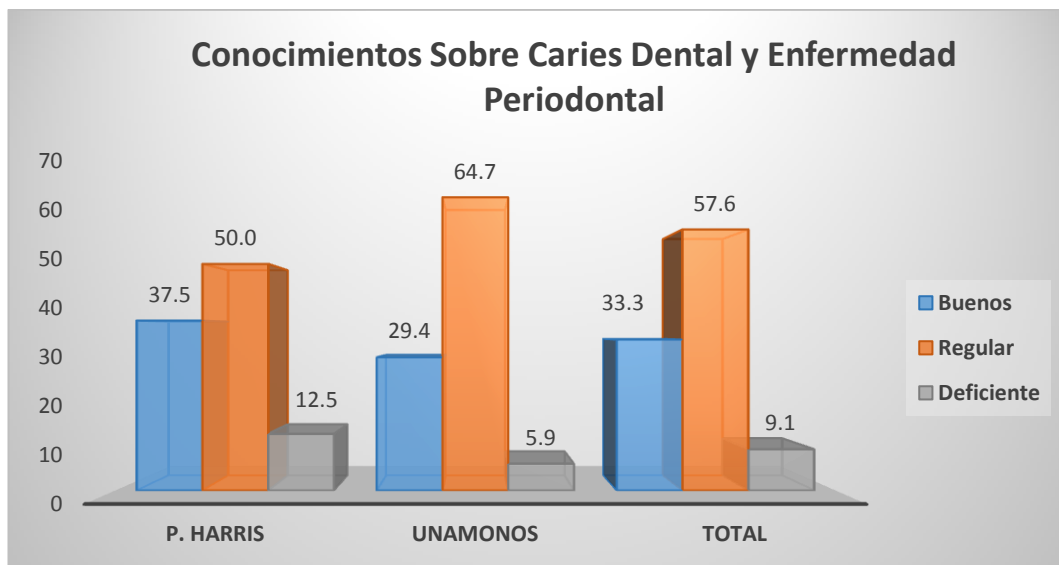
Conocimientos	COLEGIOS					
	P.HARRIS		UNAMONOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL:	16	100.0	17	100.0	33	100.0
Muy buenos	0	0	0	0	0	0
Buenos	6	37.5	5	29.4	11	33.3
Regular	8	50.0	11	64.7	19	57.6
Deficiente	2	12.5	1	5.9	3	9.1

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN: Podemos apreciar, que en toda la muestra predominan los conocimientos regulares con un total de 57.6%, el 33.3% fueron buenos y el 9.1% deficientes.

Gráfico N°3

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES Y ENFERMEDAD
PERIODONTAL



Fuente: Matriz de datos

Tabla N°4

**ACTITUD PREVENTIVA HACIA LA CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD
PERIODONTAL EN EL SINDROME DE DOWN**

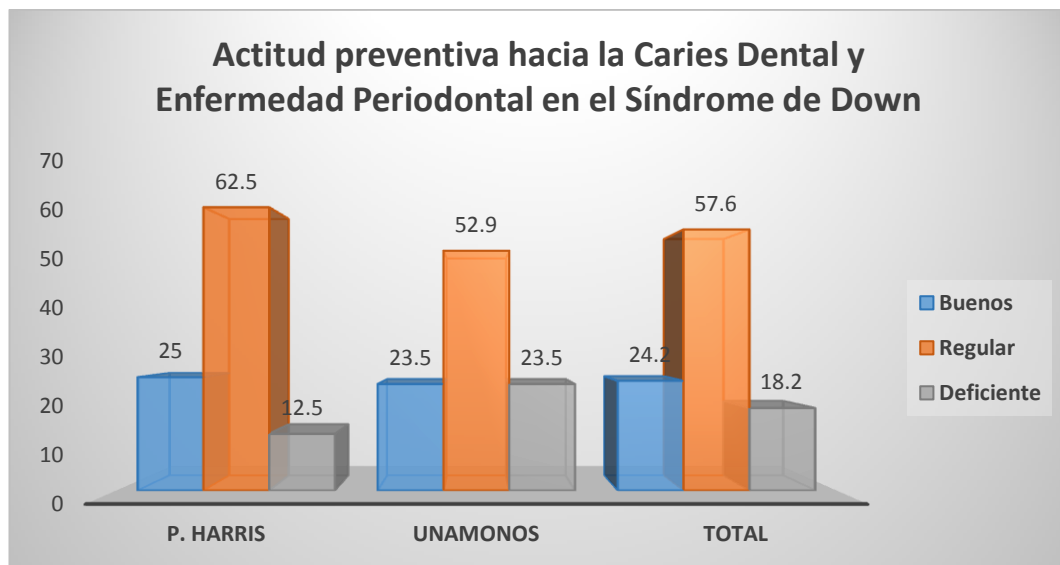
Conocimientos	COLEGIOS					
	P.HARRIS		UNAMONOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL:	16	100.0	17	100.0	33	100.0
Muy buenos	0	0	0	0	0	0
Buenos	4	25.0	4	23.5	8	24.2
Regular	10	62.5	9	52.9	19	57.6
Deficiente	2	12.5	4	23.5	6	18.2

