

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



**EFICACIA DE LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA Y DE LA CHARLA
MAGISTRAL EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE
ORAL EN PADRES DE FAMILIA, Y EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL
DE O'LEARY EN SUS HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN, AUTISMO Y
RETARDO MENTAL DEL C.E.B.E. "NUESTRA SEÑORA DE LA
CANDELARIA" AREQUIPA 2015**

Tesis presentada por la Bachiller:

STEPHANIE BERMEJO VELGARA

Para optar el Título Profesional de

CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA – PERÚ

2015



Dedico mi tesis a mis padres que me apoyaron en todo momento y circunstancias y a mis hermanas Elsa y Jeymi, que estuvieron conmigo en todo el proceso. Así mismo también a mis compañeras que estuvieron motivándome en todo el trayecto del camino, de la elaboración de mi tesis gracias a todos ellos.



“El éxito en la vida no se mide por lo que logras, sino por los obstáculos que superas”.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	11

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. Determinación del Problema.....	14
1.2. Enunciado del Problema	15
1.3. Descripción del Problema	15
1.3.1. Área del conocimiento	15
1.3.2. Operacionalización de variables.....	16
1.3.3. Interrogantes básicas	16
1.3.4. Taxonomía de la investigación	17
1.4. Justificación	17
2. OBJETIVOS.....	18
3. MARCO TEÓRICO	19
3.1. Conceptos Básicos	19
3.1.1. Definición de enseñanza multimedia.....	19
3.1.1.1. El multimedia educativo	19
3.1.1.2. Sistemas audiovisuales.....	21
3.1.2. Definición de clase magistral	22
3.1.3. Cepillado.....	24
3.1.3.1. Técnicas de cepillado	25
3.1.3.2. Duración del cepillado	27
3.1.3.3. Frecuencia del cepillado.....	28
3.1.4. Cepillos dentales.....	29
3.1.4.1. Tipos de cepillos	30

3.1.5. Elementos auxiliares	31
3.1.5.1. Pasta dental	31
3.1.5.2. Hilo dental	33
3.1.5.3. Colutorios	34
3.1.6. Dieta	35
3.1.6.1. Influencia de la dieta en el medio oral	35
3.1.6.2. Tipo y consistencia.....	36
3.1.7. Definición de retardo mental según DSM.IV	36
3.1.8. Síndrome de Down	38
3.1.8.1. Definición	38
3.1.8.2. Características	38
3.1.9. Autismo	41
3.1.10. Índice de higiene oral según o Learly	43
3.1.10.1 Placa Bacteriana	44
3.1.10.2. Protocolo para el revelado	46
3.1.10.3. Biofilm	47
3.1.10.4. Protocolo de revelado de la placa bacteriana	47
3.2. Revisión de Antecedentes Investigativos	49
4. HIPÓTESIS.....	52

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN ...	54
1.1. Técnica	54
1.2. Instrumentos	58
1.3. Materiales	58
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	59
2.1. Ubicación Espacial	59
2.2. Ubicación Temporal	59
2.3. Unidades de Estudio	59

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	61
3.1. Organización	61
3.2. Recursos	61
a. Recursos Humanos	61
b. Recursos Físicos	62
c. Recursos Económicos	62
3.3. Prueba piloto.....	62
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	62
4.1. Plan de procesamiento de los datos	61
4.2. Plan de análisis de datos	63
 CAPÍTULO III: RESULTADOS	
* PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	65
* DISCUSIÓN.....	97
* CONCLUSIONES.....	99
* RECOMENDACIONES	100
BIBLIOGRAFÍA.....	101
HEMEROGRAFÍA.....	103
 ANEXOS	
• Anexo N° 1: Modelo de formulario	105
• Anexo N° 2: Matrices de sistematización.....	110
• Anexo N° 3: Constancia de investigación	115
• Anexo N° 4: Consentimiento informado.....	117

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto determinar la eficacia de la enseñanza multimedia y de la charla magistral en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria".

Se trata de una investigación experimental, prospectiva, longitudinal, comparativa de campo de nivel explicativo. Por tal motivo se conformó un universo, representado por 50 alumnos del C.E.B.E. "Nuestras Señora de la Candelaria" a los que se les mide el índice de higiene oral de O'Leary y 50 padres de familia del mismo centro educativo a los se les aplico un formulario de preguntas para recoger información de las variables establecidas en dicha investigación. Dicho universo fue dividido en dos grupos de 25 respectivamente para realizar dicha comparación.

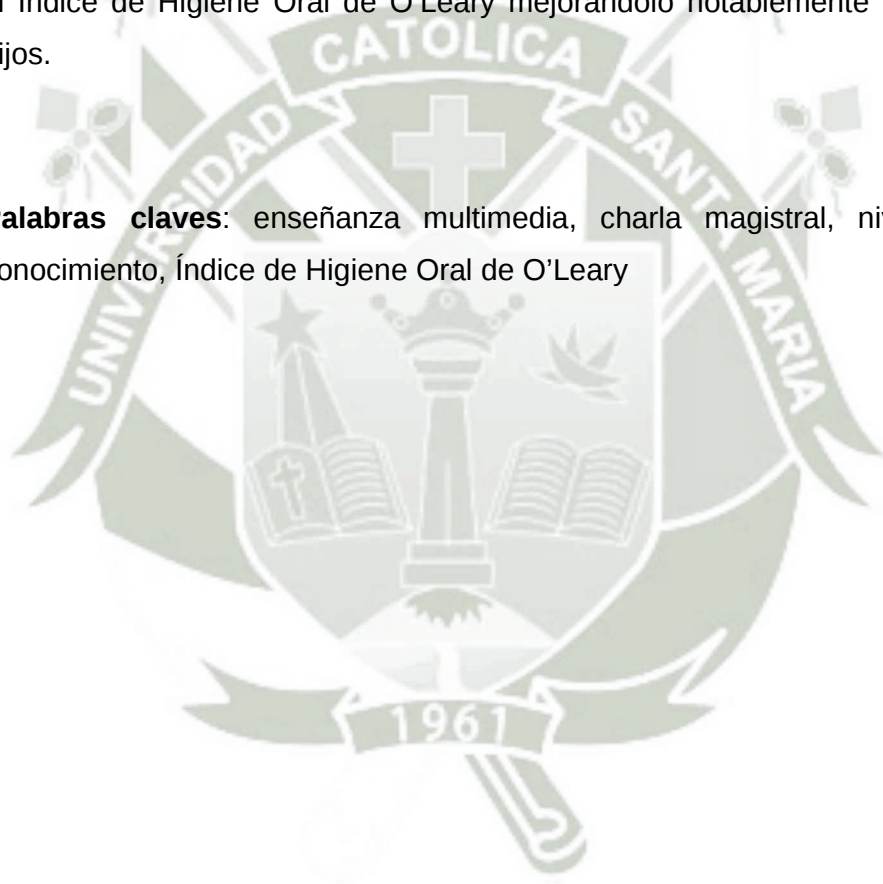
En los resultados obtenidos se pudo apreciar que ambos grupos de padres de familia empezaron en las mismas condiciones. Antes de realizar la intervención con enseñanza multimedia un 100.0% de los padres presentaron un nivel de conocimiento bajo, demostrando que después de la intervención un 64.0% tienen un nivel de conocimiento bueno. Cuando se realizó la intervención con la charla magistral un 100.0% de los padres mostraron un nivel bajo, demostrando que después de la intervención un 60.0% tenían un nivel de conocimiento regular.

El grupo de niños, cuyos padres fueron sometidos a la enseñanza multimedia, mostraron en un principio un 100.0% un Índice de Higiene Oral de O'Leary deficiente, en tanto después de la intervención el 52.0%

mostraron un Índice de Higiene Oral de O'Leary cuestionable. Mientras que en el grupo de la charla magistral el grupo de niños, cuyos padres fueron sometidos a dicha intervención, mostraron en un principio en un 100.0% un Índice de Higiene Oral de O'Leary deficiente, y después de la intervención un 96.0% presentaban un Índice de Higiene Oral de O'Leary deficiente.

Después de los resultados obtenidos se afirma que el grupo sometido a la enseñanza multimedia obtuvo mayor nivel de conocimiento que el de la charla magistral y que dichos conocimientos influenciaron notoriamente en el Índice de Higiene Oral de O'Leary mejorándolo notablemente en sus hijos.

Palabras claves: enseñanza multimedia, charla magistral, nivel de conocimiento, Índice de Higiene Oral de O'Leary



ABSTRACT

This research aims to determine the effectiveness of multimedia teaching and the keynote lecture at the level of knowledge about Oral Hygiene parents, and the Oral Hygiene Index O'Leary in children with Down syndrome, autism and mental retardation CEBE "Nuestra Señora de la Candelaria".

It is a, prospective, longitudinal, comparative field of experimental research explanatory level. Therefore a universe represented by 50 students was formed CEBE "Our Lady of Candelaria" that they are measuring the rate of oral hygiene O'Leary and 50 parents from the same school were I apply a form of questions to gather information from the variables set in that investigation . This universe was divided into two groups of 25 respectively for the comparison.

In the results it was observed that both sets of parents began under the same conditions. Before performing the procedure with multimedia teaching 100.0% of parents they had a low level of knowledge, demonstrating that after the intervention 64.0% have a good level of knowledge. When the keynote speech was made 100.0% of parents showed a low level, showing that after surgery 60.0% had a regular level knowledge.

The group of children, whose parents were subjected to multimedia teaching, showed at first an Index 100.0% poor oral hygiene O'Leary, while postoperatively showed 52.0% Oral Hygiene Index O ' Leary questionable. While in the group of keynote the group of children, whose parents were subjected to such intervention, initially showed a 100.0% one index O'Leary poor oral hygiene, and after the intervention a 96.0% presented an Index of poor oral hygiene O'Leary.

After the results obtained to assert that the group subjected to the multimedia teaching scored higher level of knowledge than the keynote and that such knowledge influenced dramatically in the Oral Hygiene Index O'Leary improving it significantly in their children.

Keywords: multimedia teaching, keynote, level of knowledge, hygiene index O'Learly.



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que unos 600 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad. El 80% de ellas vive en países de bajos ingresos, la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación. Según esta organización, los estados deben asegurar la prestación de atención médica y servicios de rehabilitación a las personas con discapacidad, para que estas logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.

Según datos de la OMS, dos terceras partes de la población con discapacidad no reciben atención buco dental alguna y aunque los porcentajes estimados de la población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación buco dental.

En diciembre del año 2005 la OMS (Organización Mundial de la Salud), informó que en el Perú existe un aproximado de 2.5 millones de personas con alguna discapacidad, el mismo informe dio como resultado que sólo 27.000 personas tienen cobertura educativa y que no existe oficialmente programas preventivos en salud oral en el Perú.

A pesar de estos datos en los últimos años han existido profesionales de la salud y especialmente odontólogos que se han preocupado por demostrar al estado peruano la necesidad de instaurar un programa preventivo en el Perú que abarque un sistema integrado entre las personas con discapacidad y la sociedad que los rodea. Para tal efecto se han desarrollado investigaciones muy importantes sobre la influencia que tiene la salud oral de estas personas sobre su salud general, sin embargo los esfuerzos realizados han aportado muy poco para las personas con discapacidad que pertenecen al estrato socio económico bajo o de

extrema pobreza, siendo estos los más necesitados en la instalación de programas preventivos estatales que abarque una cobertura total y gratuita de su salud bucal.

Son pocas las investigaciones realizadas en este estrato social y muy poca la ayuda conseguida ya que estos programas resultan de costo elevado para la población y para la capacitación del personal encargado de llevar a término la realización del programa preventivo.

La presente investigación propone una solución alternativa en base a la dependencia que se genera entre las personas con habilidades diferentes y sus respectivos padres o tutores.

Por lo antes expresado, se realizó esta investigación con el objetivo de saber cuál es la eficacia de la enseñanza multimedia y de la charla magistral para medir el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con retardo mental, Síndrome de Down y autismo del C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria".

La tesis consta de tres capítulos. En el Capítulo I, denominado Planteamiento Teórico se aborda el problema, los objetivos, el marco teórico y la hipótesis.

En el Capítulo II, se aborda el Planteamiento Operacional, que consiste en las técnicas, instrumentos y materiales, así como el campo de verificación, las estrategias de recolección y manejo de resultados.

En el Capítulo III, se presentan los Resultados de la Investigación que involucran el Procesamiento y el Análisis Estadístico, es decir las tablas, gráficas e interpretaciones, así como la Discusión, las Conclusiones y Recomendaciones.

Finalmente se incluye la Bibliografía, la Hemerografía, la Informatografía, y los Anexos correspondientes.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I.- PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

En nuestra sociedad existe una gran variedad de tipos de enseñanza ya sean de manera multimedia así como también se dan clases magistrales, se debe de tener en cuenta que una es más óptima que otra para ello se hará una investigación, para determinar cuál es el medio de enseñanza más efectivo que se pueden aplicar a los padres de familia con hijos que tuviesen Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

Si nos basamos en las familias de nuestro entorno nos daremos cuenta que muchas de ellas tiene como integrantes, niños con Síndrome de Down, autismo y retardo mental, cualquiera fuese el caso debemos de tener presente que ellos de alguna manera u otra van a depender de otra persona ya sea algún familiar cercano y en otros casos algún apoderado. Muchas veces por la falta de conocimientos sobre Higiene Oral por parte de los familiares, perjudica notablemente a estos niños, ya que si no se les enseña de una manera adecuada los cuidados dentales, pueden llegar a tener problemas muy graves. Esto suele suceder por dejadez por parte de los padres de familia en la mayoría de los casos, por no mostrar interés en el tipo de cepillo dental que deben usar, en la técnica de cepillado dental que es adecuada para cada uno de ellos, en los complementos dentales como son el hilo dental y los enjuagatorios bucales que debe ser de uso alternativo dependiendo del caso. También se debe de tener en cuenta, que en la presente investigación la dieta forma parte de la

conformación de la placa dental alterando de diferentes maneras los rangos regidos por O'Leary.

Es preciso demostrar cual es la mejor manera de enseñar a los padres de familia y que tan eficaz es dicha enseñanza para así poder medir el nivel de conocimiento que posean los padres de familia referente a la higiene bucal y como es que aplican sus conocimientos en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

1.2. Enunciado del Problema

“Eficacia de la enseñanza multimedia y de la clase magistral en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en Índice de Higiene oral de O' Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. “Nuestra Señora de la Candelaria” Arequipa 2015”

1.3. Descripción del Problema

1.3.1. Área del conocimiento

- a. Área General** : Ciencias de la Salud
- b. Área Específica** : Odontología
- c. Especialidad** : Preventiva

1.3.2. Operacionalización de Variables:

VARIABLE		INDICADORES	SUBINDICADORES	SUBINDICADORES DE SEGUNDO ORDEN
VE ₁	Enseñanza Multimedia			
VE ₂	Clase magistral			
VR ₁	Nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia	Cepillado	Técnica	Excelente
			Duración	
			Frecuencia	
		Cepillo	Características	Bueno
		Elementos auxiliares	Pasta dental	Regular
			Hilo dental	
		Dieta	Colutorios	Malo
			Tipo	
VR ₂	Índice de Higiene Oral de O'Leary en niños con Síndrome de Down, autismo y retardo mental	Aceptable		
		Cuestionable		
		Deficiente		

1.3.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál será la eficacia de la enseñanza multimedia en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria" Arequipa 2015?
- ¿Cuál será la eficacia de la clase magistral en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria" Arequipa 2015?

- c. ¿Qué medio de enseñanza de los antes mencionados es más eficaz en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria" Arequipa 2015

1.3.4. Taxonomía de la investigación

ABORDAJE	TIPO DE ESTUDIO					DISEÑO	NIVEL
	Por la técnica de recolección	Por el tipo de dato	Por el nº de mediciones de la variable	Por el nº de muestras o poblaciones	Por el ámbito de recolección		
Quantitativo	Experimental	Prospectivo	Longitudinal	Comparativo	De campo	Cuasi experimental	Explicativo

1.4. Justificación

1.4.1. Originalidad

La problemática planteada se justifica de ser investigada por su originalidad parcial, ya que no se han realizado investigaciones similares en las que se puedan comparar dos tipos de enseñanzas para medir el conocimiento de padre de familia y su influencia en la Higiene Oral de niños con Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

1.4.2. Relevancia

La relevancia práctica estará dada al comparar los niveles de conocimientos que presentan dos tipos de enseñanza sobre Higiene Oral en padres de familia, y el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental que presentan cada uno de ellos.

1.4.3. Factibilidad

La investigación es factible porque cuenta con los recursos, materiales, metodología, conocimientos sobre el tema, tiempo e interés del investigador de llegar a su culminación.

1.4.4. Otras razones

Se considera que en la actualidad hay más información y estudios acerca del tema planteado. Esta investigación contribuirá a la constante formación de los padres de familia en el aspecto de investigación y amplitud de conocimiento y su aplicación para brindar una mejor educación bucal a sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

2. OBJETIVOS

- 2.1 Analizar la eficacia de la enseñanza multimedia en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria" Arequipa 2015
- 2.2 Analizar la eficacia de la clase magistral en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria" Arequipa 2015
- 2.3 Determinar qué medio de enseñanza de los antes mencionados es más eficaz en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria" Arequipa 2015

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos Básicos

3.1.1. Definición de enseñanza multimedia

Multimedia no es una palabra moderna. Es un tipo de enseñanza basada en la cooperación, aunque no fuese integrada, de muchos medios distintos, tales como la voz, música, imágenes y animaciones, mediante diversos dispositivos separados de audio y video.

El concepto de enseñanza multimedia incluía también prácticas de laboratorios hechos con computadoras y enseñanza de algunos temas con computadora, además de la clase tradicional. A todo esto mezclado, aunque no integrado, se le llamaba enseñanza multimedia, es decir, enseñanza con muchos medios o soportes diferentes.¹

El concepto de enseñanza se define no solamente desde distintas perspectivas por su condición histórica, sino teniendo en cuenta otros criterios.²

3.1.1.1. El multimedia educativo

Cuando hablamos de multimedia nos referimos a un soporte de comunicación en el que aparecen integradas, coherentemente, diferentes formas de expresión que, por sí solas, constituyen un sistema completo de comunicación y donde la información llega al usuario en tiempo real y bajo demanda de éste. Los componentes que intervienen en un sistema multimedia son: datos, texto, con todas sus posibilidades expresivas y representativas, sonido, con todas sus dimensiones y componentes, fotografía, ilustraciones, imagen de síntesis, ya sean fijas o con animaciones y vídeo.³ Todo ello dentro de un sistema informático que

¹ORTEGA CANTERO, Manuel. *Enseñanza multimedial*. Pag. 18

²ESTEBARANZ GARCÍA, Araceli. *Didáctica e innovación curricular*. Pag. 81

³GONZALES ORNELAS, Virginia. *Estrategias de enseñanza y aprendizaje*. Pag. 17

permite combinar los recursos de forma armónica y transparente, a través de interfaces de usuario y bajo demanda de éste. Incluye, además, la posibilidad de emitir un diagnóstico o evaluación de los aprendizajes obtenidos.

Dentro de la Instrucción Cognitiva, los sistemas multimedia, ofrecen una serie de funciones entre las que podemos destacar las siguientes:

- Posibilitan el aprendizaje significativo al favorecer la creatividad, poniendo a prueba sus progresos en el proceso de aprendizaje.
- Atienden a los distintos ritmos de construcción del conocimiento, ya que los sistemas multimedia se adaptan al ritmo de aprendizaje de los alumnos y a sus limitaciones: físicas, psíquicas y espacio-temporales. Funcionan como fuente de información.
- Motivan el aprendizaje en un entorno atractivo.
- Proporcionan retornos al estudiante que le permitan controlar sus métodos y ritmos de aprendizaje.
- Posibilitan la realización de experiencias mediante simulaciones y modelos.

Estos componentes expresivos y su facilidad para el acceso a la información, a través de su estructura hipertextual, le convierten en un excelente medio de enseña-aprendizaje. Es una herramienta desarrollada por el profesor que le permite transmitir un contenido completo a un alumno que permanece activo y participa en todo el proceso de aprendizaje. Dicho alumno recibe la información en el orden que desea, dentro de los itinerarios marcados por el programa, y termina con una evaluación del resultado de la sesión.⁴

⁴ http://www.ice.upm.es/wps/jlbr/Documentacion/Libros/SisteMul_05.pdf

3.1.1.2. Sistemas audiovisuales

Como ya hemos indicado, los Sistemas multimedia pueden incluir entre sus significantes todas las cualidades de los medios audiovisuales. La presencia de estos sistemas de comunicación, integrados como una parte más de la estructura del discurso multimedia, dota a éste de una extraordinaria capacidad de comunicación y gran riqueza expresiva. Cuando hablamos de un sistema multimedia nos referimos a todo lo que hemos expuesto sobre el tratamiento de la información escrita más la sonora y la audiovisual. Los apoyos sonoros, desde que apareció el ordenador multimedia, con sus correspondientes tarjetas de sonido y altavoces exteriores, es una dimensión más en el mundo de la informática.⁵

Pero el mensaje sonoro puede construir mensajes completos, tan complejos como nos parezca, ahí está la radio diariamente para demostrarlo, mediante: Palabras, con toda la plasticidad y capacidad de expresión que el lenguaje hablado posee. Desde una locución aséptica a una narración poética o una dramatización donde, además, puede estar presente un juego de voces con diferentes cualidades.