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que del total de docentes, el 57.6% demostró regular actitud preventiva para la Caries Dental y Enfermedad Periodontal en el Síndrome de Down, el 24.2% buenas actitudes y el 18.2% deficientes.

Gráfico N°4

**ACTITUD PREVENTIVA HACIA LA CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD
PERIODONTAL EN EL SINDROME DE DOWN**



Fuente: Matriz de datos

Tabla N°5

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES
DENTAL Y ENFERMEDAD PERIDONTAL CON LA ACTITUD
PREVENTIVA DE LOS DOCENTES FRENTE A ESTAS
ENFERMEDADES EN EL SÍNDROME DE DOWN**

Nivel	Conocimientos		Actitudes	
	Nº	%	Nº	%
TOTAL:	33	100.0	33	100.0
Muy buenos	0	0	0	0
Buenos	11	33.3	8	24.2
Regular	19	57.6	19	57.6
Deficiente	3	9.1	6	18.2

Coeficiente de Correlación: 0.5160

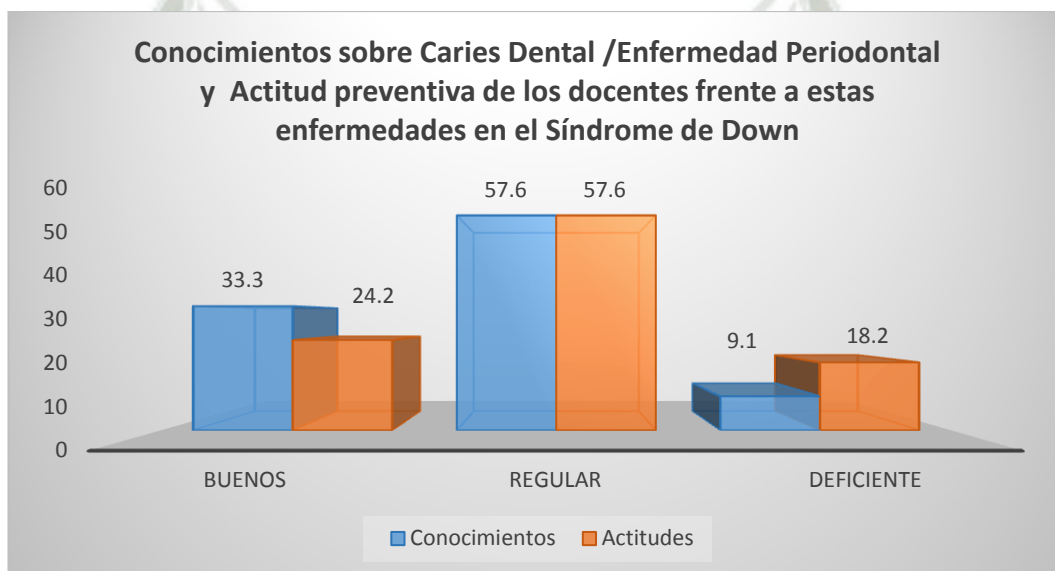
Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN: Podemos apreciar, que el 57.6% de docentes que mostraron conocimientos regulares y también mostraron actitudes en ese porcentaje. Por otro lado el 33.3% de docentes presento conocimientos buenos sin embargo, sólo el 24.2% mostró una actitud buena. Finalmente el 9.1% de docentes presentaron deficientes conocimientos y el 18.2% actitud deficiente.

Se encontró una relación de 0.5160 o 51.60% entre conocimientos y actitud, es decir, una relación moderada y positiva, que indica que a mayores conocimientos existen mejores actitudes.