- La música, con toda la carga expresiva de carácter abstracto que posee el lenguaje musical. Puede hacer sublime lo vulgar o crear sensaciones que los textos escritos o las palabras son incapaces de promover.
- Efectos sonoros como elementos de acercamiento a la realidad o de manipulación intencionada de esa misma realidad.
- Silencio como recurso expresivo, cuando el resto de los elementos sonoros se tornan insuficientes para transmitir ciertas sensaciones.⁶

⁵CAGE, IN. *Teaching Methods*, O'lbíd. Pág. 38.

⁶http://www.ice.upm.es/wps/jlbr/Documentacion/Libros/SisteMul_05.pdf. Ob, cit.

3.1.2. Definición de clase magistral

La Clase Magistral, “Como método de enseñanza, nació con la misma universidad”, y que a través de la historia ha recibido muchas críticas debido a que es un modelo de enseñanza cuyo fin es transmitir unos conocimientos a un grupo masivo de alumnos que en forma pasiva escuchan y toman notas, es decir, la actividad principal está en la acción que desarrolla el docente, quien es el que despliega el mayor esfuerzo por hacer que los alumnos entiendan o comprendan un tema determinado; la receptividad le corresponde al alumno cuyo esfuerzo es tomar nota lo más clara y precisa de lo que el profesor o docente está tratando en su disertación. Se trata, pues, de un enseñar y mostrar conceptos a un auditorio de estudiantes.⁷

La enseñanza así impartida tiene una orientación marcadamente instructiva: se reduce en la mayoría de los casos, a mostrar o instruir a los estudiantes sobre algo. En estas informaciones lo que el profesor hace es, demostrar el que, el porqué, el cómo, el cuanto o el cuándo del objeto del saber”. Está claro que la Lección Magistral o Clase Magistral es transmisión de conocimiento, ofrecimiento de un enfoque crítico de la disciplina, y, reveladora de un método. En la práctica sólo se aplica el primer elemento descuidando los dos siguientes por lo que la Clase Magistral se convierte en un simple monólogo.⁸

Como en cualquier otro tema existen defensores y detractores, de una determinada posición, La Clase Magistral no es la excepción, hay docentes y expertos que hacen la defensa de este método didáctico argumentando que la Clase Magistral se destaca por los siguientes:

- El ahorro de tiempo y recursos que supone impartir una clase sobre todo si la cantidad de alumnos es numeroso.

⁷ANDUEZA, MARÍA, *Dinámica de Grupos en Educación*. Págs. 11-12.

⁸MARTINEZ, Hector. *Introducción a las ciencias sociales*. Pag. 167

- Es un buen medio para hacer accesible el conocimiento en las disciplinas cuyo estudio necesita la asistencia del profesor
- Permite, a través de una primera y sintética explicación, capacitar al estudiante para la ampliación de la materia.
- El docente puede ofrecer una visión más equilibrada que dan en los libros.
- En numerosas ocasiones es un medio necesario porque existen demasiados libros de una materia, y otras veces porque hay muy pocos.
- Los estudiantes suelen aprender más fácilmente escuchando que leyendo.
- Las clases magistrales ofrecen al estudiante la oportunidad de ser motivados por quienes ya son expertos en el conocimiento de una determinada materia.

Pero al margen de las ventajas o desventajas que se pueda presentar, al “Igual que en cualquier actividad, para que las lecciones magistrales sean efectivas, es preciso conocer y saber aplicar sus técnicas específicas, Con demasiada frecuencia, la lección magistral es rechazada globalmente por que se hace mal uso de ella.”. Esto nos debe hacer comprender que hay muchas formas de desarrollar una Clase Magistral, que depende mucho de la habilidad del docente. Entonces, es necesario tener en cuenta la recomendación de que ella debe tener ciertas características, a saber: ⁹

Lo que se menciona permite tener en consideración los aspectos importantes que admitan desarrollar la Clase Magistral de manera eficiente, estos están enmarcados en tres acciones: “Preparación de la

⁹ JOHN BURVILLE BIGGS, John Biggs. *Calidad del aprendizaje universitario*. Pag. 98

materia; presentación o comunicación de los conocimientos; fijación de los conocimientos”.

En cada una de las acciones mencionadas se debe desarrollar tareas y actividades que accedan a una adecuada aplicación de la Clase Magistral, y de esa manera evitar caer en errores y o vicios que nos lleve a confundir la acción docente. Detalles de estas tareas y acciones son:

- Primero: En la planificación y preparación de la clase, se identifican dos aspectos importantes: por un lado, la clara definición de los objetivos, en la que se debe precisar lo que se espera que los alumnos sepan o sean capaces de hacer como resultado del proceso de enseñanza-aprendizaje; y, por otro lado, los medios, que se refiere a la definición de los temas (coherencia, estructura lógica, profundidad); las actividades que deben realizar los estudiantes; el material didáctico que se emplea; y el proceso de enseñanza y evaluación.
- Segundo: La presentación de los contenidos, en donde debe primar una comunicación efectiva, capaz de lograr el entendimiento del tema desarrollado en los alumnos, y permitir realizar el feedback; por eso, el desarrollo de la lección debe estar enmarcado en las características de una buena Lección Magistral que se mencionó líneas arriba.
- Tercero: Fijación de los conocimientos, labor que se desarrolla a través de ejercicios complementarios, tareas, y trabajos prácticos entre otros.¹⁰

3.1.3. Cepillado

El cepillado de dientes es el primer paso en la higiene bucodental para eliminar la placa y restos alimentarios de la superficie de los dientes. Se requiere, como mínimo, un cepillado diario, siendo lo ideal uno

¹⁰ BOGOÑA, Graos. ROMAÑA, Teresa. *Ser profesor: palabras sobre la docencia universitaria*. Pag. 76

inmediatamente después de cada comida, evitando así la actuación de las bacterias. Se recomienda el cepillado como mínimo tres veces diarias, haciendo hincapié en la nocturna, explicando el mayor riesgo cardiogénico que existe.¹¹ Según lo sugerido por un autor el resultado del cepillado dental depende de:

- El diseño del cepillo
- La destreza de la persona para usarlo
- La frecuencia
- La duración del cepillado

Los odontólogos deben familiarizarse con la variedad de formas, tamaños, texturas y otras características de los cepillos disponibles para proporcionarles a sus pacientes el elemento adecuado.¹²

3.1.3.1. Técnicas de cepillado

Existen muchas técnicas, pero cabe destacar que más que la técnica lo importante es la minuciosidad, el cuidado con el que se realiza el cepillado, consiguiendo así el mismo resultado con cualquiera de las técnicas. Aunque está claro que existen casos en que debido a determinadas patologías o factores como la falta de cooperación o falta de destreza manual se recomienda una técnica determinada. Es importante en todas las técnicas seguir un orden que deberá ser siempre el mismo para no olvidar ninguna superficie dentaria. Para enseñar a la gente a cepillarse hay que enseñarles una rutina: en primer lugar cepillar la mitad superior derecha por la parte externa, seguida de la mitad superior izquierda también por la parte externa, mitad inferior izquierda y mitad inferior derecha también por la parte externa. Seguiremos otra vez el mismo orden pero ahora por la parte interna. A continuación las caras masticatorias u oclusales de los dientes y por último cepillaremos la

¹¹ VALENCIA. *Diplomados de enfermería del consorcio Hospital General Universitario*. Pag.638

¹² LINDHE. *Periodontología Clínica E Implantología Odontologica*. Pag.706

lengua. En total la técnica de cepillado correcto debe durar entre 2-3 minutos.

- a. Técnica de fregado u horizontal. Es una técnica sencilla y la más recomendada en niños. Consiste simplemente en "fregar" los dientes con movimientos horizontales.
- b. Técnica circular o de Fones. Es la técnica recomendada en niños más pequeños, dada la menor destreza a la hora de realizar el cepillado dental. Consiste en movimientos circulares amplios con la boca del niño cerrada, abarcando desde el borde de la encía del diente superior al inferior. Con ella se consigue remoción de la placa y al mismo tiempo se masajean las encías.¹³
- c. Técnica vertical rotatoria/ de barrido/ de Stillman modificada: Es útil para estimular y limpiar el área cervical.

Método: se colocan las cerdas del cepillo formando un ángulo de 45° con la superficie del diente, hacia apical y apoyadas ligeramente en la encía. Luego se realiza un movimiento vertical de barrido desde gingival hacia la cara oclusal de forma repetida mediante un giro de mango. En las caras oclusales se colocan las cerdas perpendiculares haciendo un movimiento de barrido antero posterior. Con los dientes contactando se van cepillando de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.¹⁴

- d. Técnica del rojo al blanco. Se cepilla desde las encías hacia el diente. Los penachos se sitúan en la encía y vamos haciendo movimientos de arriba hacia abajo en la arcada superior y de abajo hacia arriba en la arcada inferior.

¹³ <http://www.saludalia.com/vivir-sano/tecnicas-de-cepillado-dental>

¹⁴ CASTILLA. LEON. *Higienistas Dentales*. Pag.226

- e. Técnica de Bass/Sulcular: Este método se acepta generalmente para eliminar de forma eficaz la placa del área del surco. Utilizada principalmente por los pacientes periodontales.

Método: Se coloca el cepillo en una posición de 45° hacia apical en el surco gingival, solo la primera hilera se aproxima al surco, mientras que la hilera adyacente toca el margen gingival. Cuando el cepillo se presiona ligeramente, las cerdas se adaptan a la forma del surco. Se realiza una ligera vibración mesiodistal sin desplazar las cerdas del cepillo. Este movimiento tiene un efecto de succión, de modo que los restos existentes en el suco gingival o bolsa periodontal ascienden por capilaridad, “pasando” el cepillo.¹⁵ Las caras oclusales se cepillan con el cabezal paralelo a la superficie oclusal con movimiento vibratorio corto anteroposterior. Deben ser movimientos muy cortos para que las cerdas se flexionen sobre sus propios ejes pero que las puntas no se desplacen de los puntos de apoyo.

Así conseguimos desmenuzar la placa bacteriana, que asciende por el penacho, por lo cual cada vez tenemos que lavar bien el cepillo porque los penachos se cargan de placa bacteriana. Es una técnica muy recomendada en adultos. Se deben ir cepillando de dos o tres piezas, siguiendo la secuencia que hemos explicado antes. En la cara masticatoria de los dientes hacer movimientos de fregado rápido para eliminar todos los restos de alimentos.¹⁶

3.1.3.2. Duración del cepillado

La duración de un cepillado dental depende de múltiples factores, en especial del modo en que es usado y de la calidad de las fibras que lo componen. Debe recordarse que el cepillo, siendo el elemento de higiene mecánica fundamental, no es capaz de limpiar el 100 % de la superficie dentaria, especialmente la zona entre los dientes. Por ello, es

¹⁵ Auxiliares de Enfermería Del Servicio Navarro de Salud-osasunbidea. Pag.272

¹⁶ <https://es.scribd.com/doc/197346757/Guia-dental>

recomendable utilizar otros elementos de ayuda, como el hilo dental y los cepillos interproximales. Esto, porque las principales enfermedades bucales son infecciosas (como las caries y las enfermedades de las encías) y comienzan en las áreas donde el cepillo generalmente no llega. Se ha concluido estudios en los cuales se pide a los pacientes que se cepillen exactamente como lo hacen en casa y se les vigila para determinar la duración del cepillado. En los últimos dos decenios el tiempo promedio de cepillado ha mostrado un aumento de 20 a 30 seg, a 60 seg, y a 80 seg en un estudio de 1995. En todos estos estudios, los individuos afirmaron que generalmente se cepillaron por 2 o 3 min.¹⁷

Mención especial merecen los cepillos eléctricos, muy útiles en personas con dificultades motoras o algún otro tipo de enfermedad invalidante. Por último, es importante tener en cuenta que siempre es bueno consultar al dentista para obtener una técnica adecuada de cepillado y para mejorar las condiciones de salud bucal.¹⁸

3.1.3.3. Frecuencia del cepillado

La placa bacteriana vuelve a establecerse sobre la superficie dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos una vez al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, aunque se recomienda que el cepillado más minucioso se realice por la noche antes de ir a la cama. En los niños hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición, además hay que dar mucha importancia en el cepillado en los niños portadores de aparatología ortodóncica.

Para los pacientes ortodóncicos existen cepillos diseñados especialmente con las cerdas en forma de V o de U. Sin embargo se aconseja el cepillo sulcular para remover la placa sulcular efectuando movimientos horizontales cortos y repetidos.

¹⁷ NORMAN, O. Harris. GARCÍA-GODOY, Franklin. *Odontología preventiva primaria*. Pag.178

¹⁸ LINDHE. *Periodontología Clínica E Implantología Odontologica*. Ob. Cit. Pag.54

En pacientes portadores de prótesis parcial o total removible se deben extraer las mismas de la boca y realizar el cepillado tanto de la mucosa, como de los dientes remanentes y también cepillar las prótesis con agua y jabón.

En pacientes discapacitados se pueden confeccionar mangos especiales para facilitar el cepillado, como por ejemplo fijar el cepillo a la mano con una banda elástica; doblar el mango del cepillo; alargar el mango con un trozo de madera o plástico y agrandarlo con la empuñadura de un mango de bicicleta o usar un cepillo eléctrico. Aunque la mayoría de las veces es recomendable llevar a estos pacientes a clínicas dentales donde exista personal especializado en pacientes disminuidos, donde se les realiza técnicas de higiene oral que son necesarias en este tipo de pacientes.¹⁹

3.1.4. Cepillos dentales

Es un elemento constituido por manojos de cerdas sujetas a una cabeza que actúan en forma de barrido o brillo en las superficies dentales y retiran los residuos de alimentos adheridos a ellas.

El cepillo dental ha evolucionado a lo largo de la historia: en el año 3000 a.C., los egipcios utilizaban pequeñas ramas con puntas desgastadas que llamaban “palos” para realizar su limpieza dental; posteriormente, los chinos inventaron el cepillo con cerdas de jabalí siberiano, con mando de bambú o huesos de pollo; más adelante se le combinaron las cerdas por suaves crines de caballo. Día a día han cambiado las formas, los diseños, las cerdas y todos los elementos que conforman el cepillo dental para que cada paciente, dependiendo de sus necesidades, tengan muchas opciones en la elección de este elemento de higiene oral, cumpliendo con los requerimientos específicos para su uso y que no afecten las estructuras duras y blandas de la cavidad oral.²⁰

¹⁹LINDHE. *Periodontología Clínica E Implantología Odontológica*. Ob. Cit. Pag.48

²⁰LASERNA SANTOS, Vicente. *Higiene Dental Personal Diaria*. Ob. Cit. Pag.98

El cepillo recomendado por la ADA tendrá un cabezal de superficie 2,5-3 cm de largo, 0,5-1 cm de ancho, con 2-4 hileras de fibras, y 5-12 penachos por hilera, suficientemente separados para que la fibra pueda arquearse y llegar bien a los rincones.

El grado de dureza de un cepillo depende proporcionalmente del diámetro e inversamente de la longitud de sus filamentos. Son recomendables las cerdas de dureza media (0,30 mm de grosor) por su flexibilidad, eficacia y ausencia de riesgo de provocar lesión en los tejidos blandos, siempre que se renueve el cepillo con periodicidad adecuada (aproximadamente cada 3 meses).²¹

3.1.4.1. Tipos de cepillos

- Cepillos periodontales, tres hileras con gran separación.
- Cepillos Dentrust, tres superficies de cerdas que abrazan a la vez tres caras del diente.
- Cepillos de ortodoncia, dos hileras en forma de "V".
- Cepillos mono penachos, para superficies mesial y distal de dientes adyacentes a espacios edentulos.
- Cepillos eléctricos, en la actualidad se están promocionando de manera importante y existen diferentes sistemas patentados.²²

Los cepillos tienen tres secciones: mango, cuello y cabeza. Generalmente se venden de tres tamaños: para lactantes, niños y adultos. Los cepillos dentales pueden estar contruidos con cerdas de nylon, nylon copolimeros, poliéster, polipropileno y polietileno de alta densidad, que se pueden teñir con diferentes colores según el tipo de cerdas los cepillos

²¹ *Diplomado de enfermería del Consorcio General del Hospital Universitario.* Pag.118

²² CASTILLA. LEON. *Higienistas Dentales.* Ob. Cit. Pag.226

pueden ser duros, semiduros o semiblandos y blandos. Las empresas fabricantes de cepillos especifican las medidas de cada tipo de cepillo.²³

El cepillo dental está indicado para utilizarse después de las tres comidas, después de ingerir alimentos entre las comidas y después de comer dulce. Como mínimo deben hacerse dos cepillados diarios, de los cuales el que se realiza antes de acostarse debe ser obligatorio.

La principal acción de los cepillos dentales es la limpieza de las superficies del diente, es decir, limpiar las superficies o caras vestibulares, palatolinguales y oclusales o incisales de cada uno de los 28 o 32 dientes que tenga la persona.

- El tipo de cepillo dental depende de la necesidad individual. No todos los cepillos son adecuados para todos los pacientes. El cepillo debe ajustarse a la técnica de cepillado recomendada y ser de fácil manipulación.
- Un buen cepillo debe facilitar el acceso todas las regiones de la boca: de ahí la utilidad de los de cabeza pequeña.
- Las cerdas de nailon son las más recomendadas por que no incuban colonias bacterianas.
- El cepillo debe sustituirse cuando las cerdas comiencen a doblarse o espaciarse, lo que sucede en general entre los 2 y los 3 meses.²⁴

3.1.5. Elementos auxiliares

3.1.5.1. Pasta dental

El termino dentrífico proviene de las palabras dens (diente) y fricare (frotar). Una definición contemporánea y sencilla de un dentífrico expresa que es una mezcla utilizada sobre el diente junto con un cepillo dental. Los aspectos históricos del dentífrico han sido estudiados por Fischman.

²³ HERAZO ACUÑA, Benjamín. *Clínica del sano en odontología*. Pag.227

²⁴ BARRANCOS MOONEY, Julio. J. BARRANCOS, Patricio. *Operatoria dental: integración*. Pag 233

Los dentífricos se comercializan como polvos dentales, pastas dentales y geles. Todos se venden como productos cosméticos o terapéuticos, si el propósito de un dentrífico es terapéutico, este debe disminuir algún proceso patológico en la boca. Por lo general, el efecto terapéutico real o presunto consiste en la disminución de la incidencia de la caries, la gingivitis, o la sensibilidad dental. Sin embargo, la atracción de compra de un producto está fuertemente vinculada con el sabor y la acción espumante.²⁵

La pasta dental está compuesta por abrasivos, humectantes, aglutinantes, preservativos, espumantes, saborizantes, detergentes, colorantes, odorizantes y pueden contener agentes o sustancias activas, preventivas o terapéuticas como el monofluorofosfato de sodio, fluoruro de sodio, fluoruro de estaño entre otras.

También cumplen una función preventiva cuando llevan sustancias que evitan la formación de la placa bacteriana dental y previene patologías bucodentales.

Están indicadas en todas las personas, desde los dos años en adelante, como complemento importante de su higiene bucodental. Funcionan como una sustancia que ayuda a desprender los residuos alimenticios o placa bacteriana adherida al diente, lo cual permite que esta sea eliminada con más facilidad. También incorpora elementos químicos al diente, sustancias preventivas o sustancias terapéuticas, elimina manchas, pule las superficies dentales y produce la sensación de frescura.

El procedimiento para su uso es colocar sobre las cerdas de la cabeza del cepillo dental entre 0.5 y 1 cm de pasta dental para después frotar, barrer o vibra con las cerdas de superficies dentales.²⁶

²⁵NORMAN, O. Harris. GARCÍA-GODOY, Franklin. *Odontología preventiva primaria*. Pag.283

²⁶HERAZO ACUÑA, Benjamín. *Clínica del sano en odontología*. Ob. Cit. Pag.276

3.1.5.2. Hilo dental

El uso del hilo dental es la medida más indicada para la remoción de placa y detritos de las troneras. Tipo I, en donde la papila ocupa por completo el espacio interproximal y los dientes están en contacto. Para troneras Tipo II y III, pueden ser más eficaces otros accesorios, aparte del hilo dental, para remover la placa. El uso eficaz de hilo dental completa los siguientes objetivos:

- Remueve la placa y los detritos adheridos a los dientes, restauraciones aplicaciones ortodónticas, a puentes y prótesis fijos, a la encía en las porciones interproximales y alrededor de los implantes.
- Puede detener o prevenir lesiones cariadas interproximales.
- Disminuye el sangrado gingival.