Gráfico N°5

**RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES
DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL CON LA ACTITUD
PREVENTIVA DE LOS DOCENTES FRENTE A ESTAS
ENFERMEDADES EN EL SÍNDROME DE DOWN**



Fuente: Matriz de datos

DISCUSIÓN

Los resultados nos permiten afirmar en primer lugar, que el mayor porcentaje de los profesores de ambos colegios tiene más de 11 años de experiencia profesional, y que un gran porcentaje de ellos (57.6%) señala que recibió información sobre salud bucal en niños con Síndrome de Down.

En cuanto a los resultados del nivel de conocimientos de Caries Dental y Enfermedad Periodontal de los profesores, este es regular; encontrando una similitud con la investigación realizada en 2016 por Luna Cauna Y.⁵⁰, donde se señala que los resultados obtenidos para el nivel de conocimientos en salud bucal de profesores según sexo y edad son regulares.

La actitud es la facultad que tienen los seres humanos para actuar ante ciertas situaciones que se presentan en la vida; en esta investigación medimos las actitudes preventivas hacia la Caries Dental y Enfermedad Periodontal en el Síndrome de Down de los docentes de ambos CEBES mediante una escala de Lickert, que posteriormente fue convertida a la escala vigesimal, para mejores aplicaciones. Los resultados arrojaron que un 57.6% mostró actitud regular, y sólo un 24.2% buenas actitudes. Al realizar la relación de los conocimientos y la actitud, 57.6% de docentes

⁵⁰ Luna Cauna Yéssica. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales Puno, julio – setiembre 2016.

mostraron conocimientos regulares y también mostraron actitudes en ese porcentaje.

En el presente estudio se pudo evidenciar que, en líneas generales existe una asociación directa estadísticamente entre el nivel de conocimientos sobre Caries Dental y la Enfermedad Periodontal y la actitud preventiva de los docentes hacia las mismas en el Síndrome de Down, siendo que a mayores conocimientos mejores actitudes. Al considerar el factor del tiempo de ejercicio profesional de los docentes vemos que la mayoría (66.7%) ejercen la docencia más de 11 años y aun así los resultados demuestran que tanto su nivel de conocimiento como su actitud ante estas enfermedades es regular, lo que nos indica que no necesariamente un mayor tiempo de ejercicio de la docencia demuestra mayores conocimientos y actitudes.

Lamentablemente no se encontraron investigaciones que relacionen directamente el nivel de conocimientos y las actitudes del tema aquí investigado en docentes de Centros de Educación Básica Especial.

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal de los docentes de ambos Centros de Educación Básica Especial es regular.
2. La actitud preventiva que tienen los docentes de los dos CEBES hacia la Caries Dental y Enfermedad Periodontal en el Síndrome de Down es regular.
3. Existe una relación directa estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos sobre Caries Dental y Enfermedad Periodontal y la actitud frente a estas enfermedades en el Síndrome de Down por los docentes de los CEBES “Paul Harris” y “Asociación Unámonos”.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a la cátedra de Odontología Preventiva y Social de las Universidad Católica de Santa María coordinar con los Centros de Educación Básica Especial para que estos sean incluidos en su cronograma de visitas a los colegios, donde deben realizar charlas de Salud Oral y Prevención de Enfermedades Bucales tanto para padres como maestros y diseñar, implementar y evaluar juegos colectivos con componentes didácticos adaptados a los intereses y potencialidades de personas con síndrome de Down.
2. Proponer a la cátedra de Odontología Especial de la Universidad Católica de Santa María promover convenios con los directores de los CEBES, para que sus alumnos puedan ser atendidos en las instalaciones de la Clínica Odontológica.
3. Los programas de salud del estado deben asumir mayor interés por el cuidado y prevención de la Salud Oral de Niños con necesidades especiales, ya que al ser un grupo poblacional más vulnerable y que depende de sus cuidadores, no pueden autoasistirse y por ende son más propensos a sufrir enfermedades bucales que deterioran su estado de salud general.