Con frecuencia se recomienda el hilo dental sin cera debido a su mayor delgadez y facilidad de deslizamiento en las partes de contacto estrechas. Sin embargo, el hilo dental sin cera puede deshilacharse y rasgarse en dientes rotados, depósitos abundantes de cálculos y restauraciones sobresalientes, y su rotura puede desestimular el empleo continuo. En estos casos, debe recomendarse el hilo dental encerado, ligeramente encerado o el hilo resistente al rasgado. La cinta dental encerada, a diferencia del hilo dental redondo, es ancha y plana y puede ser eficaz en un espacio interproximal con puntos de contacto apretados. Los tipos adicionales de hilo dental como los fabricados con politetrafluoroetileno, son más fuertes y resistentes al rasgado y puede preferirse en los pacientes que tienen contactos apretados o superficies dentales proximales rugosas. También se disponen de otras variedades alternativas como el hilo dental con aumentos afelpados con hilo dental estándar y el hilo dental con partes elásticas para la inserción.²⁷

²⁷ NORMAN, O. Harris. GARCÍA-GODOY, Franklin. *Odontología preventiva primaria*. Ob. Cit. Pag.110

3.1.5.3. Colutorios

Es el medio ideal para la aplicación de cualquier forma de medicación a la boca, encías o dientes, con tal de que, por supuesto, se limpie la superficie dental.

Pueden ser de tres clases: antibacterianos, que combaten la población bacteriana de la boca; fluoruros, que ayudan a reforzar la capa de fluoruro de esmalte de los dientes; y de remineralización, que ayudan a restaurar lesiones de caries tempranas.

Actualmente los colutorios se comercializan en la base de una necesidad social de aliente agradable, aunque trabajos recientes con clorhexidina han demostrado que pueden tener propiedades antiplaca y claro está, incluso propiedades anticaries.²⁸

- Colutorios con fluor: Se utilizan solo como saborizantes y en general para disimular el mal aliento. El enjuague debe ser un complemento de la higiene y cuidado bucal. Existen en el mercado enjuague que contienen fluoruro y son muy recomendables para los niños que han recibido una aplicación tópica por el dentista. Los diferentes tipos de fluoruro para adulto deben ser recomendados por su dentista.
- Colutorios antiplaca: no existe ninguno que elimine más placa que el cepillo. Solo ayuda a prevenir o reducir la placa bacteriana que esté por encima del margen de la encía y pueden ser eficaces para controlar la gingivitis cuando el dentista lo recomiende. Debe de mostrar eficacia contra bacterias que provocan enfermedades, no solamente contra cualquier bacteria. Entre los compuestos químicos que contienen tenemos la clorhexidina (0.12%), un enjuague (15 a 20 ml) para ser más eficaz debe usarse de preferencia sin diluir y permanecer en la boca haciendo un buche de 30 a 60 segundos dos

²⁸ WILKINSON, J. B. MOORE, Marta A. RODRÍGUEZ NAVARRO, Dario. RODRÍGUEZ, Devesa. *Cosmetología de Harry*. Pag 76

veces al día. Después del enjuague conviene no tomar o comer ningún alimento durante los próximos 30 minutos.²⁹

3.1.6. Dieta

La dieta solo produce caries dental, enfermedad periodontal y halitosis dental, cuando quedan retenidos restos de alimentos retenidos en el interior de los espacios interdentes y de las fisuras de la cara oclusal de las muelas.

La dieta no produce enfermedades dentales, las enfermedades dentales solo se producen cuando quedan retenidos restos de alimentos en el interior de los espacios interdentes, y en las fisuras de la cara oclusal de las muelas, a pesar de realizar el cepillado dental diario.

3.1.6.1. Influencia de la dieta en el medio oral

- **Sobre la microflora oral:** la dieta puede influir sobre la microflora oral directamente a través de su efecto sobre la composición de la secreción salival.
- **Sobre la saliva:** en cuanto a la calidad de la saliva, el pH, capacidad buffer, viscosidad, velocidad de flujo.
- **Sobre el diente:** la dieta influye en el diente, durante su formación y después de su erupción.

También influye, por el depósito de residuos de restos de alimentos que pueden servir como nutrimento de los distintos microorganismos orales. El aumento del consumo de sacarosa, se relaciona directamente con un incremento de la prevalencia de caries.³⁰

²⁹ Como Conservar Sus Dientes y Encías Toda la Vida: Odontología Para Pacientes. Pag.89

³⁰ LASERNA SANTOS, Vicente. *Higiene Dental Personal Diaria*. Ob. Cit. Pag.75

3.1.6.2. Tipo y consistencia

Los alimentos saludables para tener dientes saludables, son en realidad los mismos alimentos para tener una buena salud en general. Evite, o al menos disminuya los alimentos azucarados, pegajosos o a base de harina, tales como: pasteles, papitas, panes dulces, golosinas y frutas secas. Esto a veces puede ser confuso; por ejemplo hay azúcar en la leche y productos lácteos, frutas y alimentos a base de harina que por lo general, sí se consideran saludables. Fomente la selección de alternativas más saludables y explique cómo mejorar los alimentos no tan saludables; por ejemplo, elegir jugos de 100 por ciento de fruta en lugar de bebidas frutales artificiales y jugos diluidos con agua. También debe hacerse mayor énfasis en el límite de consumo de alimentos azucarados o pegajosos y en sólo de 4 a 6 onzas de jugo por día (AAP, 2001).³¹

3.1.7. Definición de retraso mental según DSM-IV

El retraso mental ha sido abordado desde distintos campos disciplinares con marcos teóricos diversos. Así, en la bibliografía sobre el tema, a lo largo de la historia, se han utilizado diversos términos para referirse al mismo concepto: deficiencia intelectual, retardo mental, discapacidad mental, oligofrenia, etcétera.

Con el propósito de unificar los criterios diagnósticos y socializar la información científica, se han creado los sistemas de clasificación diagnóstica que tienen aplicación internacional: DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Decima revisión).

La DSM-IV establece que para diagnosticar el retraso mental (RM) se consideran tres criterios:

³¹ http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/Curricula/Oral_Health_SP_0608.pdf

- “Capacidad intelectual general” significativamente inferior al promedio: un CI aproximadamente de 70 o inferior, en un test administrativo individualmente.
- Déficit de la “capacidad adaptativa” (esto es, la capacidad de la persona para responder a las exigencias planteadas para su edad y grupo sociocultural) en por lo menos dos de las siguientes habilidades: cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales interpersonales académicas funcionales, trabajo, ocio, salud.
- Que su inicio sea anterior a los 18 años.

La “capacidad intelectual general” se define por el cociente intelectual (CI), que se obtiene por medio de uno o más test de inteligencia administrados en forma individual (por ejemplo, Wechsler Intelligence Scales for Children – WISC - III). En el RM, el CI es de 70 o inferior. Sin embargo, no es condición suficiente para establecer un diagnóstico de RM, sino que debe existir además un déficit en la “capacidad adaptativa”, en el modo de afrontar con eficacia las exigencias de la vida cotidiana y el desarrollo de la autonomía personal, de acuerdo con su grupo de edad, comunidad y origen cultural.³²

En cuanto a la gravedad del RM, se establecen cuatro grados de intensidad de acuerdo con el nivel de inteligencia descendido: leve (o ligero), moderado, grave (o severo) y profundo.

- Retraso mental leve: CI entre 50-55 y aproximadamente 70
- Retraso mental moderado: CI entre 35-40 y 50-55
- Retraso mental grave: CI entre 20-25 y 35-40
- Retraso mental profundo: CI inferior a 20-25

³² TALLIS, Jaime. ESTERKIND DE CHEIN, Ana E. *Retraso mental en niños y adolescentes: aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos*. Pág.19

Para aquellos casos en que exista una clara presunción de retraso mental, pero que no sea posible evaluar mediante los test convencionales de inteligencia (por ejemplo personas con un déficit en el habla), el DSM-IV establece la categoría de retraso mental de gravedad no especificada.³³

3.1.8. Síndrome de Down

3.1.8.1. Definición

El niño con síndrome de Down tiene una anomalía cromosómica. El síndrome aparece por la presencia de 47 cromosomas en lugar de 46 que se encuentran en una persona normal. Esta distribución defectuosa de los cromosomas, con la presencia de un cromosoma suplementario, tres en lugar de dos, en el par 21, llamada también trisomía 21, constituye el síndrome de Down.

Entre las causas figuran la edad paterna, gestaciones maternas, factores ambientales y factores hereditarios, entre estos último están la trisomía homogénea (cuando el error de la distribución de los cromosomas se halla presente antes de la fertilización), el mosaicismo (el error de la distribución de los cromosomas se produce en la 2da o 3ra división celular) y translocación (significa que la totalidad o una parte de un cromosoma está unido a la totalidad o a una parte de otro cromosoma).³⁴

3.1.8.2. Características

Tanto Lambert y Rondal (1982), como Cunningham (1990), señalan una serie de características físicas de niños con síndrome de Down que pasamos a exponer a continuación:

³³ TALLIS, Jaime. ESTERKIND DE CHEIN , Ana E. *Retraso mental en niños y adolescentes: aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos*. Ob. Cit. Pag.20

³⁴ RUIZ REYES, Rafaela. *Síndrome de Down y logopedia*. Pag.99

3.1.8.2.1. Físicas

- Los ojos tienen una inclinación hacia arriba y hacia fuera.
- La cara tiene un aspecto plano (el puente de la nariz más bajo y los pómulos más bien altos).
- La cabeza más pequeña de lo normal y la parte posterior aplanada.
- Las orejas suelen ser pequeñas.
- El cuello cortó.
- Las piernas y los brazos suelen ser cortos en comparación a la longitud del tronco.
- Las manos son pequeñas con los dedos cortos.
- Los pies suelen ser anchos y los dedos de los pies cortos.
- Tendencia a cierta obesidad ligera, y susceptibilidad a las infecciones, trastornos cardiacos, digestivos, sensoriales, etc.

3.1.8.2.2. Neuropsicológicas

- Menor peso y tamaño del cerebro, cerebelo y tronco cerebral, como consecuencia de un menor número de células.
- Retraso en la mielinización, lo cual significa un desarrollo más lento e incompleto del niño.³⁵

3.1.8.2.3. Sensoriales

- Pérdidas auditivas por la forma de las orejas, infecciones y menor tamaño del cráneo.

³⁵ *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial. Pag.22*

- Alteraciones en la recepción, procesamiento y respuesta a señales acústicas.
- El procesamiento de los estímulos auditivos es más lento.
- Presenta algunos problemas visuales: estrabismo, miopía o hipermetropía y cataratas.
- Menor contacto acular con madre y menor frecuencia de conducta exploratoria visual que los normales.

3.1.8.2.4. Motrices

- Hipotonía: pobre equilibrio, falta de habilidad para ejecutar rápidas secuencias de movimientos.
- No intentan andar antes de los dos años, la mayoría lo hacen a los tres, y los más retrasados, a los cinco.³⁶

3.1.8.2.5. Cognitivas

Siguiendo a Fernández Sampedro y otros (1993) se podrían indicar como algunos aspectos cognitivos afectados.

- La atención es inestable, dispersa y fatigable; tiene dificultad para mover la atención de un aspecto a otro, para un mínimo de aprendizaje hay que retener la atención del niño con alguna actividad importante; dificultad para diferenciar los estímulos antiguos de los nuevos.
- Dificultades de memoria: en cuanto a la memoria a corto plazo, tiene escasa capacidad para procesar información sensorial y organizarla como respuesta. Por lo que respecta a la memoria a largo plazo, tiene dificultad para almacenar y recuperar información. Conservar alguna memoria de fijación por hábito, pero escasa memoria de recuerdo, lo cual dificulta el aprendizaje del lenguaje y del vocabulario. El niño

³⁶ *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. Ob. Cit. Pág.23

trisómico no tiene una estructura mental para asimilar las tareas, se mueve por imágenes (lo concreto) y no por conceptos (lo abstracto).

- El lenguaje sufre un retraso considerable respecto a otras áreas del desarrollo; se produce un gran desajuste entre los niveles comprensivo y expresivo.
- Existe retraso de vocabulario, posiblemente porque no comprende la relación entre los objetos, personas y acontecimientos y las palabras que los simbolizan, no retiene tal relación o no integra en un marco espacio-temporal.
- No usa las terminaciones de los verbos para marcar relaciones temporales, dificultades de concordancia de género y número en pronombres, no distinguen el artículo determinado del indeterminado, etc.

3.1.8.2.6. Socio afectivas

- Estos niños tienen fama de ser afectuosos y de buen carácter, si bien bastante obstinados.
- La conducta afectiva madura más lentamente que los niños normales.
- Los padres definen a los bebés con este síndrome como tranquilos y con baja conducta afectiva, esto es debido a la lentitud en procesar la información que no permite reaccionar oportunamente a los estímulos.³⁷

3.1.9. Autismo

El autismo infantil es un trastorno de la intercomunicación y de la interrelación que se crea en los treinta primeros meses de la vida y que da lugar a un deterioro del desarrollo emocional y cognitivo.

³⁷ *Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial*. Ob. Cit. Pág.24

Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales, con falta de respuesta a las personas y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses.

Los niños autistas presentan una forma especial de conducta con las cosas y las personas. Viven en su propio mundo lleno de sensaciones que ellos mismos se auto estimulan, provocándolas con sus movimientos estereotipados o buscando encontrarlas en los objetos o en el contacto con las personas. De tal manera que la reproducción permanente o casi permanente de sus auto sensaciones o lo que se denomina auto sensorialidad. El niño autista tiene una apariencia de autosuficiencia. Las relaciones con las personas son muy particulares; no les dirige ninguna mirada de interés, pasa por su lado sin establecer comunicación alguna y cuando la establece es fragmentaria y sensorial, sin reconocimiento del otro como persona. Las personas le interesan de igual modo que le pueden interesar los objetos, es decir, para encontrar en ellos unas sensaciones que le evaden en un mundo sin dolor, sin conciencia de si mismos ni del mundo que los rodea.³⁸

El anclaje en sus propias sensaciones no les permite establecer unas relaciones emocionales interpersonales adecuadas, la cual les impide desarrollar normalmente la etapa que les permitirían acceder a la representación mental del objeto ausente y por lo tanto a la simbolización. Por eso no pueden realizar un juego simbólico si desarrollar el lenguaje de una manera adecuada

En estos niños hay una falta de intencionalidad y de sentido en sus acciones, a la vez no tienen una capacidad de empatizar en el sentir del otro. Es decir, no se pueden imaginar a las personas que los rodean como seres humanos con una mente llena de experiencias y emociones, capaces de poder ser influidas por las acciones de ellos y por

³⁸ VILOCA NOVELLAS, Lúcia. *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Pag.15

consiguiente con una reciprocidad relacional. No han adquirido el nivel de intersubjetividad que un niño de 6 a 12 meses presenta cuando señala un objeto y espera que la madre se fije en el u lo denomine, o cuando hace una acción y se gira esperando encontrar a la madre pendiente de lo que él hace. En el desarrollo normal, el paso siguiente es el acceso a la capacidad de compartir una acción y de disfrutar de “hacer algo con”, cosa que ellos no tienen, ni tampoco pueden esperar que la madre u otra persona sienta y pueda compartir las emociones que ellos experimentan. Aunque en realidad ellos tampoco son conscientes de las emociones que vive, y sobreviven en un estado de indiferenciación donde no existen las diferencias entre ellos y lo que los rodea.

No tienen conciencia de lo que les gustan o no les agrada, ni de sí mismos ni de los demás. Pueden separarse de su madre e irse con cualquiera como si no les afectase la separación, sin embargo necesitan percibir los objetos y las cosas siempre en el mismo orden y colocación. Un pequeño cambio los trastorna y los angustia mucho, e tal manera que el consuelo de sus padres no los contiene ni los consuela. Es como si lo que les diese seguridad fuera la invariancia de las situaciones físicas del entorno, de las secuencias de las acciones cotidianas, de los ritmos de tiempo, que llevan implícitos la construcción de nociones de la realidad como, por ejemplo, tiempo, espacios y causa-efecto.³⁹

3.1.10. Índice de higiene oral según O' Learly

Consiste en que, una vez teñida la placa con un revelador, se valoran las cuatro caras dentales (mesial, distal, vestibular y lingual). Se anota en un esquema la presencia o no de placa en las cuatro superficies dentales.

³⁹ VILOCA NOVELLAS, Lúcia. *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Ob. Cit. Pag.16-17

El índice se halla sumando todas las superficies que presentan placa y dividiendo por el número total de superficies presentes en la boca, multiplicándolo por 100.⁴⁰

$$O' \text{ Leary} = \frac{\text{Superficies Teñidas}}{\text{Total de superficies}} \times 100$$

CONDICION	PARAMETRO
Aceptable	0.0% - 12.0%
Cuestionable	12.1% - 23.0%
Deficiente	23.1% - 100.0%

3.1.10.1. Placa bacteriana

Existe una evidente relación de causa-efecto entre la formación de la placa bacteriana y respuestas inflamatorias gingival. Esto ha sido comprobado tanto en seres humanos como en animales de laboratorio.

La placa bacteriana fue inicialmente descrita por J. León Williams en 1897 y se la considero relacionada con la caries dental; más de medio siglo después los trabajos de Harald Loe y col. Aclararon la estrecha relación entre la placa bacteriana y la inflamación gingival.

La placa bacteriana es una película transparente e incolora, adherente al diente, compuesta por bacterias diversas y células descamadas, leucocitos y macrófagos, dentro de una matriz de proteínas y polisacáridos. Aproximadamente las tres cuartas partes de la placa están constituidas por bacterias vivas y en proliferación, las cuales

⁴⁰ CASTILLA. LEON. *Higienistas Dentales*. Ob. Cit. Pag.16

corresponden a más de 200 especies bacterianas. La placa dental, es especial en sus estados iniciales, no es visible; para detectarla se la debe colorear con sustancias denominadas revelantes.⁴¹

La placa bacteriana no solo se forma sobre la superficie del diente (esmalte o cemento), sino también sobre restauraciones, prótesis, implantes y aparatos ortodónticos. Puede ser supra gingival o sub gingival, según que se encuentre por encima o por debajo del margen gingival. La placa subgingival presenta 3 porciones:

- La placa adherida, que se encuentra firmemente unida a la superficie dentaria.
- La placa no adherida, que se encuentra libre en la luz de la bolsa.
- La placa asociada al epitelio, que se adhiere al epitelio de la bolsa y puede penetrar en el tejido gingival.⁴²

En un principio la placa se forma en los sectores irregulares o rugosos de la superficie dentaria, pero con el tiempo se extiende a otros sectores, incluido el margen gingival de todos los dientes. Su formación no es impedida por la masticación de comidas duras o detergentes, pero si por la higiene bucal bien realizada.

La placa se encuentra adherida al diente (esmalte o cemento o ambos) y hace contacto con el epitelio de unión y con el medio bucal. No está constituida por restos de comidas; estos son destruidos por enzimas bacterianas en pocos minutos y eliminados de la boca. Los restos de comida solo pueden afectar la placa al brindar elementos para el metabolismo bacteriano.

La formación de la placa bacteriana se inicia con la deposición de una cutícula o película a celular de un espesor de alrededor de un micrón. De

⁴¹G. SZNAJDER, Norma. *Compendio de Periodoncia*. Pag.31

⁴²G. SZNAJDER, Norma. *Compendio de Periodoncia*. Ob. Cit. Pag.32

acuerdo con su localización, supragingival o subgingival, esta película es de origen salival o derivada del flujo gingival. La cutícula acelular es sub consecuentemente colonizada por bacterias en la siguiente forma;

- En los primeros dos días proliferan los microorganismos aeróbicos Gram positivos de la flora normal, que tiene capacidad de adherirse a la película, tales como el *Actinomyces viscosus* y *Streptococcus sanguis*.
- Luego comienza una transición hacia especies facultativas Gram positivas.
- Finalmente, al crearse un medio privado de oxígeno aparece microorganismos anaeróbicos gramnegativos.
- Son colonizadores secundarios los microorganismos que no pueden adherirse a la superficie dentaria o a la película, pero si a otras especies bacterias que forman las primeras capas, en un proceso llamado de coagregación. Tales son, entre otros, *Prevotella intermedia*, *Capnocytophaga*, *Fusobacterium*, *Porphyromonas gingivalis*.⁴³

3.1.10.2. Materia alba

Es una capa bacteriana que constituye un depósito amarillo o blanco grisáceo con capacidad de adhesión menor que la de la placa, además de materia orgánica posee células epiteliales descamadas, leucocitos, proteínas y lípidos salivales, pero no está estructurada. La materia alba puede ser eliminada por chorro de agua. Suele acumularse en el tercio gingival del diente y en lugares de mal posición dentaria.⁴⁴

⁴³ G. SZNAJDER, Norma. *Compendio de Periodoncia*. Ob. Cit. Pag.33

⁴⁴ CASTILLA. LEON. *Higienistas Dentales*. Ob. Cit. Pag.293

3.1.10.3. Biofilm

El biofilm se define como al agregado o ensamble de microorganismos y productos extracelulares asociados a un sustrato. Es entonces el resultado de la colonización, crecimiento y metabolismo celular microbiano organizado sobre las superficies no vivas o sobre tejidos.⁴⁵

3.1.10.4. Protocolo de revelado de la placa bacteriana

El revelado de la placa se realiza mediante kits o productos comerciales. Son de un uso sencillo. En el caso de realizar el revelado mediante comprimidos colorantes, la forma de realzarlo es la siguiente:

- Se realiza una rigurosa higiene bucal que debe incluir la limpieza de los espacios interproximales y el cepillado.
- Se mastica la tableta y se disuelve en la boca, habiendo circular el líquido entre los dientes. Esta operación se realiza durante 1 minuto. Se tendrá precaución en no tragarlo.
- Aclarar con abundante agua.
- Comprobaremos delante de un espejo si los dientes se encuentran teñidos, en este caso se evidencia la placa bacteriana.
- Se lavaran los dientes hasta que las manchas desaparezcan.