4. Se recomienda realizar más estudios de investigación que incluyan a los docentes de los CEBES de la ciudad de Arequipa y que evalúen el nivel de conocimientos y las actitudes que tienen de las enfermedades bucales más frecuentes como son la caries dental y la enfermedad periodontal para complementar la información respecto a su participación en la prevención de las mismas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bascones Martines, Antonio. "Tratado de Odontología Tomo III". 2da edición. Madrid, España. 1998.
2. Boj Juan R. Catala Monserrat. "Odontopediatría". 1ra edición. Barcelona, España. 2005.
3. Chimeos, Eduardo. "Diccionario de Odontológico Mosby". 1ra edición. Barcelona, España. 2013.
4. Clifford M. Sturdevant. "Operatoria Dental". 3ra edición. Madrid, España. 1996.
5. Cuenca Sala, Manau Navarro, Serra Majem, "Odontología Preventiva y Comunitaria". 2da edición. Barcelona, España. 2002.
6. Harris, Norman O, García-Godoy, Franklin. "Odontología preventiva primaria". 2da edición. México. 2005.
7. Lindhe Jan. "Periodontología Clínica e Implantología Odontológica". 3era edición. Madrid, España. 2000.
8. Morales Martínez, Guadalupe. "El Síndrome de Down y sum undo emocional". 1ra edición. México. 2006.
9. Ortega Támez, Luis Carlos. "Síndrome de Down: guía para padres, maestros y médicos". 1ra edición. México. 1997.

10. Rioboo García, Rafael. “Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria”. 1ra edición. Madrid, España. 2002.
11. Salazar Quispe, Fredy. “Caries Dental”. 1ra edición. Arequipa, Perú. 2010.
12. Vásquez Huerta, Elsa. “Salud bucal y nutrición”. 1ra edición. Arequipa, Perú. 2015.