Una vez revelada la placa se establece el índice de placa bacteriana, que permite comprobar la evolución posterior, después de instaurar unos correctos hábitos higiénicos. Para realizar este índice se utilizan formulas, algunas de estas fórmulas solo se fijan en la placa acumulada en ciertos dientes, otras en todos, este es el caso del índice de O'Leary.

⁴⁵ ROLDAN PEREZ, Gabriel : RAMIREZ RESTREPO, John Jairo, *Fundamentos de limnología neotropical*, Pag 290

Visualizadas las zonas donde se acumulan la placa bacteriana se procede a removerlas. Para remover la placa se utilizan distintos métodos, siendo el más eficaz la remoción mecánica con cepillo dental, seda, cepillos interdigitales, etc. También se utilizan colutorios.

El control de la placa bacteriana se debe realizar periódicamente y en cada uno de esos momentos se debe calcular el índice de placa. Para calcular el índice de placa se determina mediante una ficha en la que se divide en cuatro sectores y se llena con bolígrafo rojo los que tienen placa, sin tener en cuenta la cantidad existente.

Dentro de los objetivos que se pretenden con el programa de control sobre la placa bacteriana, encontramos:

- Instaurar hábitos de higiene bucales.
- Visualizar las zonas donde se acumulan la placa bacteriana, para removerla.
- Mejorar la técnica de cepillado.
- Motivar al paciente al comprobar los beneficios en salud bucodental de los efectos de un buen cepillado.

Está comprobado que no siempre los procedimientos mecánicos solucionan el problema de la placa bacteriana, pues es necesario que el individuo tenga destreza, técnica, esfuerzo, tiempo y perseverancia, y toso esto en algunos colectivos no se da; es el caso de discapacitados, niños y ancianos con problemas de movilidad.⁴⁶

⁴⁶ CASTILLA. LEON. *Higienistas Dentales*. Ob. Cit. Pag.294

3.2. Revisión de Antecedentes Investigativos

3.2.1. Antecedentes Nacionales

- a. **Título:** Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. Lima - Perú 2009.

Autor: Vásquez Mejía Marisabel

Resumen: El propósito de esta investigación fue evaluar la relación entre el conocimiento sobre higiene bucal de padres y el estado de higiene bucal de niños con habilidades diferentes. La muestra estuvo conformada por 90 niños de ambos géneros que fueron agrupados de acuerdo a la discapacidad intelectual, reportada por la ficha de matrícula, y sus respectivos padres. Al relacionar el conocimiento de higiene bucal de padres, con la higiene bucal del niño con habilidades diferentes, se observó que el 84.21% de los niños cuyos padres poseían un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal; de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo no presentaron buena higiene bucal. Por lo tanto se deduce que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes.

3.2.2. Antecedentes Internacionales

a. Título: Patología bucal prevalente en niños excepcionales

Autor: Altagracia Pirela de Manzano, Carmen Rosa Salazar y Moisés A. Manzano

Resumen: Este estudio estableció como propósitos, identificar la patología bucal prevalente en niños Síndrome de Down, Sordo-Mudo, Ciego, Autista y Paralítico Cerebral y la intervención de variables, tales como: administración de fármacos, consistencia de los alimentos, higiene bucal y extracción social, en la agudización del cuadro clínico bucal diagnosticado y aparición de enfermedades odontológicas no consideradas intrínsecas a las alteraciones mencionadas. Se determinó que la caries dental, la gingivitis, maloclusión, queilitis y hábitos bucales perjudiciales como bruxismo, son patologías que afectan a la generalidad de los individuos que integraron la muestra. Asimismo, en el subgrupo Síndrome de Down, se identificaron las enfermedades buco-dentales que se consideran intrínsecas a la condición, destacando la elevada Se concluyó recomendando algunas acciones que pueden contribuir a modificar la situación de salud bucal de estos grupos.

3.2.3. Revistas o Internet

a. Título: Estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual

Autor: Mariger Serrano, Angie Torrelles, Yanet Simancas

Resumen: Con respecto a la caries dental, la mayoría de la población estudiada no presenta caries, solo un pequeño porcentaje de caries es observada y esta se incrementa más en la dentición primaria. Esta relación se mantiene al ser la unidad de análisis el diente. Esto se corrobora con el CPOD y ceod, ya que los valores del mismo son muy bajos, lo que nos indica que el promedio de dientes cariados, perdidos y obturados por caries, tanto permanentes como primarios, son muy pocos en el total de la población estudiada. Y por último el mayor porcentaje de la población estudiada presenta alteraciones en la relación molar, observándose una mayor frecuencia en la relación antero-posterior semi-cuspide y de cúspide completa.

4. HIPÓTESIS

Dado que, la enseñanza multimedia es un soporte de comunicación en el que aparecen integradas, coherentemente, diferentes formas de expresión que, por sí solas, constituyen un sistema completo de comunicación y donde la información llega al usuario en tiempo real. Teniendo como componentes principales que intervienen en un sistema multimedia a los: datos, texto, con todas sus posibilidades expresivas y representativas, sonido, con todas sus dimensiones y componentes, fotografía, ilustraciones, imagen de síntesis, ya sean fijas o con animaciones y vídeo. Y la charla magistral es la transmisión de conocimiento, ofrecimiento de un enfoque crítico de la disciplina, y, reveladora de un método. Convirtiéndose en un simple monólogo.

Es probable que, la enseñanza multimedia sea más eficaz que la charla magistral en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary es sus hijos con síndrome de Down, autismo y retardo mental demostrando una notable mejoría.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

a. Precisión de la técnica

Se utilizarán dos técnicas:

- El cuestionario para recolectar información sobre el nivel de conocimiento sobre la Higiene Oral en los padres de familia.
- Se utilizó la técnica de Observación Experimental para recoger información del Índice de Higiene Oral de O'Leary en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

b. Esquematización

VARIABLE INVESTIGATIVA	TÉCNICA
Nivel de conocimiento sobre Higiene Oral	Cuestionario
Índice de Higiene Oral de O'Leary	Observación Experimental

c. Descripción de la técnica

- La técnica se caracteriza en dividir a la muestra en dos grupos experimentales.
- Primero se les tomo el índice de higiene oral a los niños con Síndrome de Down, retardo mental y autismo para medir el Índice de Higiene Oral de O'Leary a los cuales se aplicara una solución reveladora, con hisopos y con ayuda de espejos bucales y baja lenguas se evaluó la tinción de las superficies dentarias obteniendo un resultado fijado en las fichas.
- Al primer grupo de padres de familia se le realizo una enseñanza multimedia sobre todo lo referente a la Higiene Oral.
- Al segundo grupo de padres de familia se les hizo una charla magistral sobre la Higiene Oral.
- A ambos grupos se les tomo la misma evaluación vigesimal en la cual demostraron el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral.
- Se les planteo dicha evaluación en la hora de entrada al colegio de sus hijos con Síndrome de Down, Autismo y Retardo Mental.
- El padre de familia aplico sus criterios en el tiempo que ellos vean conveniente.
- Al finalizar el cuestionario se evaluó y se determinó el nivel de conocimientos.
- Después del tiempo planteado se les volvió a medir a los niños con Síndrome de Down, Autismo y Retardo Mental

para medir el Índice de Higiene Oral de O'Leary a los cuales se aplicó una solución reveladora, con hisopos y con ayuda de espejos bucales y baja lenguas se evaluó la tinción de las superficies dentarias, obteniendo un resultado después de las charlas que se les dio a los padres de familia.

- La medición de Índice de Higiene Oral de O'Leary se realizó en la hora de entrada al C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria" Se registró lo observado en una ficha de Índice de Higiene Oral para luego ser evaluado con la fórmula de Índice de Higiene Oral O'Leary.
- Al finalizar se realizó la comparación adecuada para observar si existe alguna relación.

d. Diseño Experimental

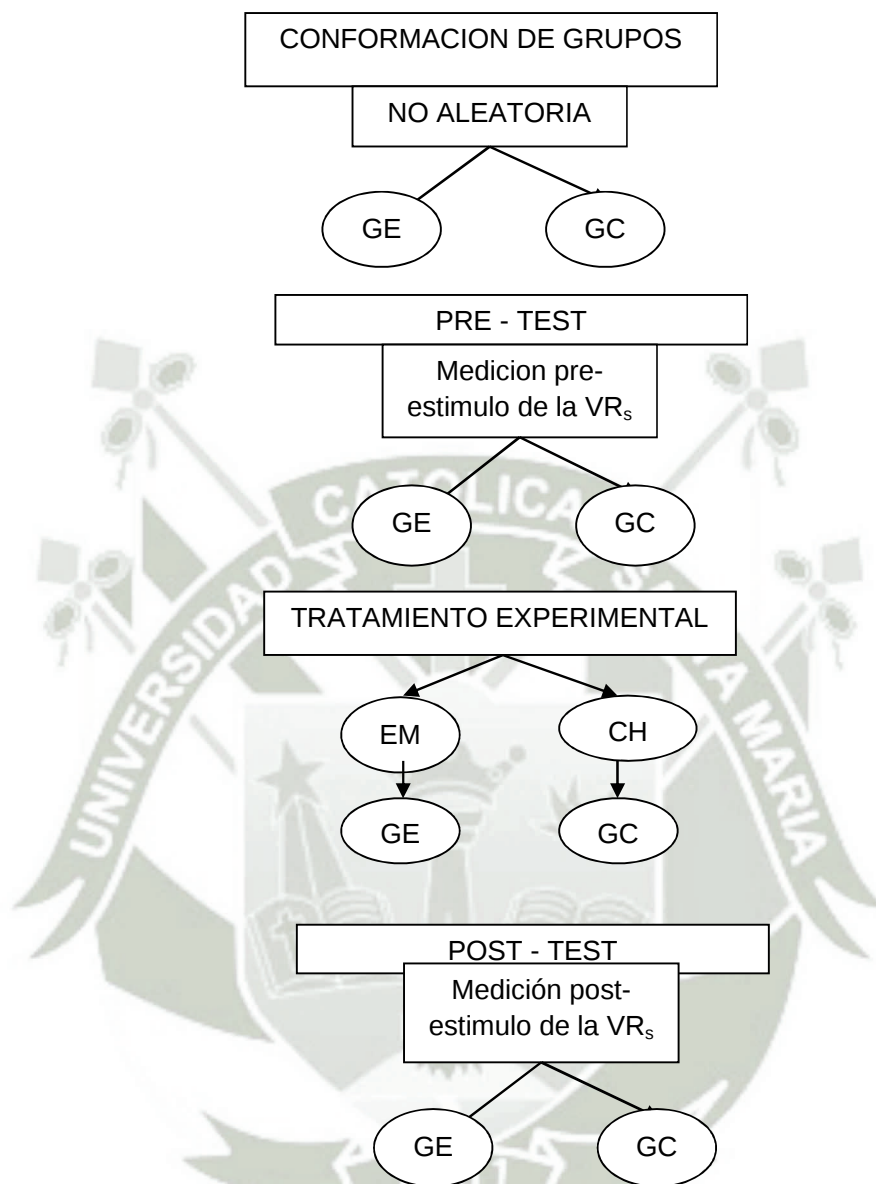
d.1. Tipo de Diseño

Cuasi experimental, no aleatorio, con grupo experimental y control, con pre-test y post-test.

d.2. Esquema Básico

Grupo experimental	O ₁	Enseñanza multimedia	O ₂
Grupo control	O ₁	Charla magistral	O ₂

d.3. Diagramación Operativa



COMPARACIONES		
MEDICIONES	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
Pre-test	3° ← 1°	→ 4°
Post-test	↓ 2°	↓

1.2. Instrumentos

a. Instrumento Documental:

a.1. Precisión del instrumento

Se utilizaron dos instrumentos de tipo elaborado:

- El formulario de preguntas aplicado a los padres de familia para evaluar el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral.
- La ficha de recolección aplicada a sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental para evaluar el Índice de Higiene Oral de O'Leary.

a.2. Modelo del instrumento: Véase en anexos.

b. Instrumentos mecánicos

- Computadora y accesorios
- Cañón multimedia
- Material didáctico
- Procesador automático

1.3. Materiales de verificación

- Útiles de escritorio
- Sustancia reveladora
- Hisopos
- Espejos bucales

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

a. Ámbito general

Distrito del Cayma. Arequipa.

b. Ámbito Específico

C.E.B.E. “Nuestra Señora de la Candelaria”

2.2. Ubicación Temporal

La investigación se llevara a cabo en julio del 2015

2.3. Unidades de Estudio

a. Unidades de Análisis

a.1. Padres de familia del C.E.B.E. “Nuestra Señora de la Candelaria”.

a.2. Niños con Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

b. Opción

b.1. Grupos de padres de familia

b.2. Grupos de niños con Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

c. Identificación de lo grupos

c.1. Grupos de padres

- Grupo experimental (GE), que recibio la enseñanza multimedia.
- Grupo control (GC), que recibió la charla magistral

c.2. Grupos de niños con Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

- Grupo experimental (GE)
- Grupo control (GC)

d. Control de los grupos

d.1. Criterios de Inclusión de los padres

- Padres de familia cuyos hijos hayan sido evaluados en la toma de IHO.

d.2. Criterios de Inclusión de los niños con Síndrome de Down, Autismo y Retardo Mental

- Niños con Síndrome de Down, Autismo y Retardo Mental matriculados en el C.E.B.E. “Nuestra Señora de la Candelaria”

d.3. Criterios de exclusión de los padres

- Padres de familia que dejen a sus hijos al cuidado de los apoderados.
- Padres de familia que no deseen participar en la investigación

d.4. Criterios de exclusión de los niños con Síndrome de Down, Autismo y Retardo Mental

- Niños con Síndrome de Down, Autismo y Retardo Mental que en la ficha de matrícula no registren discapacidad intelectual.

- Niños con Síndrome de Down, Autismo y Retardo Mental que no estén dispuestos a colaborar con el estudio.

e. Asignación de las unidades de análisis a cada grupo

La conformación de grupos se hará de forma no aleatoria, de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión.

f. Tamaño y formación de los grupos

GRUPOS	PADRES	HIJOS
GE (EM)	25	25
GC (ChM)	25	25

FUENTE: Registro de matrícula del C.E.B.E. “Nuestra Señora de la Candelaria”.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Autorización de la Directora del C.E.B.E. “Nuestra Señora de la Candelaria” para la utilización de las Instalaciones de los mismos.
- Preparación de las unidades de estudio
- Formalización de las unidades de estudio
- Supervisión medición y control del procedimiento y la toma de datos.
- Consentimiento Informado (véase en anexos)

3.2. Recursos

a. Recursos Humanos

Investigadora : Stephanie Milagros Bermejo Velgara

Asesor : Dr. Mario Flores

b. Recursos Físicos

Están dados por la Infraestructura de los centros Educativos.

c. Recursos Económicos

El presupuesto para la investigación será aportada por la investigadora.

3.3. Prueba piloto

a. Tipo: Prueba incluyente.

b. Muestra piloto: 10% de cada grupo, tanto padres de familia como para hijos con Síndrome de Down, Autismo y Retardo Mental

c. Recolección: Administración preliminar del instrumento a la muestra piloto.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de Procesamiento de los Datos

a. Tipo de procesamiento

Computarizado. Se utilizará el Paquete Informático SPSS, versión N° 19.

b. Operaciones

b.1. Clasificación:

Los datos obtenidos a través de la ficha serán ordenados en una Matriz de Sistematización, que figurará en anexos de la tesis.

b.2. Conteo:

En matrices de recuento.

b.3. Tabulación:

Se usarán tablas de doble entrada.

b.4. Graficación:

Se confeccionarán gráficas de columnas agrupadas acorde a la naturaleza de las tablas.

4.2. Plan de Análisis de Datos

a. **Tipo:** Cuantitativo, bifactorial, bivariado.

b. Tratamiento Estadístico

VARIABLE INVESTIGATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
Nivel de conocimiento sobre Higiene Oral	Cuantitativa	De razón	Mann Whitney T de Student Wilcoxon
Índice de Higiene Oral de O'Leary			



CAPITULO III

RESULTADOS

TABLA N° 1
**MEDICIÓN BASAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE
PADRES QUE FUERON SOMETIDOS A LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA**

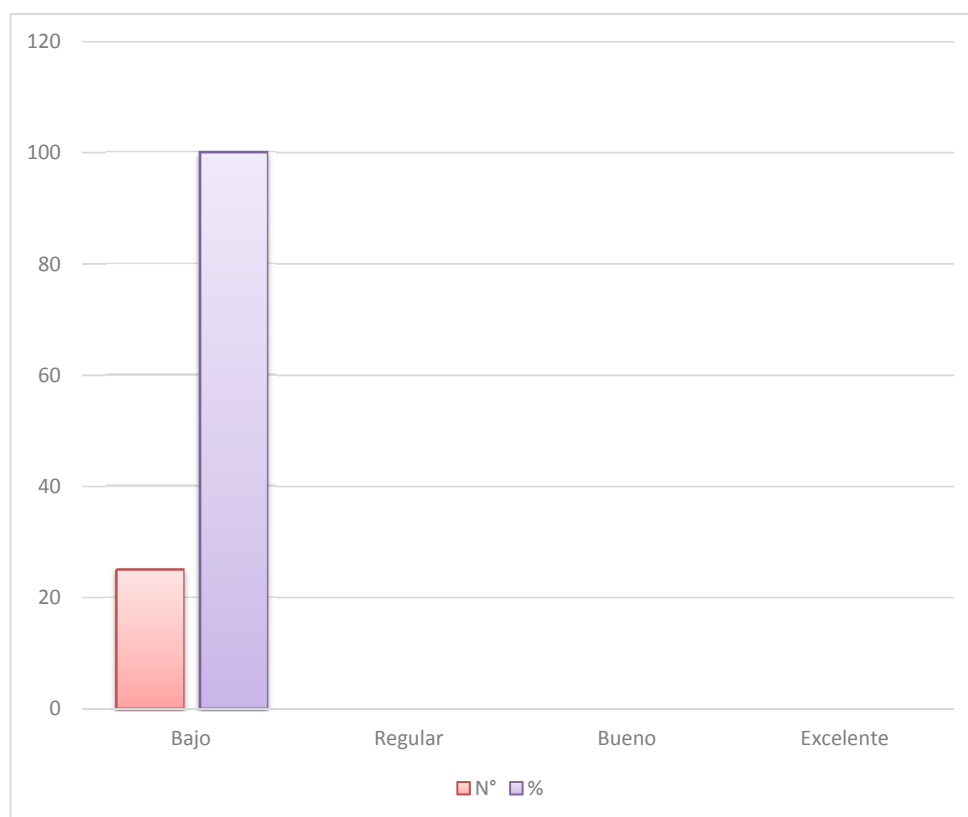
Conocimientos de Higiene Oral	Enseñanza Multimedia	
	N°	%
Bajo	25	100.0
Regular	0	0.0
Bueno	0	0.0
Excelente	0	0.0
Media Aritmética (Promedio)	4.04	
Desviación Estándar	2.00	
Valor Mínimo	0.00	
Valor Máximo	8.00	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo de padres a cuyos hijos se les aplicará la enseñanza multimedia, la totalidad de sus integrantes tenían un nivel de conocimientos bajo; así mismo, desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que el conocimiento era, en promedio, 4.04, oscilando la nota alcanzada de conocimiento de los padres entre los 0.00 y 8.00 puntos.

GRÁFICO N° 1

**MEDICIÓN BASAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE
PADRES QUE FUERON SOMETIDOS A LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 2
**MEDICIÓN BASAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE
PADRES QUE FUERON SOMETIDOS A LA CHARLA MAGISTRAL**

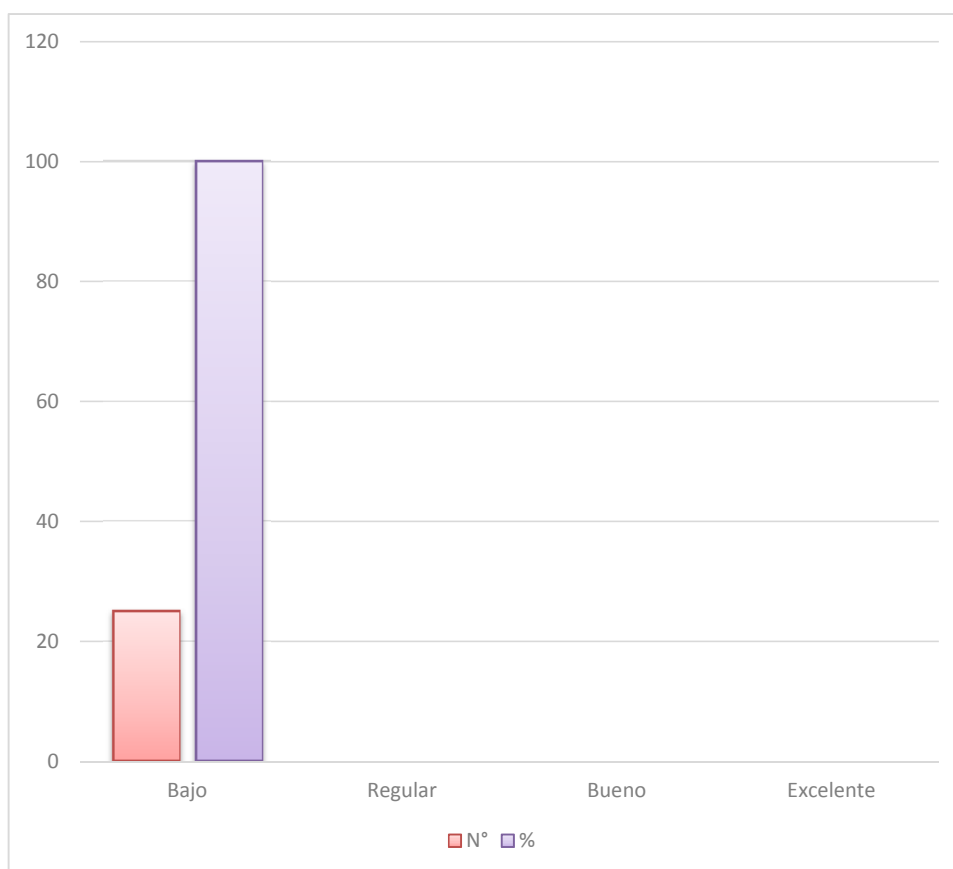
Conocimientos de Higiene Oral	Charla Magistral	
	N°	%
Bajo	25	100.0
Regular	0	0.0
Bueno	0	0.0
Excelente	0	0.0
Media Aritmética (Promedio)	6.32	
Desviación Estándar	1.46	
Valor Mínimo	4.00	
Valor Máximo	9.00	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo de padres a cuyos hijos se les aplicará la charla magistral, la totalidad de sus integrantes tenían un nivel de conocimientos bajo; así mismo, desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que el conocimiento era, en promedio, 6.32, oscilando la nota alcanzada de conocimiento de los padres entre los 4.00 y 9.00 puntos.

GRÁFICO N° 2

**MEDICIÓN BASAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE
PADRES QUE FUERON SOMETIDOS A LA CHARLA MAGISTRAL**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 3
**COMPARACIÓN BASAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE
ORAL DE LOS PADRES ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO**

Nivel de Conocimientos Medición Basal	Grupo de Estudio			
	Enseñanza Multimedia		Charla Magistral	
	N°	%	N°	%
Bajo	25	100.0	25	100.0
Regular	0	0.0	0	0.0
Bueno	0	0.0	0	0.0
Excelente	0	0.0	0	0.0
P	----			
Media Aritmética (Promedio)	4.04		6.32	
Desviación Estándar	2.00		1.46	
Valor Mínimo	0.00		4.00	
Valor Máximo	8.00		9.00	
P	0.467 (P ≥ 0.05) N.S.			
Total	25	100.0	25	100.0

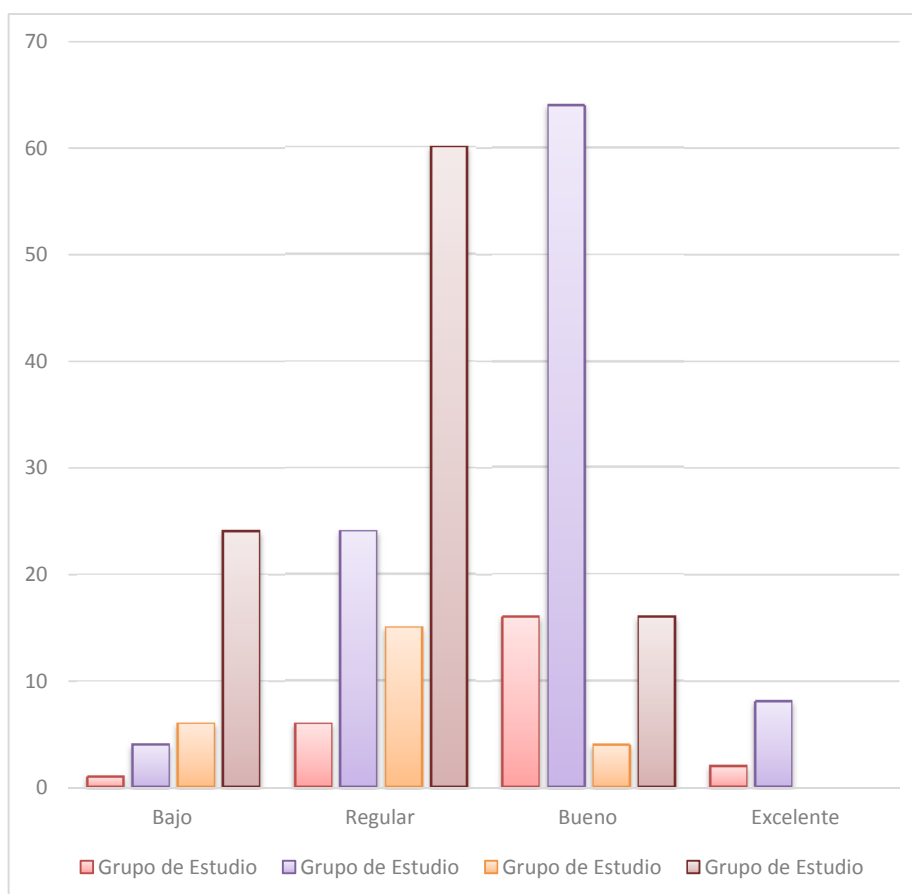
Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo de padres al cual a sus hijos de los iba a someter a la enseñanza multimedia, todos ellos tenían un nivel de conocimientos bajo; situación idéntica se observa en el grupo de padres cuyos hijos serán sometidos a la charla magistral. Esto demuestra que los dos grupos comienzan la investigación en las mismas condiciones.

Desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que en el grupo de papás a cuyos hijos se les iba a aplicar la enseñanza multimedia, el conocimiento de ellos era, en promedio, 4.04, mientras que en el grupo de la charla magistral, el promedio fue de 6.32 puntos. Según la prueba estadística, estas diferencias no son significativas, es decir, ambos grupos empiezan en las mismas condiciones.

GRÁFICO N° 3

COMPARACIÓN BASAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4
**MEDICIÓN FINAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE
PADRES QUE FUERON SOMETIDOS A LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA**

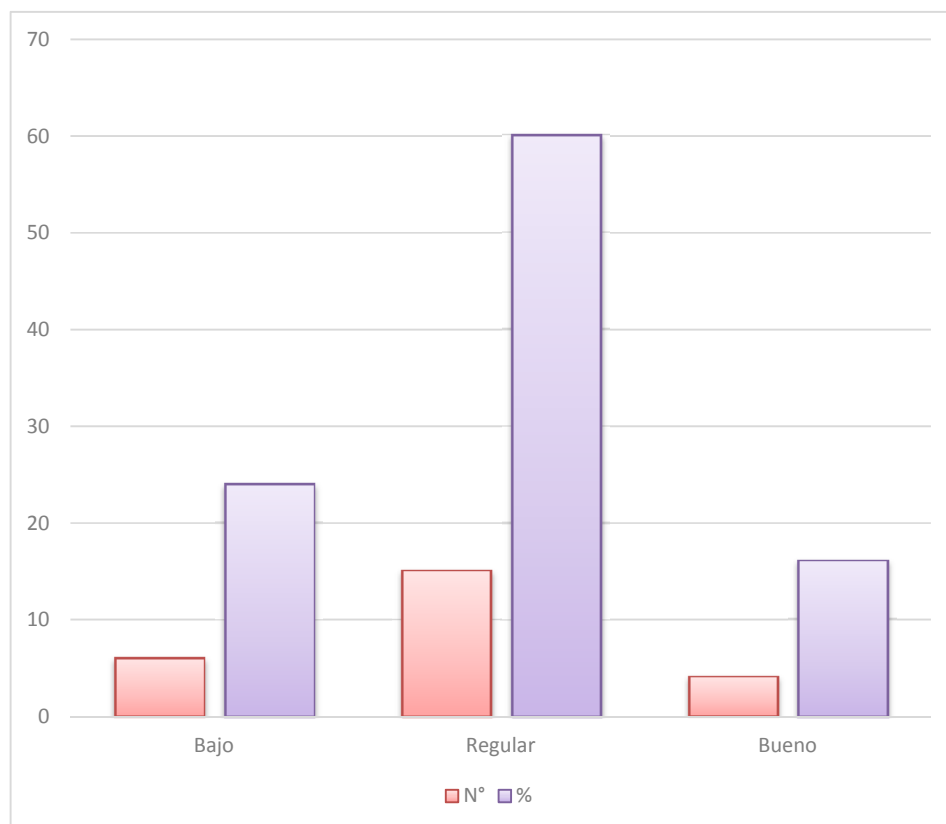
Conocimiento de Higiene Oral	Enseñanza Multimedia	
	N°	%
Bajo	1	4.0
Regular	6	24.0
Bueno	16	64.0
Excelente	2	8.0
Media Aritmética (Promedio)	14.60	
Desviación Estándar	1.97	
Valor Mínimo	10.00	
Valor Máximo	19.00	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo de padres a cuyos hijos se les aplicará la enseñanza multimedia, la mayoría de sus integrantes (64.0%) tenían un nivel de conocimientos bueno; así mismo, desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que el conocimiento era, en promedio, 14.60, oscilando la nota alcanzada de conocimiento de los padres entre los 10.00 y 19.00 puntos.

GRÁFICO N° 4

**MEDICIÓN FINAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE
PADRES CUYOS HIJOS FUERON SOMETIDOS A LA ENSEÑANZA
MULTIMEDIA**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 5
**MEDICIÓN FINAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE
PADRES QUE FUERON SOMETIDOS A LA CHARLA MAGISTRAL**

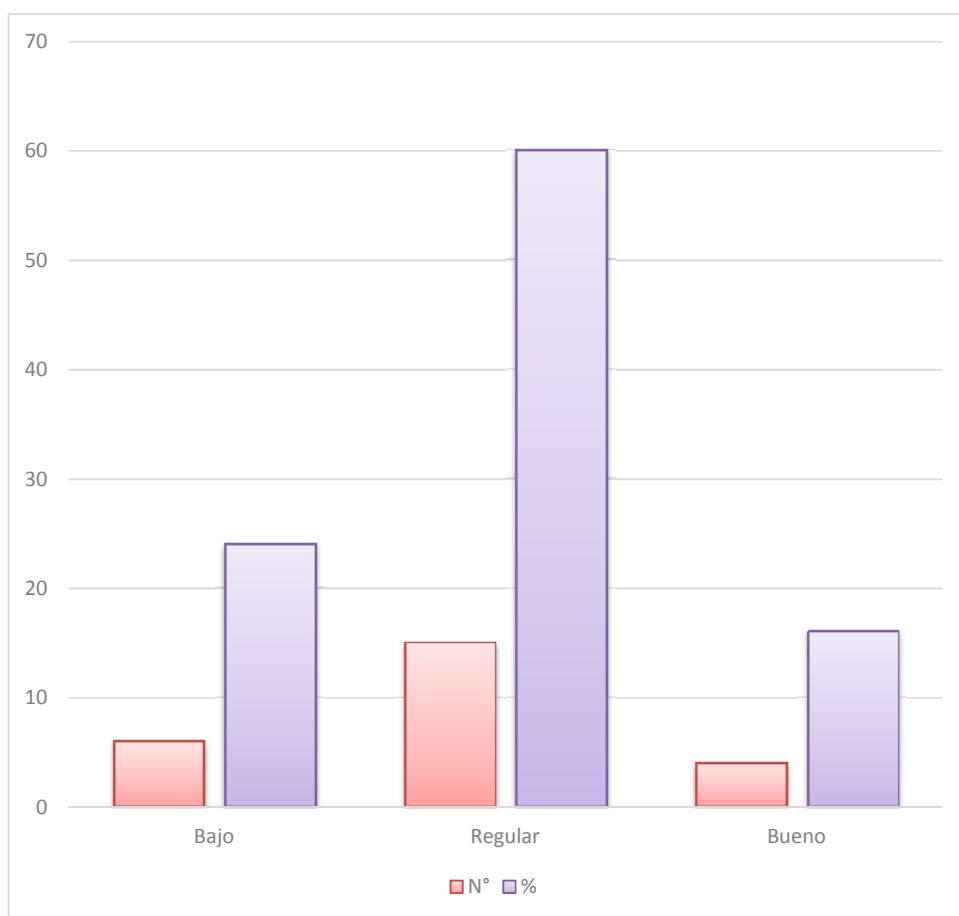
Conocimiento de Higiene Oral	Charla Magistral	
	N°	%
Bajo	6	24.0
Regular	15	60.0
Bueno	4	16.0
Excelente	0	0.0
Media Aritmética (Promedio)	11.88	
Desviación Estándar	1.96	
Valor Mínimo	8.00	
Valor Máximo	16.00	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo de padres a cuyos hijos se les aplicará la charla magistral, la mayoría de sus integrantes (60.00%) tenían un nivel de conocimientos regular; así mismo, desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que el conocimiento era, en promedio, 11.88, oscilando la nota alcanzada de conocimiento de los padres entre los 8.00 y 16.00 puntos.

GRÁFICO N° 5

MEDICIÓN FINAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE
PADRES QUE FUERON SOMETIDOS A LA CHARLA MAGISTRAL



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6

**COMPARACIÓN FINAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL
DE LOS PADRES ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO**

Nivel de Conocimientos	Grupo de Estudio			
	Enseñanza Multimedia		Charla Magistral	
	N°	%	N°	%
Bajo	1	4.0	6	24.0
Regular	6	24.0	15	60.0
Bueno	16	64.0	4	16.0
Excelente	2	8.0	0	0.0
P	0.001 (P < 0.05) S.S.			
Media Aritmética (Promedio)	14.60		11.88	
Desviación Estándar	1.97		1.96	
Valor Mínimo	10.00		8.00	
Valor Máximo	19.00		16.00	
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Total	25	100.0	25	100.0

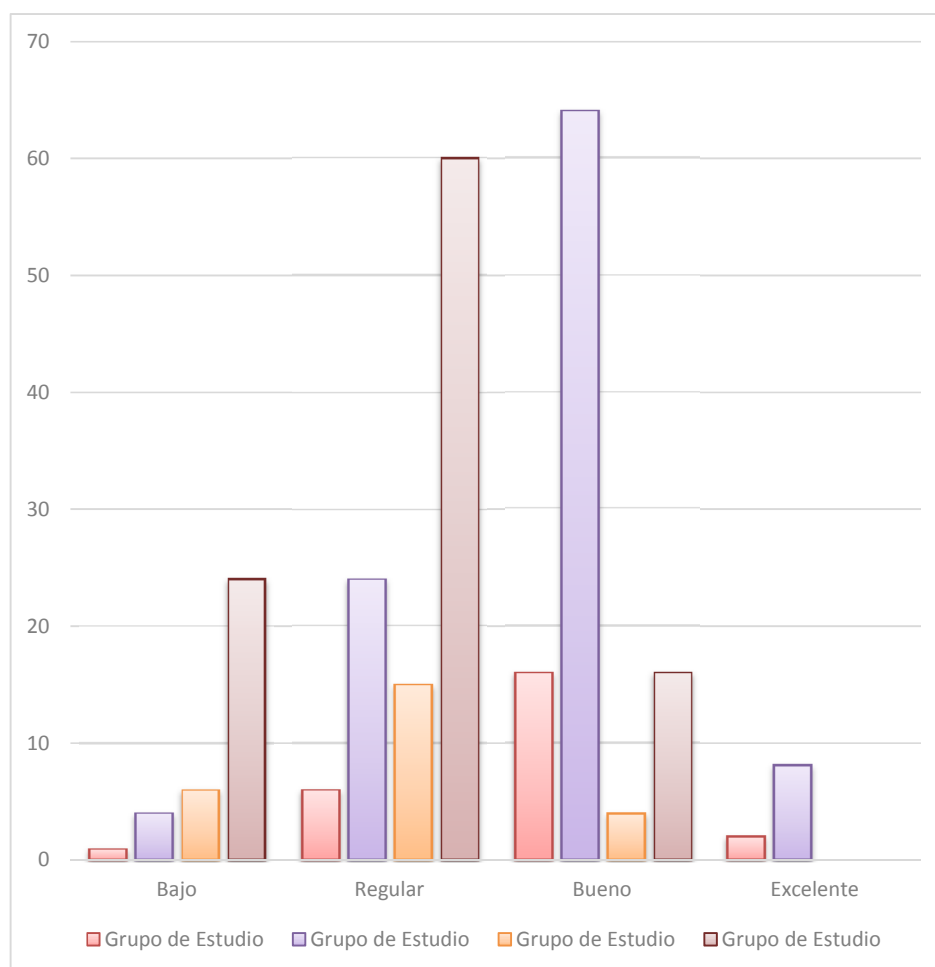
Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo al cual se le sometió a la enseñanza multimedia, la mayoría de sus integrantes (64.0%) tenían un nivel de conocimientos bueno, en tanto en el grupo de la charla magistral la mayoría de ellos (60.0%) presentaban un nivel de conocimientos regular. Según la prueba estadística, estas diferencias son significativas, por tanto podemos afirmar que el grupo sometido a la enseñanza multimedia obtuvo mayor nivel de conocimiento que el de la charla magistral.

Desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que en el grupo al cual se le aplicó la enseñanza multimedia, el conocimiento era, en promedio, 14.60, mientras que en el grupo de la charla magistral, el promedio fue de 11.88. Según la prueba estadística, estas diferencias son significativas, es decir, el grupo sometido a la enseñanza multimedia obtuvo un mayor conocimiento que el de la charla magistral.

GRAFICO N° 6

**COMPARACIÓN FINAL DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL
DE LOS PADRES ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 7

**COMPORTAMIENTO DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL
DE LOS PADRES QUE PARTICIPARON EN EL GRUPO DE LA
ENSEÑANZA MULTIMEDIA**

Grupo Enseñanza Multimedia	Conocimientos			
	Basal		Final	
	N°	%	N°	%
Bajo	25	100.0	1	4.0
Regular	0	0.0	6	24.0
Bueno	0	0.0	16	64.0
Excelente	0	0.0	2	8.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Media Aritmética (Promedio)	4.04		14.60	
Desviación Estándar	2.00		1.97	
Valor Mínimo	0.00		10.00	
Valor Máximo	8.00		19.00	
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Total	25	100.0	25	100.0

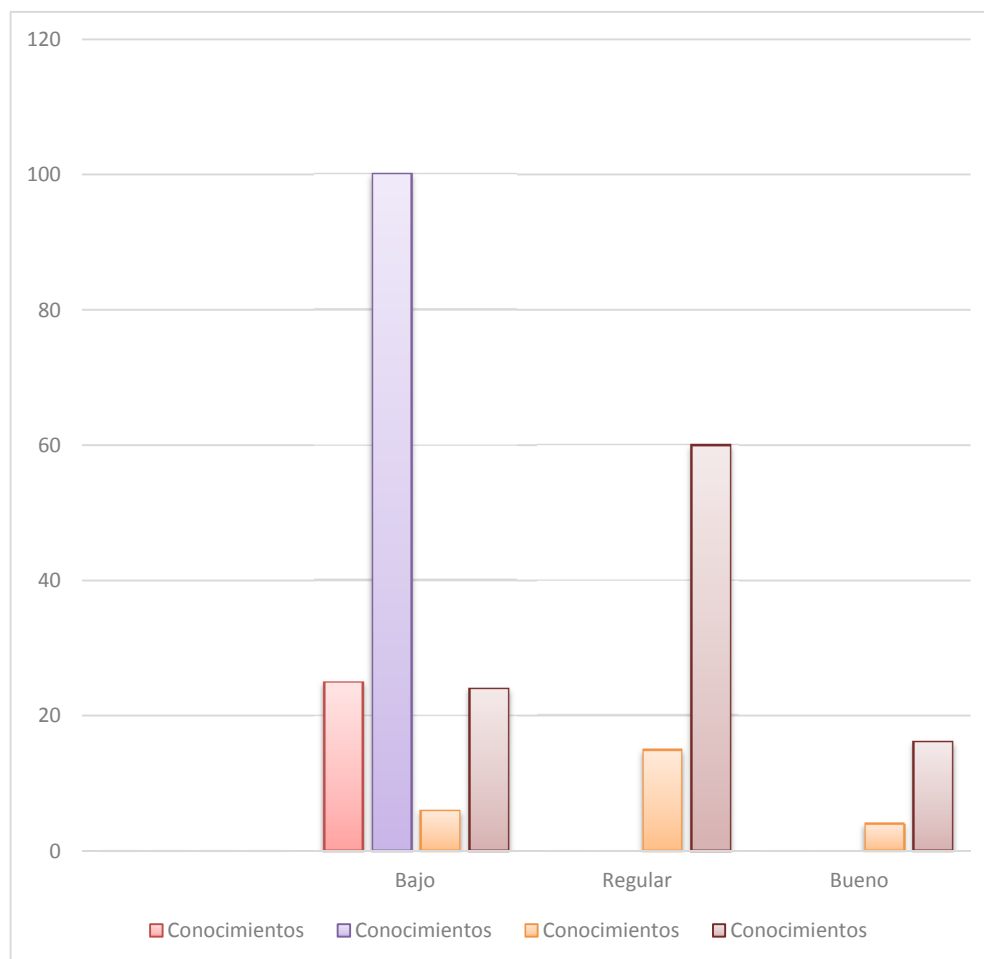
Fuente: Matriz de datos

En esta tabla podemos observar que, antes de la intervención con la enseñanza multimedia, el total de padres de familia presentaron un nivel de conocimientos bajo, en tanto, después de la intervención la mayoría de ellos (64.0%) pasó a un nivel bueno. Según la prueba estadística, estas diferencias son significativas, por tanto, hubo cambios en el conocimiento.