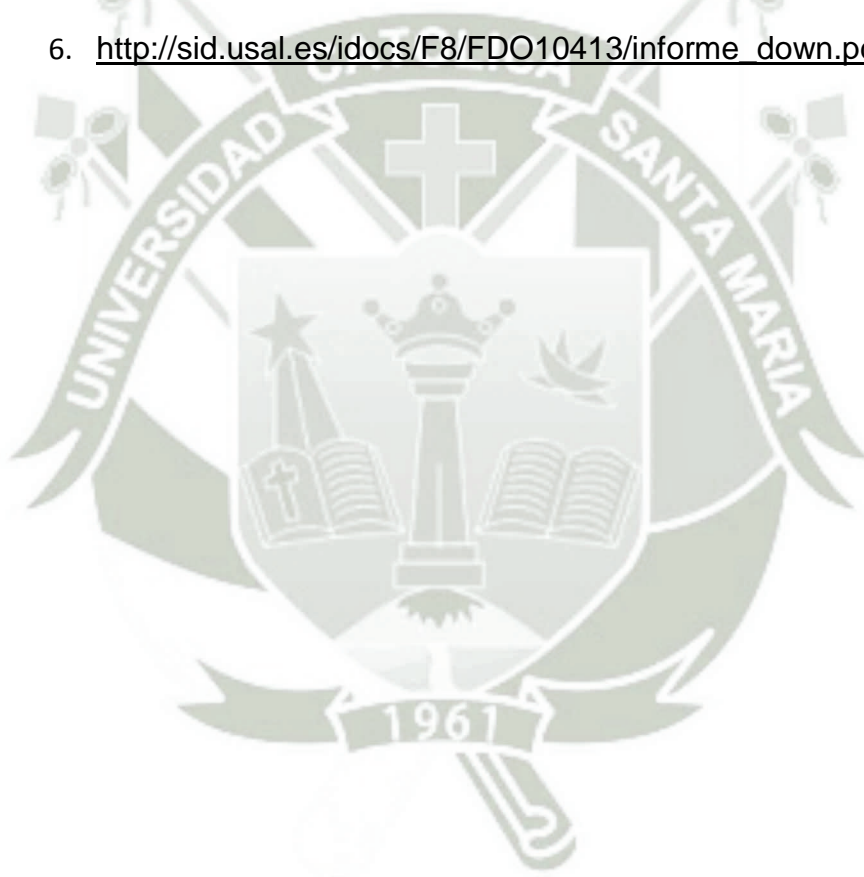
HEMEROGRAFIA

1. Amaia Arregi Martinez. Síndrome de Down: Necesidades educativas y Desarrollo del lenguaje. Instituto Para el Desarrollo Curricular y la Formación del Profesorado, Gobierno Vasco. Mayo 1997.
2. Anticona Huaynate, Cynthia Fiorella. Nivel de Conocimiento y Actitud sobre Caries de la infancia Temprana de los Médicos Pediatras del Instituto Especializado de Salud del Niño. P.42. 2006.
3. Cabello, Doris. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. 2006.
4. Casamassimo P, Holt K, Guide for oral health risk assessment training. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003
5. Casals E. Revista RCOE. Volumen 10 Nro 4. Año 2005.
6. Culebras E. Silvestre-Ranjil J. Silvestre Donat F.J. Alteraciones odonto-estomatológicas en niños con Síndrome de Down. Revista Española de Odontopediatría. Volumen 68 Nro 6. Año 2012.
7. Demicheri A. Rubens, Batlle Alicia. La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down. 2011.

8. Díaz Rosas L, López Morales PM.Revisión de los aspectos inmunológicos de la enfermedad periodontal en pacientes pediátricos con síndrome de Down. Marzo, 2004.
9. E. Culebras Atienza, J. Silvestre-Rangil, F.J. Silvestre Donat. Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con síndrome de Down. 2012.
- 10.Holt K, Barzel R. A health professional's guide to pediatric oral health management. National Maternal and Child Oral Health Resource Center Georgetown University Washington, DC. 2003
- 11.Luna Cauna, Yéssica. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales puno, julio – setiembre 2016.
- 12.I.A. Moncunill. Estrategia mediadora para la promoción de salud bucal en niños y adolescentes con síndrome de Down. Junio, 2007.

INFORMATOGRAFÍA

1. <http://www.ecured.cu/Conocimiento>
2. <https://definicion.de/conocimiento>
3. <https://www.gestiopolis.com/conocimientos-intuitivo-religioso-empirico-filosofico-y-cientifico-definicion-caracteristicas-y-relevancia>
4. <https://www.definicionabc.com/general/actitud.php>
5. <http://www.mastiposde.com/actitudes.html>
6. http://sid.usal.es/idoocs/F8/FDO10413/informe_down.pdf







CUESTIONARIO

El presente Cuestionario es **ANÓNIMO**. Los resultados obtenidos a través de éste, serán utilizados para desarrollar un trabajo de investigación sobre los conocimientos acerca de Caries dental y Enfermedad Periodontal y la actitud hacia estas enfermedades en el Síndrome de Down por los docentes de los CEBES “Asociación Unámonos” y “Paul Harris”. Agradeceré mucho su colaboración al contestar las preguntas de manera objetiva y veraz.

INSTRUCCIONES: *Marcar con un aspa la respuesta correcta.*

PRIMERA PARTE:

1. *Tiempo de ejercicio Profesional:*
 - a) De 0 a 5 años
 - b) De 6 a 10 años
 - c) De 11 a más
2. *En los últimos 05 años. ¿Recibió información acerca de Caries dental y Enfermedad Periodontal?*
 - a) Si
 - b) No
 - c) No recuerdo
 - d) Si pero fue hace más de 5 años
3. *¿En dónde recibió esa información?*
 - a) Cursos de actualización
 - b) Revistas Científicas
 - c) Libros
 - d) Artículos en internet
 - e) Otros (Información de internet, consulta con el odontólogo o médico, terceras personas.

SEGUNDA PARTE:

1. **¿Cuáles son los factores de riesgo en la aparición de la Caries Dental?**
 - a) Anatomía, posición de los dientes, anomalías dentarias propias del SD.
 - b) Falta de limpieza bucal de la persona con SD y la no aplicación de flúor.
 - c) El consumo exagerado de carbohidratos, especialmente azúcar.
 - d) Todos están asociados.
 - e) a y b son correctas.
2. **El agente causal de la caries dental, el *Streptococo mutans* es:**
 - a) Originario de la cavidad bucal,
 - b) Es adquirido después del nacimiento.
 - c) Transmitido por la flora microbiana del entorno familiar.
 - d) Todas son correctas.
 - e) Ninguna es correcta.
3. **Señala las medidas preventivas recomendadas para la prevención de caries dental y enfermedad periodontal en personas con SD**
 - a) Higiene bucal diaria realizada por adulto entrenado hasta que adquiera motricidad suficiente.
 - b) Cepillado diario con uso de cepillos eléctricos.
 - c) Colutorios antimicrobianos con frecuencia.
 - d) Aplicación de sellantes de puntos y fisuras y sellado de cavidades abiertas.
 - e) Todas son recomendadas.
4. **¿Cuáles son los elementos básicos que neutralizan la placa bacteriana o Biofilm?**
 - a) Cepillado dental con pastas que contengan flúor.
 - b) La disminución de la dieta rica en carbohidratos que evite la proliferación microbiana.
 - c) La aplicación de fluoruros por el odontólogo para remineralizar cavidades abiertas
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Sólo a y b son correctas.