Desde la perspectiva cuantitativa, antes de la intervención, el promedio encontrado del conocimiento fue de 4.04, el cual se incrementó hasta 14.60 al final de la intervención. Estas diferencias son significativas estadísticamente, por lo que podemos afirmar que hubo cambios, puesto que el conocimiento mejoró.

GRÁFICO N° 7

COMPORTAMIENTO DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES QUE PARTICIPARON EN EL GRUPO DE LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 8

**COMPORTAMIENTO DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL
DE LOS PADRES QUE PARTICIPARON EN EL GRUPO DE LA
CHARLA MAGISTRAL**

Grupo Charla Magistral	Conocimientos			
	Basal		Final	
	N°	%	N°	%
Bajo	25	100.0	6	24.0
Regular	0	0.0	15	60.0
Bueno	0	0.0	4	16.0
Excelente	0	0.0	0	0.0
P	0.001 (P < 0.05) S.S.			
Media Aritmética (Promedio)	6.32		11.88	
Desviación Estándar	1.46		1.96	
Valor Mínimo	4.00		8.00	
Valor Máximo	9.00		16.00	
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Total	25	100.0	25	100.0

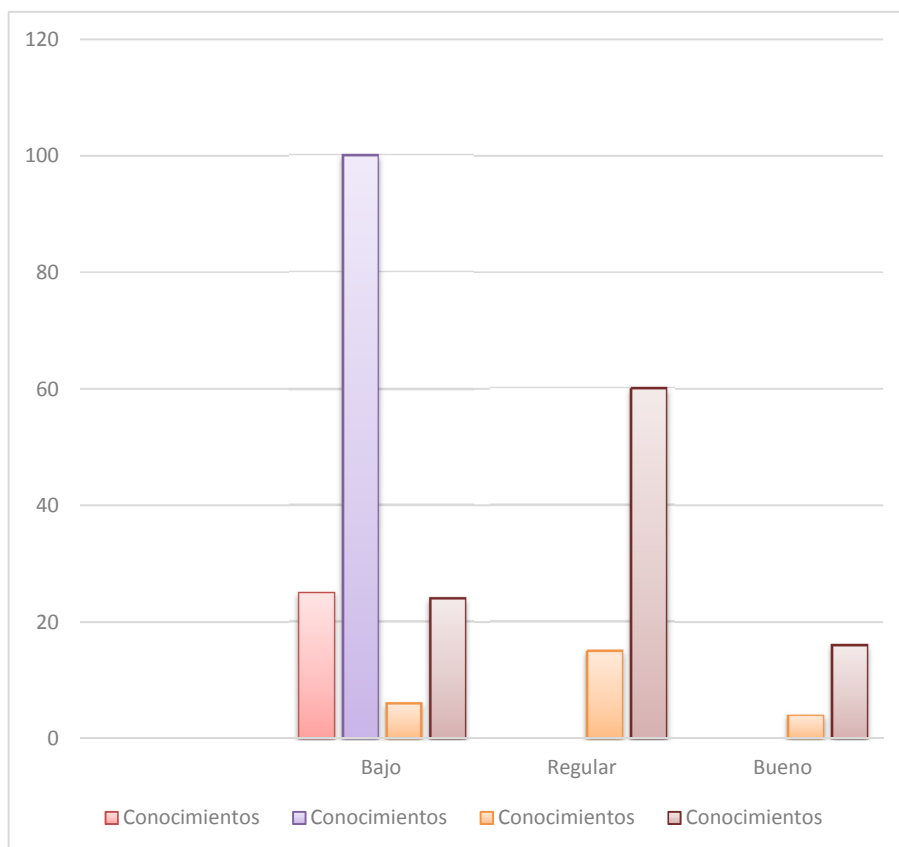
Fuente: Matriz de datos

En esta tabla podemos observar que, antes de la intervención con la charla magistral, el total de padres de familia presentaron un nivel de conocimientos bajo, en tanto, después de la intervención la mayoría de ellos (60.0%) pasó a un nivel regular. Según la prueba estadística, estas diferencias son significativas, por tanto, hubo cambios en el conocimiento.

Desde la perspectiva cuantitativa, antes de la intervención, el promedio encontrado del conocimiento fue de 6.32, el cual se incrementó hasta 11.88 al final de la intervención. Estas diferencias son significativas estadísticamente, por lo que podemos afirmar que hubo cambios, puesto que el conocimiento mejoró.

GRÁFICO N° 8

COMPORTAMIENTO DEL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL DE LOS PADRES CUYOS HIJOS PARTICIPARON EN EL GRUPO DE LA CHARLA MAGISTRAL



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 9
**MEDICIÓN BASAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO SOMETIDO A LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA**

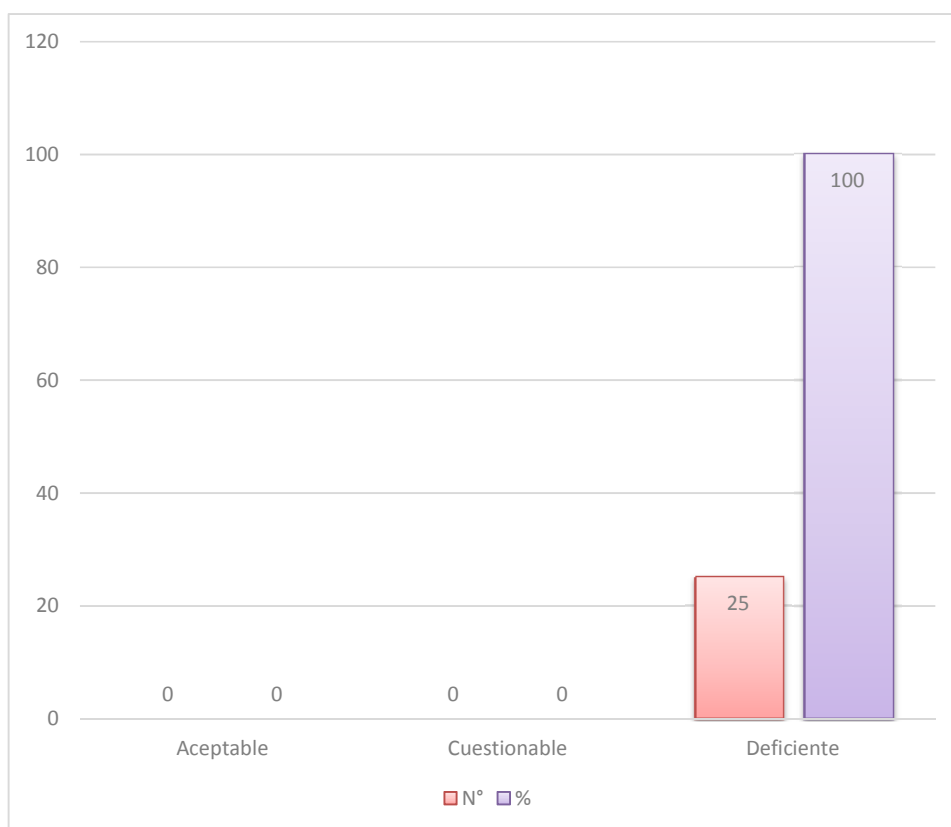
Índice de Higiene Oral	Enseñanza Multimedia	
	N°	%
Aceptable	0	0.0
Cuestionable	0	0.0
Deficiente	25	100.0
Media Aritmética (Promedio)	57.90	
Desviación Estándar	16.24	
Valor Mínimo	27.00	
Valor Máximo	85.50	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo al cual se le iba a aplicar la enseñanza multimedia, la totalidad de sus integrantes tenían un índice de higiene oral de O'Leary catalogado como deficiente. Así mismo, desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que el índice de higiene oral de O'Leary era, en promedio, 57.90, oscilando éste entre los valores de 27,00 y 85,50.

GRÁFICO N° 9

MEDICIÓN BASAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN NIÑOS DEL GRUPO SOMETIDO A LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 10
**MEDICIÓN BASAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO SOMETIDO A LA CHARLA MAGISTRAL**

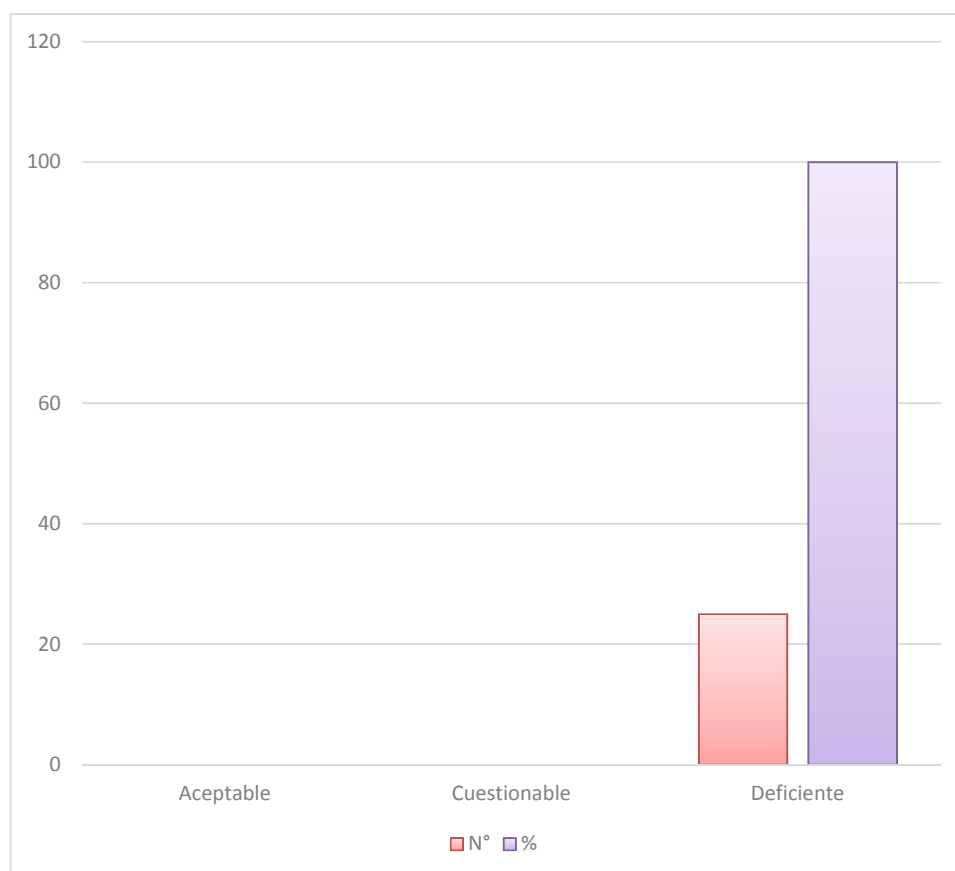
Índice de Higiene Oral	Charla Magistral	
	N°	%
Aceptable	0	0.0
Cuestionable	0	0.0
Deficiente	25	100.0
Media Aritmética (Promedio)	59.06	
Desviación Estándar	17.35	
Valor Mínimo	27.00	
Valor Máximo	89.90	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo al cual se le iba a aplicar la charla magistral, la totalidad de sus integrantes tenían un índice de higiene oral de O'Leary catalogado como deficiente. Así mismo, desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que el índice de higiene oral de O'Leary era, en promedio, 59.06, oscilando éste entre los valores de 27,00 y 89,90.

GRÁFICO N° 10

**MEDICIÓN BASAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO SOMETIDO A LA CHARLA MAGISTRAL**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 11
**COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN BASAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE
ORAL DE O'LEARY EN NIÑOS ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO**

Índice de Higiene Oral Medición Basal	Grupo de Estudio			
	Enseñanza Multimedia		Charla Magistral	
	N°	%	N°	%
Aceptable	0	0.0	0	0.0
Cuestionable	0	0.0	0	0.0
Deficiente	25	100.0	25	100.0
P	-----			
Media Aritmética (Promedio)	57.90		59.06	
Desviación Estándar	16.24		17.35	
Valor Mínimo	27.00		27.00	
Valor Máximo	85.50		89.90	
P	0.808 (P ≥ 0.05) N.S.			
Total	25	100.0	25	100.0

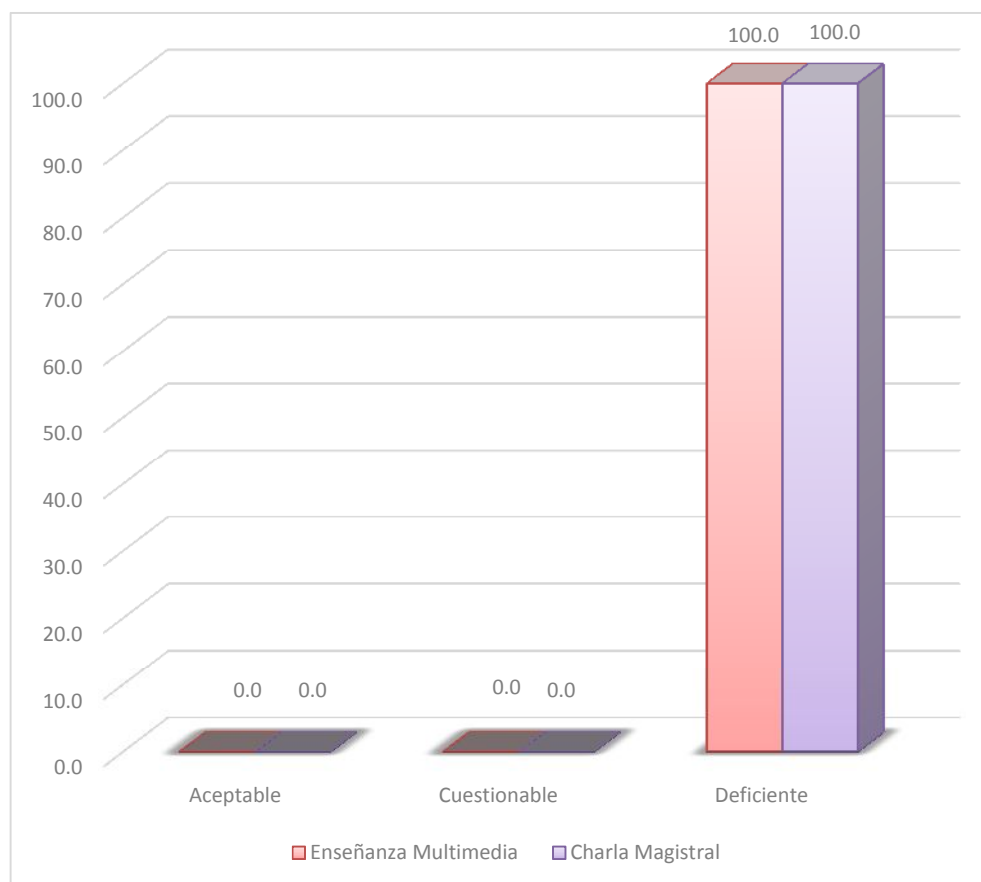
Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo al cual se le sometió a la enseñanza multimedia, la totalidad de sus integrantes tenían un índice de higiene oral de O'Leary deficiente; situación idéntica se observa en el grupo de la charla magistral; entonces podemos afirmar que ambos grupos empiezan en las mismas condiciones.

Desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que en el grupo al cual se le aplicó la enseñanza multimedia, el índice de higiene oral de O'Leary era, en promedio, 57.90, mientras que en el grupo de la charla magistral, el promedio fue de 59.06. Según la prueba estadística, estas diferencias no son significativas, es decir, ambos grupos son iguales, por tanto empiezan en las mismas condiciones.

GRAFICO N° 11

**COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN BASAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE
ORAL DE O'LEARY EN NIÑOS ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 12
**MEDICIÓN FINAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO SOMETIDO A LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA**

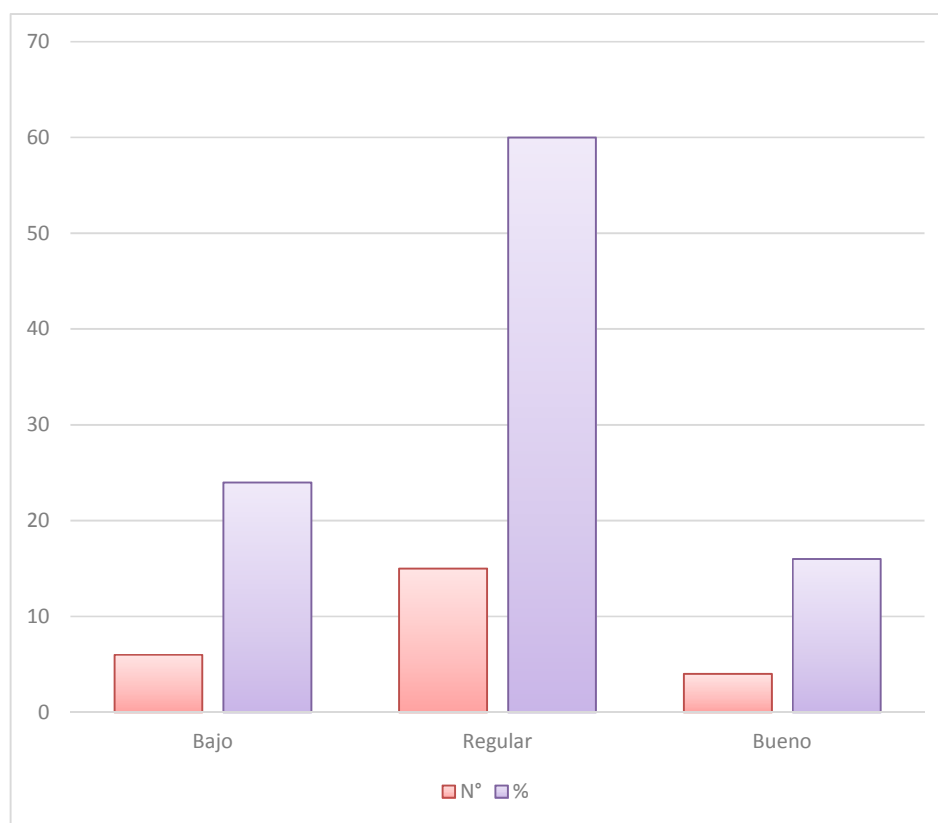
Índice de Higiene Oral	Enseñanza Multimedia	
	N°	%
Aceptable	0	0.0
Cuestionable	13	52.0
Deficiente	12	48.0
Media Aritmética (Promedio)	24.43	
Desviación Estándar	5.93	
Valor Mínimo	15.00	
Valor Máximo	35.00	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo al cual se le sometió a la enseñanza multimedia, la mayoría de sus integrantes (52.0%) tenían un índice de higiene oral de O'Leary cuestionable, así mismo, desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que el índice de higiene oral de O'Leary era, en promedio, 24.43, oscilando entre los valores de 15,00 y hasta 35,00.

GRÁFICO N° 12

MEDICIÓN FINAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO SOMETIDO A LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 13
**MEDICIÓN FINAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO SOMETIDO A LA CHARLA MAGISTRAL**

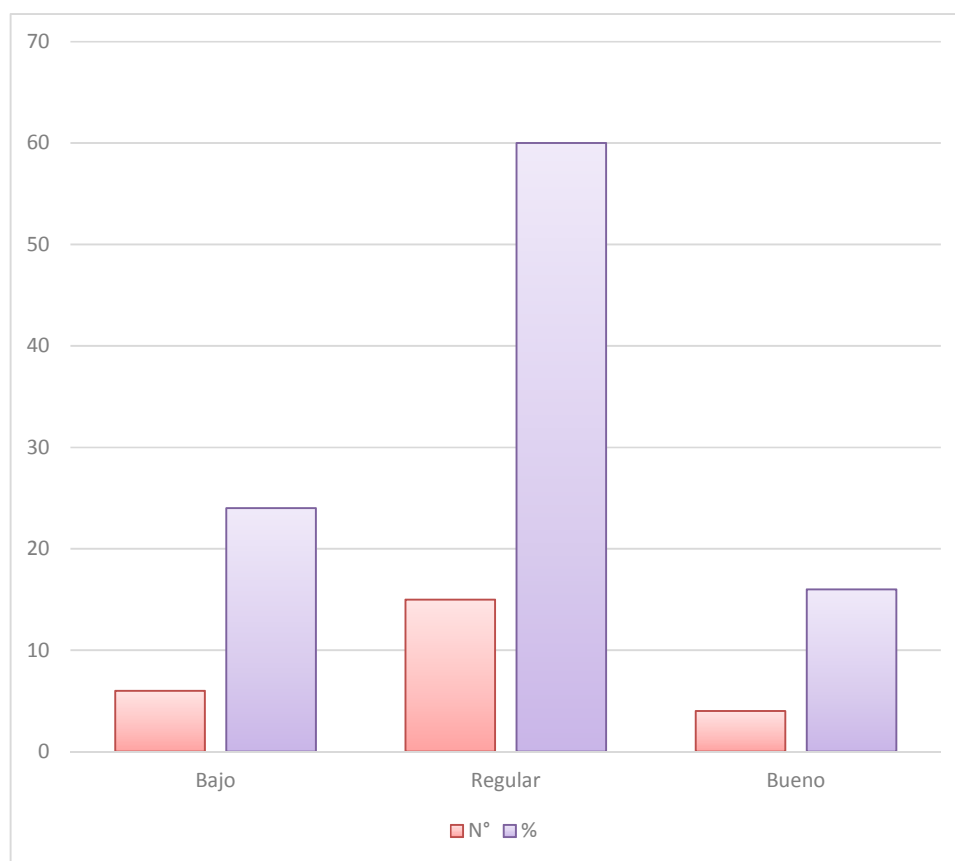
Índice de Higiene Oral	Charla Magistral	
	N°	%
Aceptable	0	0.0
Cuestionable	1	4.0
Deficiente	24	96.0
Media Aritmética (Promedio)	36.71	
Desviación Estándar	9.41	
Valor Mínimo	16.00	
Valor Máximo	58.90	
Total	25	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo al cual se le sometió a la enseñanza multimedia, la gran mayoría de sus integrantes (96.0%) tenían un índice de higiene oral de O'Leary calificado como deficiente, así mismo, desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que el índice de higiene oral de O'Leary era, en promedio, 36.71, oscilando entre los valores de 16,00 y hasta 58,90.

GRÁFICO N° 13

**MEDICIÓN FINAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO SOMETIDO A LA CHARLA MAGISTRAL**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 14
COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN FINAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN NIÑOS ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Índice de Higiene Oral Medición Final	Grupo de Estudio			
	Enseñanza Multimedia		Charla Magistral	
	N°	%	N°	%
Aceptable	0	0.0	0	0.0
Cuestionable	13	52.0	1	4.0
Deficiente	12	48.0	24	96.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Media Aritmética (Promedio)	24.43		36.71	
Desviación Estándar	5.93		9.41	
Valor Mínimo	15.00		16.00	
Valor Máximo	35.00		58.90	
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Total	25	100.0	25	100.0

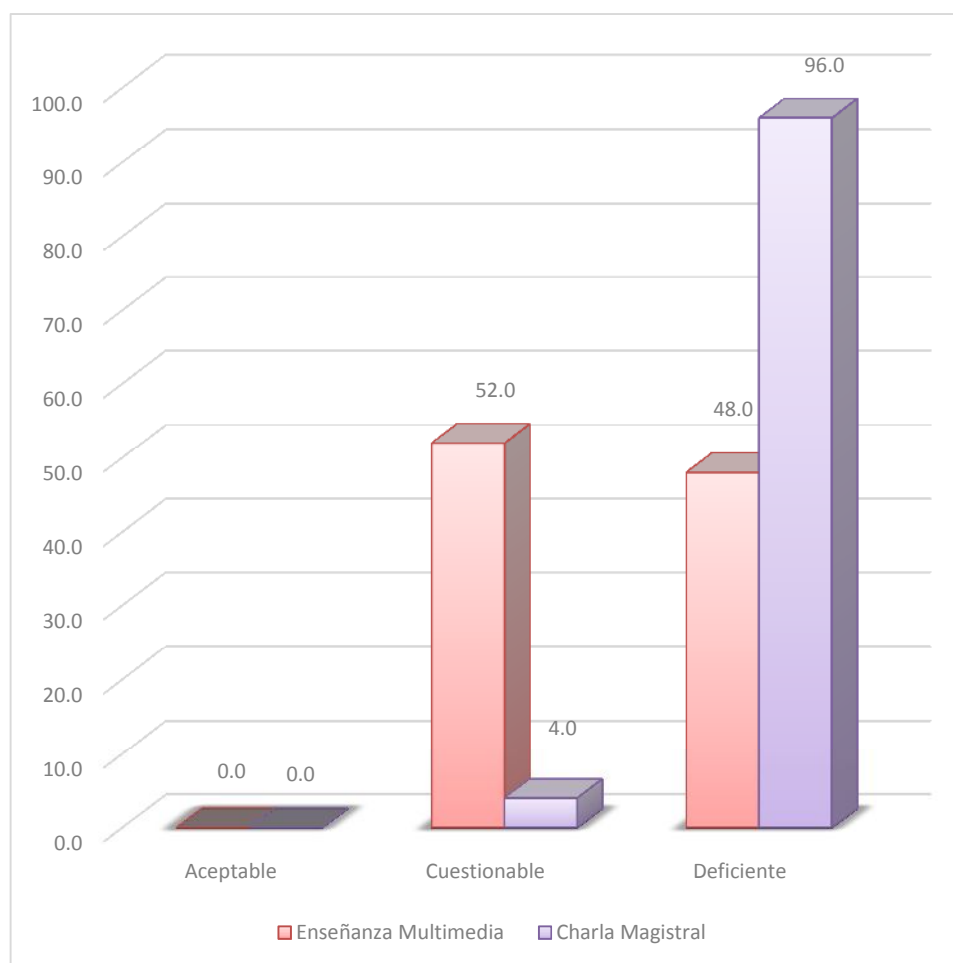
Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar que en el grupo al cual se le sometió a la enseñanza multimedia, la mayoría de sus integrantes (52.0%) tenían un índice de higiene oral de O'Leary cuestionable, en tanto en el grupo de la charla magistral la gran mayoría de ellos (96.0%) presentaban un índice deficiente. Según la prueba estadística, estas diferencias son significativas, por tanto podemos afirmar que el grupo sometido a la enseñanza multimedia fue mejor que el de la charla magistral para disminuir el índice de higiene oral.

Desde la perspectiva cuantitativa, se evidencia que en el grupo al cual se le aplicó la enseñanza multimedia, el índice de higiene oral de O'Leary era, en promedio, 24.43, mientras que en el grupo de la charla magistral, el promedio fue de 36.71. Según la prueba estadística, estas diferencias son significativas, es decir, el grupo sometido a la enseñanza multimedia fue mejor que el de la charla magistral, puesto que obtuvo un valor menor del índice.

GRAFICO N° 14

**COMPARACIÓN DE LA MEDICIÓN FINAL DEL ÍNDICE DE HIGIENE
ORAL DE O'LEARY EN NIÑOS ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 15

**COMPORTAMIENTO DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO DE ENSEÑANZA MULTIMEDIA**

Grupo Enseñanza Multimedia	Índice de Higiene Oral			
	Basal		Final	
	N°	%	N°	%
Aceptable	0	0.0	0	0.0
Cuestionable	0	0.0	13	52.0
Deficiente	25	100.0	12	48.0
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Media Aritmética (Promedio)	57.90		24.43	
Desviación Estándar	16.24		5.93	
Valor Mínimo	27.00		15.00	
Valor Máximo	85.50		35.00	
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Total	25	100.0	25	100.0

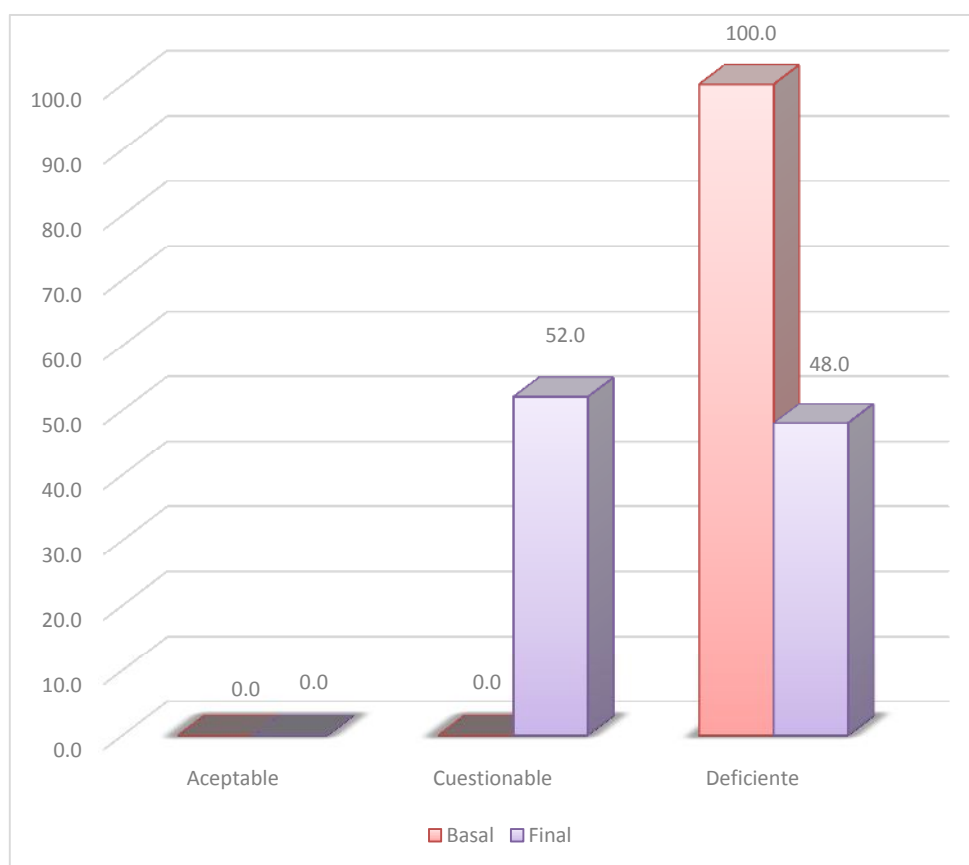
Fuente: Matriz de datos

En esta tabla podemos observar que, antes de la intervención con la enseñanza multimedia, el total de unidades de estudio presentaron un índice de higiene oral de O'Leary deficiente, en tanto, después de la intervención la mayoría de ellos (52.0%) tenían un índice catalogado como cuestionable. Según la prueba estadística, estas diferencias son significativas, por tanto, hubo cambios, los cuales fueron positivos, puesto que el índice mejoró.

Desde la perspectiva cuantitativa, antes de la intervención, el promedio encontrado del índice de higiene fue de 57.90, el cual disminuyó hasta 24.43 al final de la intervención. Estas diferencias son significativas estadísticamente, por lo que podemos afirmar que hubo cambios, puesto que el índice decreció.

GRAFICO N° 15

COMPORTAMIENTO DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS D EL GRUPO DE ENSEÑANZA MULTIMEDIA



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 16

**COMPORTAMIENTO DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO DE CHARLA MAGISTRAL**

Grupo Charla Magistral	Índice de Higiene Oral			
	Basal		Final	
	N°	%	N°	%
Aceptable	0	0.0	0	0.0
Cuestionable	0	0.0	1	4.0
Deficiente	25	100.0	24	96.0
P	0.312 (P ≥ 0.05) N.S.			
Media Aritmética (Promedio)	59.06		36.71	
Desviación Estándar	17.35		9.41	
Valor Mínimo	27.00		16.00	
Valor Máximo	89.90		58.90	
P	0.000 (P < 0.05) S.S.			
Total	25	100.0	25	100.0

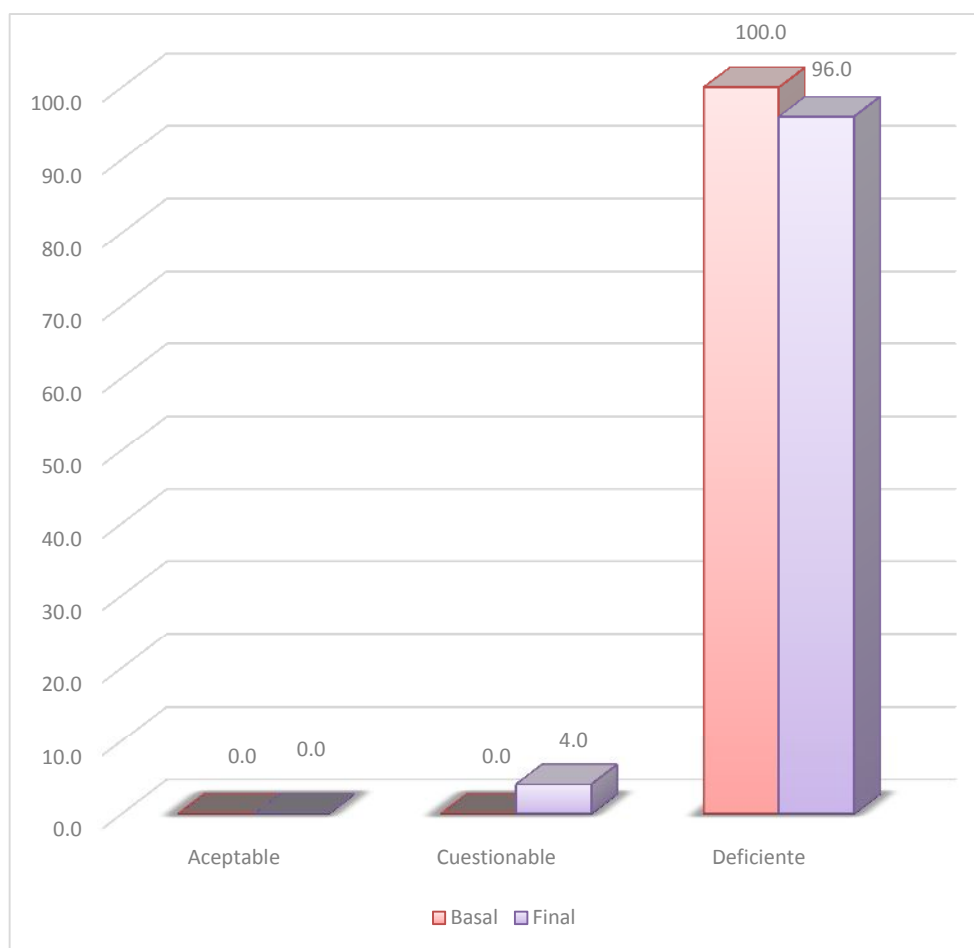
Fuente: Matriz de datos

En esta tabla podemos observar que, antes de la intervención con la charla magistral, el total de unidades de estudio presentaron un índice de higiene oral de O'Leary deficiente, en tanto, después de la intervención la mayoría de ellos (96.0%) seguía presentando un índice deficiente. Según la prueba estadística, estas diferencias no son significativas, por tanto, no hubo cambios.

Desde la perspectiva cuantitativa, antes de la intervención, el promedio encontrado del índice de higiene fue de 59.06, el cual disminuyó hasta 36.71 al final de la intervención. Estas diferencias son significativas estadísticamente, por lo que podemos afirmar que hubo cambios, puesto que el índice decreció.

GRAFICO N° 16

COMPORTAMIENTO DEL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN
NIÑOS DEL GRUPO DE CHARLA MAGISTRAL



Fuente: Matriz de datos

DISCUSIÓN

Con respecto a la medición basal del Índice de Higiene Oral de O'Leary entre los grupos de estudio se encontró que el 100.0% de ambos grupos empezaron en las mismas condiciones, cifras que coinciden con las reportadas por Vásquez Mejía (2009).

En el grupo de los que recibieron la intervención con la enseñanza multimedial el 52.0% de los niños evaluados presentaron un Índice de Higiene Oral de O'Leary cuestionable, mientras que el 17.1% de los niños evaluados por Vásquez Mejía (2009), presentaron una buena higiene bucal.

En cuanto a la evaluación realizada a los padres de familia que recibieron la enseñanza multimedia el 64.0% tenían un nivel de conocimientos bueno, mientras que los padres que recibieron la charla magistral se demostró que el 60.0% de ellos presentaron un nivel regular, si se compara con lo estudiado por Vásquez Mejía (2009), se observó que el 21.1% de padres con nivel de conocimiento bueno.

Dichos resultados muestran que existe una relación significativa entre el nivel de educación de salud bucal de padres y estado de higiene bucal del niño con discapacidad intelectual ($P < 0.05$) dichos resultados coinciden con la relación de significancia para ($p=0.037$) reportados por Vásquez Mejía (2009) y el nivel de relación de significancia presentado en el estudio de Cabellos (2006) con un ($p= 0.047$).

En tanto a los niños con Síndrome de Down, retardo mental y Autismo, el grupo de los que recibieron la intervención con la charla magistral el 96.0% de los niños evaluados presentaron un Índice de Higiene Oral de O'Leary deficiente, mientras que el 17.1% de los niños evaluados por Vásquez Mejía (2009), presentaron una buena higiene bucal.

Comparando ambos resultados nos podemos dar cuenta que el Índice de Higiene Oral de O'Leary que presentaron los niños cuyos padres recibieron la enseñanza multimedia tuvo mejores resultados de los que recibieron la charla magistral.



CONCLUSIONES

PRIMERA:

La enseñanza multimedia produjo en un 64.0% de los padres de familia un aumento en cuanto al nivel de conocimiento que tenían sobre la higiene oral catalogado como bueno, y en sus hijos el Índice de Higiene Oral de O'Leary que se mostró en el 52.0% de ellos fue cuestionable.

SEGUNDA:

La charla magistral produjo en un 60.0% de los padres de familia un aumento en cuanto al nivel de conocimiento que tenían sobre la higiene oral catalogado como regular, y en sus hijos el Índice de Higiene Oral de O'Leary que se mostró en el 96.0% de ellos fue deficiente.

TERCERA:

Estadísticamente comparando ambos métodos de enseñanza existe una diferencia significativa.

CUARTA:

La hipótesis sustenta que la enseñanza multimedia es más eficaz que la charla magistral en el nivel de conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O'Leary es sus hijos con síndrome de Down, autismo y retardo mental demostrando una notable mejoría, se demostró estadísticamente que los resultados obtenidos comprobando dicha hipótesis, siendo aceptada.

RECOMENDACIONES

Primera

Se recomienda a la institución educativa que incentive mediante charlas a los padres de familia, para que obtengan mayor información sobre temas de Higiene Oral o sobre la Higiene en general, con el objetivo que sus niveles de conocimientos sobre dichos tema sean más amplios para así crear hábitos en sus hijos con Síndrome de Down, autismo y retardo mental.

Segunda

Se recomienda incentivar a los docentes de dicha institución a preocuparse sobre la higiene oral y general de sus alumnos con discapacidades diferentes para que mejoren su índice de Higiene Oral y su salud en general.

Tercera

Promover la creación de talleres para impulsar la participación de padres y docentes en la implementación de acciones conducentes a mejorar la salud bucal de los niños. Para ello se debe de promover en las escuelas de odontología a nivel nacional, la creación de clínicas para personas con habilidades diferentes, en donde se capaciten a los estudiantes sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucodentales en personas con diferentes discapacidades.

Cuarta

Promover el apoyo del Club Rotary para implementar a los Centros Educativos Básicos Especiales con instrumentos de Higiene Oral para los niños con discapacidades para que practiquen su técnica de cepillado en la escuela.