5. **Qué es la enfermedad periodontal?**
 - a) Es una enfermedad que afecta a las encías y destruye las estructuras de soporte de los dientes.
 - b) Es un sangrado leve al cepillado.
 - c) Es una enfermedad que produce la deformación de los dientes.
 - d) Es el dolor agudo al comer.
 - e) b y c son correctas
- 6.- **¿Cuál es las causa de la enfermedad periodontal?**
 - a) Bacterias orales organizadas en la placa dental o biofilm.
 - b) No cepillarse diariamente los dientes
 - c) No usar hilo dental ni colutorios antibacterianos.
 - d) Es una característica propia del Síndrome de Down.
7. **¿Cuáles son los signos que se puede reconocer en la enfermedad periodontal?**
 - a) Encías de color rojo acentuado, consistencia esponjosa, edema.
 - b) Tendencia al sangrado espontáneo durante el cepillado y mal aliento.
 - c) Dolor cuando se consumen alimentos ácidos o bebidas frías.
 - d) a y b son correctas
 - e) Todas son correctas.
8. **La caries dental de personas con SD puede controlarse mediante las siguientes medidas:**
 - a) Cepillado diario usando cepillo adecuado, técnica apropiada y pastas que contenga flúor.
 - b) Control de consumo de carbohidratos y utilización de fluoruros.
 - c) Limpieza y obturación de cavidades expuestas y aplicación de sellantes.
 - d) Requieren de evaluación del riesgo de caries para utilizarlas.
 - e) Todas son medidas apropiadas.
9. **La Halitosis es:**
 - a) Un problema asociado a mala higiene bucal
 - b) Un problema asociado a enfermedades de la cavidad bucal.
 - c) Un problema provocado por la putrefacción de microorganismos.
 - d) a, b y c son aceptadas.
 - e) Es propio de las personas con Síndrome de Down.
10. **¿Cómo afecta la caries y la enfermedad periodontal en el estado general de los individuos con SD?**
 - a) Los afecta en gran medida.
 - b) Solo afecta a sus dientes.
 - c) No tiene nada que ver con su salud.
 - d) b y c son las correctas.
 - e) Ninguna de las anteriores.

TERCERA PARTE:

Lea cada frase enunciada en el recuadro y marque una de las alternativas planteadas:

TA: Totalmente de acuerdo A: De acuerdo I: Indiferente

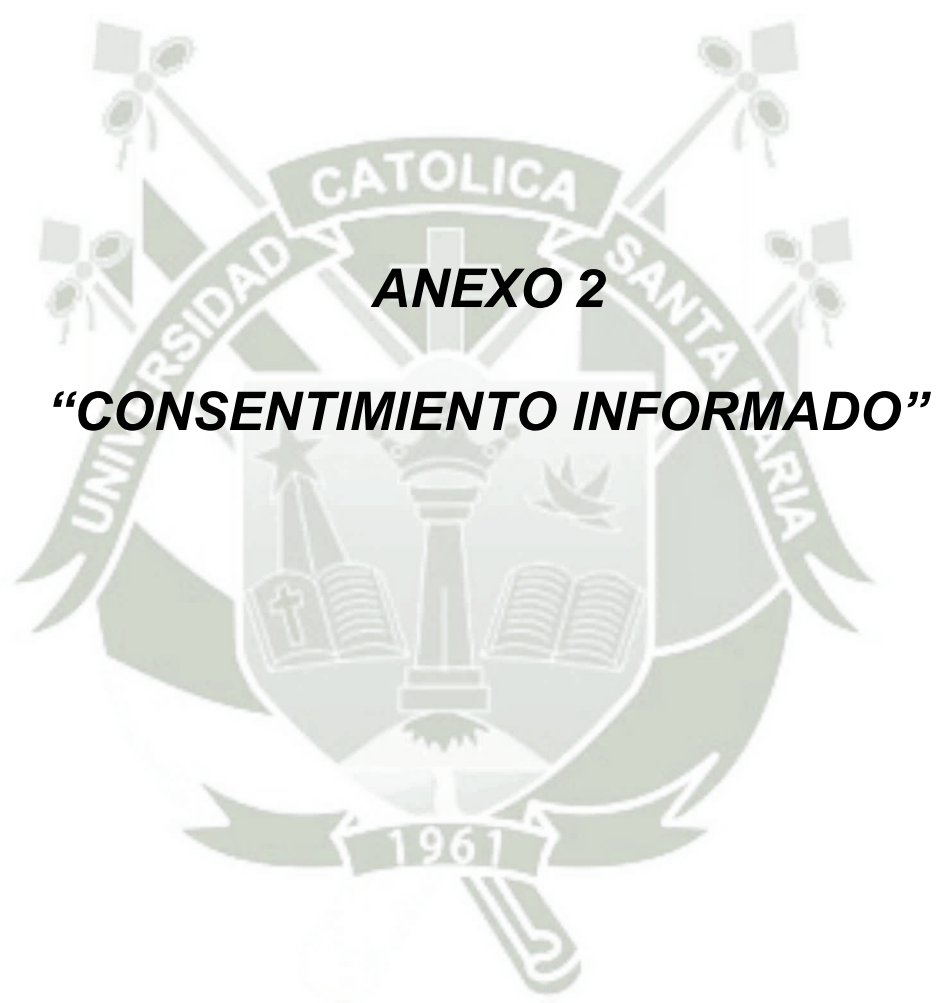
D: En desacuerdo TD: Totalmente en desacuerdo

	TA	A	I	D	TD
1. Al ser la Caries Dental una enfermedad presente en personas con SD, el docente debe participar en su detección y manejo preventivo.					
2. Los docentes de los CEBES deben dar información y consejos tanto de caries dental como de enfermedad periodontal a padres de personas con SD.					
3. El estado de salud bucal en el Síndrome de Down no afecta en gran medida el estado de salud general.					

4. El docente debe conocer las medidas preventivas para caries dental y enfermedad periodontal.				
5. El docente debe enseñar y practicar medidas de higiene oral en el salón de clase en personas con SD.				
6. El docente debe ser el profesional que indique a los padres medidas preventivas para evitar estas enfermedades orales.				
7. El docente no recibe capacitación sobre salud oral, por lo tanto no puede contribuir a la prevención de enfermedades bucales.				
8. No considero necesario que los docentes de educación especial conozcan participen en la prevención de enfermedades orales.				
9. Los Programas de Prevención y Detección precoz deben incluir temas de salud oral en relación al SD.				
10. La caries dental y la enfermedad periodontal en el Síndrome de Down deben ser incluidas en políticas de Salud del Niño y del Adolescente.				

Muy agradecido por su colaboración





CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado docente del CEBE “Asociación Unámonos” - “Paul Harris”

Soy bachiller del programa profesional de Odontología de la Universidad Católica de Santa María y estoy llevando a cabo un estudio de investigación titulado **“RELACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CARIES DENTAL Y ENFERMEDAD PERIODONTAL, CON LA ACTITUD HACIA ESTAS ENFERMEDADES EN EL SÍNDROME DE DOWN, POR LOS DOCENTES DE LOS CEBES “ASOCIACIÓN UNÁMONOS” Y “PAUL HARRIS”. AREQUIPA 2017”**, para la obtención de mi Título Profesional de Cirujano Dentista.

Este estudio consiste en llenar un cuestionario dividido en tres partes, la primera parte consta de 3 preguntas sobre datos personales, la segunda parte con 10 preguntas es exclusivamente sobre conocimientos acerca de Caries Dental, Enfermedad Periodontal y Medidas de Prevención de ambos, y la tercera y última parte que tiene 10 preguntas acerca del rol de los docentes frente a estas enfermedades en personas con Síndrome de Down. Le tomará contestarlo aproximadamente 15 minutos. El proceso será estrictamente confidencial y su nombre no será utilizado.

El estudio no conlleva ningún riesgo ni presenta ningún beneficio. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, puede comunicarme todas sus dudas que con gusto resolveré.

YO _____ CON DNI
_____, DECLARO HABER SIDO INFORMADO
CLARAMENTE DE LA REALIZACION DEL CITADO ESTUDIO Y
AUTORIZO MI PARTICIPACION EN ESTA INVESTIGACION.

FIRMA DEL DOCENTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

Arequipa / / 2017



Orden	COLEGIO	Ejerc. Prof	Tiempo	Donde Recibio	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C 10	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10
4	Unamon	b	b		2	2	2	2	0	0	0	2	0	2	3	3	0	4	4	3	0	0	4	3
9	Unamon	a	b		0	2	0	2	0	0	0	2	2	2	3	1	3	0	1	2	0	1	4	1
15	P.Harris	c	d	d	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	1	3	1	2	3	1	1	3	2	2
11	Unamon	a	b		2	2	2	2	2	0	0	2	0	0	3	3	0	4	4	3	0	0	4	3
13	P.Harris	c	a	e	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	1	1	3	3	3	1	1	1	3	3
14	P.Harris	c	a	e	2	2	2	2	2	0	0	2	0	2	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3
1	P.Harris	a	b		0	2	2	2	0	2	2	0	0	2	3	3	0	3	3	1	2	1	2	2
2	Unamon	c	a	e	0	2	2	0	0	2	2	2	0	2	4	4	0	4	4	4	0	0	4	4
3	P.Harris	a	b		2	2	2	2	2	0	0	0	2	0	4	4	0	3	4	3	1	1	3	3
12	Unamon	c	b		0	2	2	2	2	2	0	2	0	0	3	3	1	4	4	0	2	2	3	4
8	Unamon	a	b		2	0	2	2	2	2	0	2	0	2	3	3	1	3	3	1	3	1	3	3
8	P.Harris	c	a	d	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	4	3	2	4	4	3	2	3	3	3
6	P.Harris	a	b		2	2	2	2	0	2	0	2	2	0	4	3	2	4	4	3	2	3	3	3
7	P.Harris	b	b		2	2	2	2	0	2	0	2	2	2	4	3	2	4	4	3	2	3	3	3
11	P.Harris	a	b		2	2	2	2	0	2	0	2	2	0	4	4	1	4	4	4	1	1	4	4
6	Unamon	c	a	e	2	2	2	2	2	2	0	2	0	0	3	3	1	4	0	3	0	0	4	4
3	Unamon	c	a	e	2	2	0	0	2	2	0	0	2	2	3	3	1	1	3	1	1	3	3	3
12	P.Harris	a	a	d	0	2	2	0	2	2	0	0	2	0	2	1	1	1	2	2	2	0	2	4
10	P.Harris	b	b		0	0	2	0	2	2	0	2	2	0	4	3	1	3	4	0	1	1	4	4
16	P.Harris	c	d	e	0	2	2	0	2	0	2	2	2	0	4	3	3	3	3	1	3	1	3	3
9	P.Harris	c	a	d	2	0	2	0	2	2	0	2	2	0	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3
14	Unamon	c	b		2	0	2	0	0	2	2	2	2	0	3	3	3	3	3	3	3	0	3	4
15	Unamon	c	b		2	0	2	0	0	2	2	2	2	0	3	3	4	3	3	1	4	1	3	3

16	Unamon	c	a	e	2	2	2	2	2	2	0	0	2	2	4	3	1	4	4	3	1	1	4	4
5	Unamon	c	a	d	2	2	2	2	2	2	0	0	2	0	3	3	4	3	3	3	3	1	3	3
10	Unamon	c	a	e	0	0	2	2	2	0	2	2	2	2	3	4	1	3	4	2	4	0	4	4
1	Unamon	c	a	e	0	2	2	2	2	2	0	2	2	0	3	1	0	4	4	1	1	0	4	3
17	Unamon	c	a	b	2	0	2	2	2	2	0	2	2	0	3	3	1	3	3	1	1	1	3	3
13	Unamon	c	a	e	2	0	2	2	2	2	2	2	0	0	3	1	3	3	3	1	4	3	4	4
7	Unamon	c	b		0	2	0	0	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	3	1	1	1	3	3
4	P.Harris	c	a	e	2	0	2	0	2	2	2	2	2	0	4	1	0	3	3	4	1	0	4	4
5	P.Harris	c	a	e	2	0	2	0	2	2	2	2	2	0	4	3	0	3	3	4	1	0	4	4
2	P.Harris	c	a	e	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	0	1	3	1	3	1	3	3