BIBLIOGRAFÍA

- ORTEGA CANTERO, Manuel. *Enseñanza multimedial*. MAD-Eduforma 2006
- ESTEBARANZ GARCÍA, Araceli. *Didáctica e innovación curricular*. Universidad de Sevilla, 1999
- GONZALES ORNELAS, Virginia. *Estrategias de enseñanza y aprendizaje*. MAD-Eduforma 2006
- ANDUEZA, MARÍA, *Dinámica de Grupos en Educación*, Editorial Trillas, México,.
- JOHN BURVILLE BIGGS, John Biggs. *Calidad del aprendizaje universitario*. Narcea Ediciones, 3 nov. 2004
- MARTINEZ, Hector. *Introducción a las ciencias sociales* Cengage Learning Latin America, 2007
- BOGOÑA, Graos. ROMAÑA, Teresa. *Ser profesor: palabras sobre la docencia universitaria*. Edicions Universitat Barcelona, 1999 volumen 35
- LINDHE. *Periodontologia Clínica E Implantologia Odontologica*. Ed. Médica Panamericana, 2009
- VALENCIA. *Diplomados de enfermería del consorcio Hospital General Universitario*. MAD-Eduforma 2006
- CASTILLA. LEON. *Higienistas Dentales*. Volumen 2 MAD-Eduforma 2006
- *Auxiliares de Enfermeria Del Servicio Navarro de Salud-osasunbidea volumen 2* MAD-Eduforma 2006
- LASERNA SANTOS, Vicente. *Higiene Dental Personal Diaria*. Trafford Publishing, 2008
- NORMAN, O. Harris. GARCÍA-GODOY, Franklin. *Odontología preventiva primaria*. Editorial El Manual Moderno, 2005

- BARRANCOS MOONEY, Julio. J. BARRANCOS, Patricio. *Operatoria dental: integración*. Editorial Médica Panamericana, 1981,
- WILKINSON, J. B. MOORE, Marta A. RODRÍGUEZ NAVARRO, Dario. RODRÍGUEZ, Devesa. *Cosmetología de Harry*. Ediciones Díaz de Santos, 1990
- TALLIS, Jaime. ESTERKIND DE CHEIN , Ana E. *Retraso mental en niños y adolescentes: aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos*. Noveduc Libros, 2006
- RUIZ REYES, Rafaela. *Síndrome de Down y logopedia*. Cultivalibros, 2009



HEMEROGRAFIA

- VÁSQUEZ MEJIA Marisabel. *Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes*. Lima - Perú 2009.
- ALTAGRACIA PIRELA DE MANZANO, Carmen Rosa Salazar y Moisés A. Manzano. *Patología bucal prevalente en niños excepcionales*
- MARIGER SERRANO, Angie Torrelles, Yanet Simancas. *Estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual*





ANEXOS



ANEXO N° 1

MODELO DE FORMULARIOS

DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO O'LEARY

EDAD:.....

DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO O'LEARY

era consulta	%	Fecha:
--------------	---	--------

$$\frac{\text{Cantidad de superficies teñidas} \times 100}{\text{Total de superficies presentes}}$$

EDIO:

OBIA:

FORMULARIO PARA PADRES DE FAMILIA

Diagnóstico:.....Fecha:.....
Edad del niño:.....Edad del Padre:.....
Grado de instrucción del apoderado.....

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de familia del C.E.B.E. Nuestra Señora de la Candelaria, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

I. Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (x) solo podrá marcar una respuesta.

1. ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

- a) jaboncillo, toalla, shampoo
- b) afeitador, crema de afeitar, espejo.
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental.

2. ¿Para qué sirve el cepillado de los dientes?

- a) Para dejar la superficie de los dientes de color blanco
- b) Para eliminar placa y restos alimentarios
- c) Para quitar las manchas de color amarillo de los dientes

3. ¿Cuál de las técnicas de cepillado nombradas es la más correcta?

- a) Técnica circular o de Fones.
- b) Técnica de fregado u horizontal.
- c) Técnica vertical rotatoria/ de barrido/ de Stillman modificada.

4. ¿Principalmente cuándo deben cepillarse los dientes?

- a) antes de las comidas.
- b) después de las comidas.
- c) solo al acostarse.
- d) solo al levantarse.

5. ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?

- a) no sé.
- b) 30 segundos.
- c) 1 a 2 minuto.
- d) 2 a 3 minutos.

6. ¿De qué cree usted que depende el cepillado dental?

- a) Diseño del cepillo, destreza de la persona, frecuencia y duración del cepillado
- b) Tipo de pasta dental, color del cepillo y del tiempo
- c) Forma de la boca y de la cantidad de los dientes

7. ¿Qué características debe tener un cepillo dental?

- a) Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto.
- b) Que las cerdas sean duras y de un solo color.
- c) Que las cerdas sean rectas y el mango también.
- d) Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo.

8. ¿Cuál es el cepillo dental recomendado por la ADA ?

- a) Un cabezal de superficie 2,8-5 cm de largo, 3-1 cm de ancho, con 9-10 hileras de fibras, y 10-18 penachos por hilera
- b) Un cabezal de superficie 2,5-3 cm de largo, 0,5-1 cm de ancho, con 2-4 hileras de fibras, y 5-12 penachos por hilera
- c) Un cabezal de superficie 11-12 cm de largo, 5-6 cm de ancho, con 2-4 hileras de fibras, y 16-20 penachos por hilera
- d) No se

9. ¿Cuáles son los elementos auxiliares para la higiene dental?

- a) Cepillo dental, Hilo dental, dieta
- b) Colutorio, dieta, cepillo ortodontico
- c) Pasta dental, Hilo dental, Colutorios

10. ¿Cuál es la función de la pasta dental?

- a) Función preventiva
- b) Función restauradora
- c) Función reparativa

11. ¿Cuál es la cantidad adecuada de pasta dental que se debe de utilizar?

- a) De 0.5 a 1 cm
- b) De 2 a 3 cm
- c) De 3 a más cm
- d) No se

12. ¿Cuál es la función del hilo dental?

- a) Remueve la placa y propaga las caries
- b) Remueve la placa y disminuye el sangrado gingival
- c) Aumenta el sangrado gingival
- d) No se

13. ¿Cuándo se deben de utilizar los colutorios?

- a) Siempre
- b) Después de cada comida
- c) Cuando lo recete el odontólogo
- d) Nunca

14. ¿Cuáles son las recomendaciones después de usar el colutorio?

- a) No comer nada durante la próxima hora
- b) No tomar o comer ningún alimento durante los próximos 30 minutos
- c) Enjuagarse la boca después de usar el colutorio

15. ¿Considera que la dieta de su hijo influye en la higiene bucal?

- a) Si
- b) No

16. ¿Cuál de estos alimentos cree usted que influye en la dieta?

- a) Alimentos azucarados
- b) Verduras
- c) Carbohidratos y frutas

17. ¿Cuál es la consistencia de los alimentos perjudiciales para la salud bucal?

- a) Líquido
- b) Semi blando
- c) Espeso
- d) Duro

18. ¿Cuál es la influencia de la dieta en el medio oral?

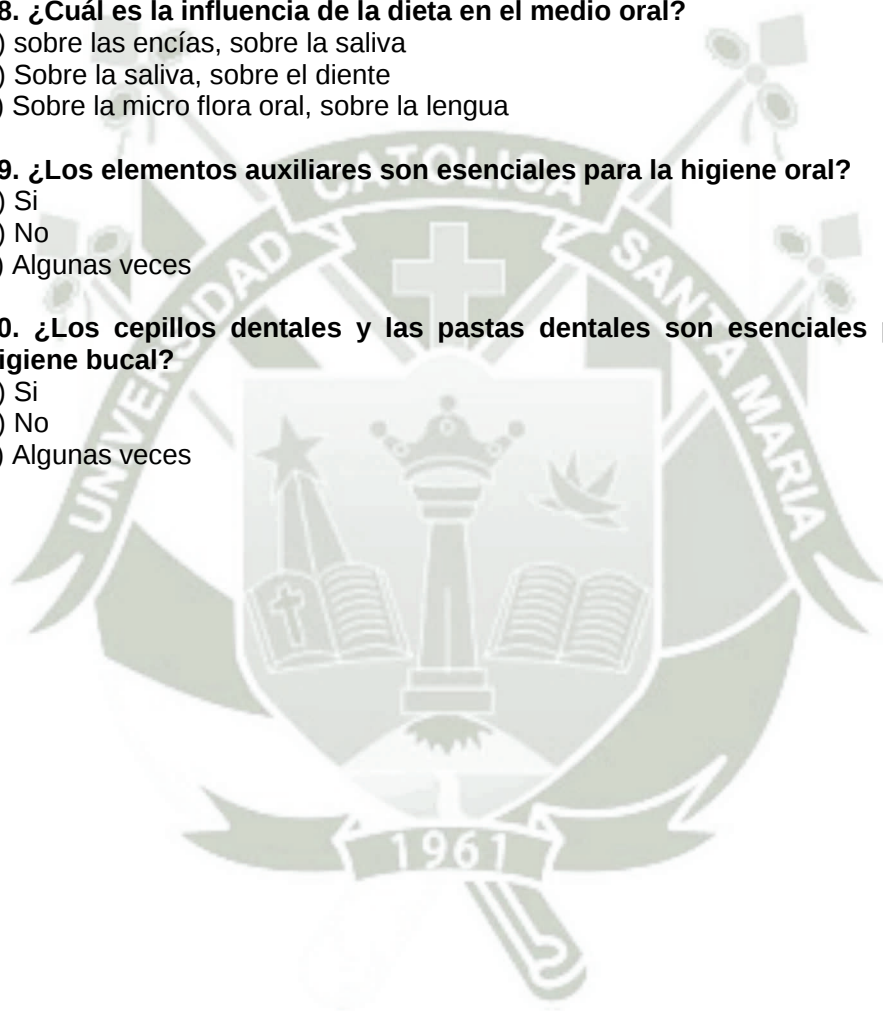
- a) sobre las encías, sobre la saliva
- b) Sobre la saliva, sobre el diente
- c) Sobre la micro flora oral, sobre la lengua

19. ¿Los elementos auxiliares son esenciales para la higiene oral?

- a) Sí
- b) No
- c) Algunas veces

20. ¿Los cepillos dentales y las pastas dentales son esenciales para la higiene bucal?

- a) Sí
- b) No
- c) Algunas veces





ANEXO N° 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

MATRIZ DE FORMULARIO INDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN, AUTISMO Y RETARDO MENTAL EN EL GRUPO EXPERIMENTAL

ALUMNO	Índice de Higiene oral de O'leary (GE) Pre-test	Índice de Higiene oral de O'leary (GE) Post-test
Alumno N 1	61.9	30
Alumno N 2	65	28
Alumno N 3	68.6	27.6
Alumno N 4	71	33.9
Alumno N 5	75.9	31.5
Alumno N 6	61.9	29.3
Alumno N 7	55.3	20.9
Alumno N 8	40	20
Alumno N 9	59.9	21.5
Alumno N 10	45	18.9
Alumno N 11	48.9	22
Alumno N 12	65.9	30
Alumno N 13	67.5	26
Alumno N 14	55.9	19
Alumno N 15	41	19.9
Alumno N 16	35	17
Alumno N 17	66	20
Alumno N 18	43.9	24.6
Alumno N 19	29.9	16
Alumno N 20	80.9	33.9
Alumno N 21	85.5	35
Alumno N 22	79	28
Alumno N 23	71.6	21.9
Alumno N 24	27	15
Alumno N 25	45	21

**MATRIZ DE FORMULARIO INDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY
EN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN, AUTISMO Y RETARDO
MENTAL EN EL GRUPO CONTROL**

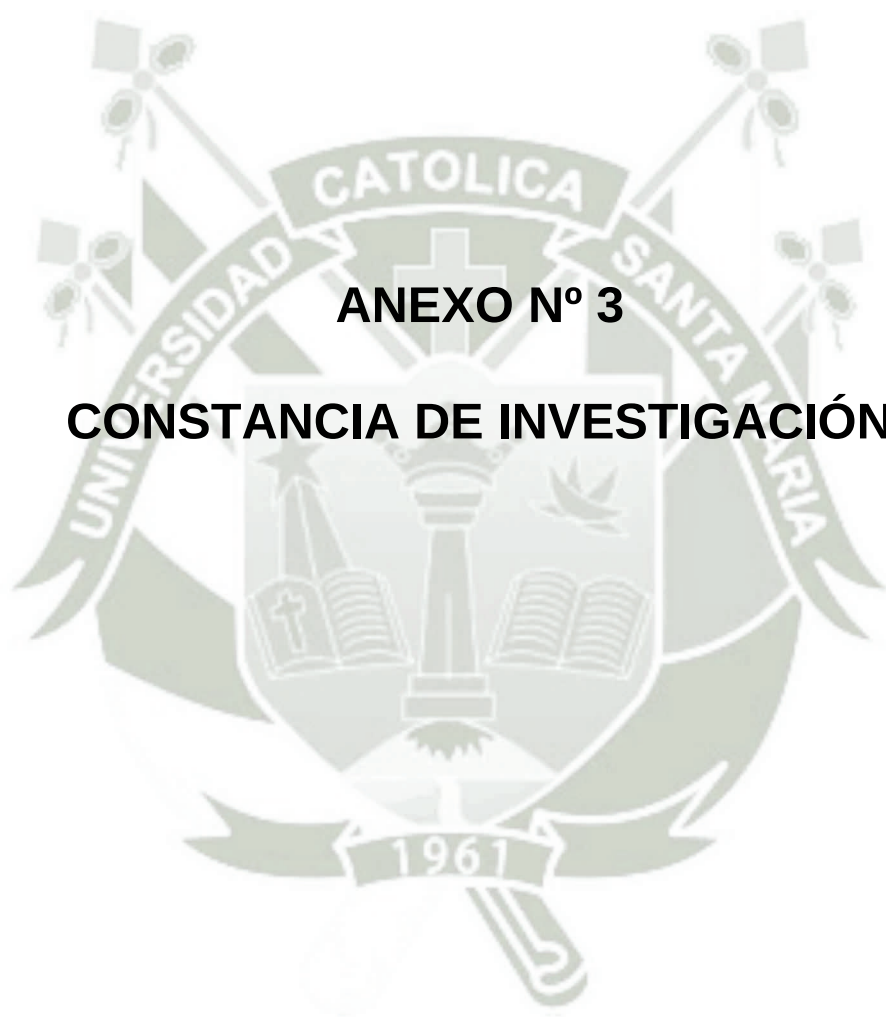
ALUMNO	Índice de Higiene oral de O'leary (GC) Pre-test	Índice de Higiene oral de O'leary (GC) Post-test
Alumno N 26	51	44
Alumno N 27	61	32
Alumno N 29	66	34
Alumno N 29	51.9	24
Alumno N 30	71.5	31.8
Alumno N 31	69	33.5
Alumno N 32	45.6	25.5
Alumno N 33	46	33
Alumno N 34	52	31.6
Alumno N 35	45	37.5
Alumno N 36	75.9	45
Alumno N 37	68.5	44.9
Alumno N 38	69.9	47.8
Alumno N 39	86.9	58.9
Alumno N 40	41	35.9
Alumno N 41	75	48.4
Alumno N 42	49.9	35.6
Alumno N 43	55.6	39.8
Alumno N 44	32.5	25.6
Alumno N 45	88.6	46
Alumno N 46	67.3	33.4
Alumno N 47	89.9	44.9
Alumno N 48	55.6	39.7
Alumno N 49	34	29
Alumno N 50	27	16

**MATRIZ DE FORMULARIO DE PREGUNTAS A PADRES DE FAMILIA
QUE RECIBIERON UNA ENSEÑANZA MULTIMEDIAL EN EL GRUPO
EXPERIMENTAL**

PADRE DE FAMILIA	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL (GE) Pre-test	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL (GE) Post-test
Padre N 1	4	13
Padre N 2	5	14
Padre N 3	6	14
Padre N 4	5	15
Padre N 5	3	14
Padre N 6	5	15
Padre N 7	4	16
Padre N 8	2	14
Padre N 9	5	18
Padre N 10	6	14
Padre N 11	7	16
Padre N 12	5	12
Padre N 13	3	13
Padre N 14	4	19
Padre N 15	2	16
Padre N 16	8	17
Padre N 17	0	13
Padre N 18	7	15
Padre N 19	1	10
Padre N 20	4	13
Padre N 21	5	13
Padre N 22	3	16
Padre N 23	1	14
Padre N 24	4	14
Padre N 25	2	17

**MATRIZ DE FORMULARIO DE PREGUNTAS A PADRES DE FAMILIA
QUE RECIBIERON UNA CHARLA MAGISTRAL EN EL GRUPO
CONTROL**

PADRE DE FAMILIA	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL (GC) Pre-test	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL (GC) Post-test
Padre N 26	4	13
Padre N 27	7	14
Padre N 28	4	9
Padre N 28	5	12
Padre N 30	6	12
Padre N 31	8	11
Padre N 32	6	13
Padre N 33	8	13
Padre N 34	7	12
Padre N 35	5	8
Padre N 36	8	12
Padre N 37	8	13
Padre N 38	9	14
Padre N 39	5	15
Padre N 40	6	9
Padre N 41	5	10
Padre N 42	6	9
Padre N 43	8	11
Padre N 44	4	10
Padre N 45	6	11
Padre N 46	5	16
Padre N 47	7	12
Padre N 48	6	13
Padre N 49	8	13
Padre N 50	7	12



ANEXO N° 3

CONSTANCIA DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA

La que suscribe Coordinadora del C.E.B.E. "Nuestra Señora de la Candelaria.

Hace constar que:

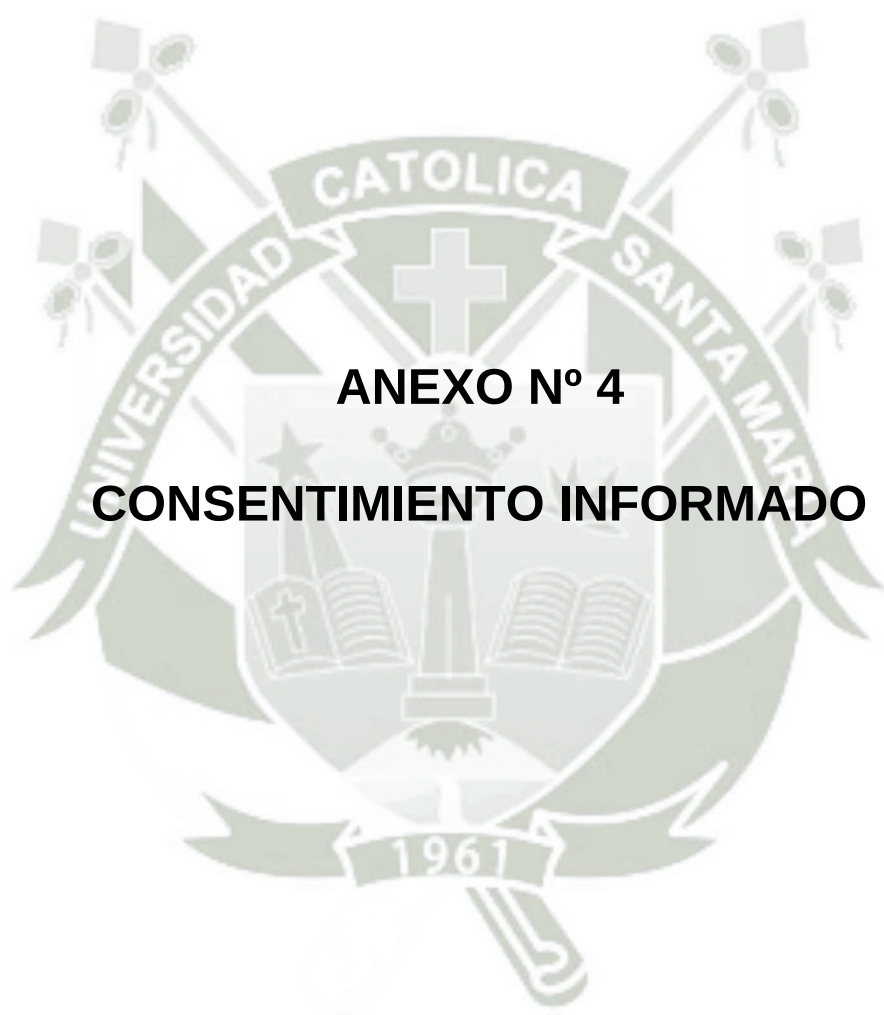
La **Srta. STEPHANIE BERMEJO VELGARA**, ha desarrollado su prueba de investigación titulada: **"EFICACIA DE LA ENSEÑANZA MULTIMEDIA Y DE LA CHARLA MAGISTRAL EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE ORAL EN PADRES DE FAMILIA, Y EN EL ÍNDICE DE HIGIENE ORAL DE O'LEARY EN SUS HIJOS CON SÍNDROME DE DOWN, AUTISMO Y RETARDO MENTAL DEL C.E.B.E. "NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA" AREQUIPA 2015"**.

Se emite esta constancia a mérito de lo actuado para fines que la interesada considere conveniente.

Arequipa, 28 de setiembre del 2015.



Julissa Delgado Cabrera
Coordinadora



ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

C.E.B.E. NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA

Señor

Padre de familia

Presente.

Reciba mi cordial saludo, a través del presente le solicito su autorización y su colaboración tanto de usted como de su hijo para la aplicación de una encuesta para evaluar el conocimiento sobre la higiene bucal, dicha encuesta será aplicada en usted y posteriormente se le realizara un examen bucal a su hijo para diagnosticar si tiene una adecuada higiene bucal donde se le aplicara una sustancia reveladora que indicara si su hijo se cepilla bien los dientes. Tanto su hijo como usted recibirán charlas sobre la higiene bucal para que mejore su cepillado dental.

Agradezco anticipadamente la atención que se sirva brindar al presente.

Srta. Stephanie Bermejo Velgara

Adjunto: consentimiento informado para su respectiva autorización

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con DNI _____
domiciliado (a) _____ en el
Distrito de _____.

Por este medio autorizo a la Srta. Stephanie Bermejo Velgara para hacer
un examen bucal a mi hijo (a) _____
utilizando una sustancia reveladora y para que reciba charlas sobre el
cepillado dental. Y la aplicación de un cuestionario sobre la higiene bucal
que aplico sobre mi hijo.

FIRMA

Nombre:

DNI: