



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL A LOS PADRES DE FAMILIA
QUE TIENEN HIJOS ESCOLARES CON SÍNDROME DE DOWN

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Autora:

Montenegro Saavedra, Thalía Jazmín

Asesora:

Peltroche Adrianzen, Nimia Olimpia

(ORCID: 000-0002-1311-1741)

Jurado:

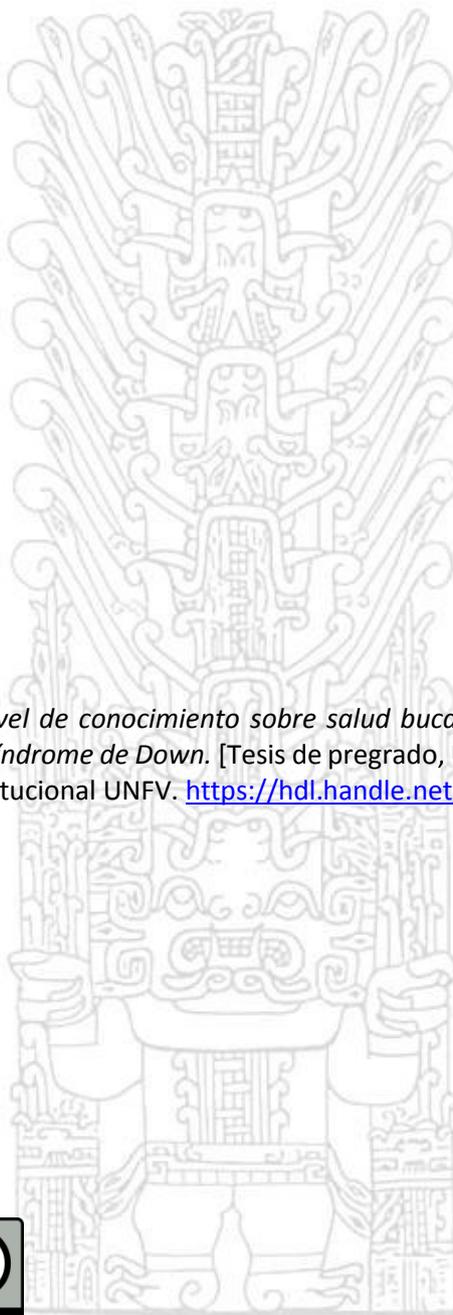
Meneses Gómez, Nadia Carolina

Vargas García, Dalila Liliana

Chuna Espinoza, Jorge Dante

Lima - Perú

2022



Referencia:

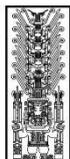
Montenegro, T. (2022). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6339>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL A LOS PADRES DE FAMILIA
QUE TIENEN HIJOS ESCOLARES CON SINDROME DE DOWN

Líneas de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

Autora:

Montenegro Saavedra, Thalía Jazmín

Asesora:

Peltroche Adrianzen, Nimia Olimpia

(ORCID: 000-0002-1311-1741)

Jurado:

Meneses Gómez, Nadia Carolina

Vargas García, Dalila Liliana

Chuna Espinoza, Jorge Dante

Lima-Perú

2022

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por guiarme y darme el soporte que necesitaba durante toda esta etapa vivida hasta cumplir mi objetivo.

A mi madre por ser mi pilar, estar conmigo de manera incondicional apoyándome y sostener mi mano durante estos años de pregrado hasta mi proceso de elaboración de trabajo de tesis.

A mi padre, mis hermanos, mis tíos y mi mama Polita porque siempre estuvieron apoyándome emocionalmente.

A mi novio por estar presente en todo este carrusel de emociones vividas.

A mi asesora Peltroche Adrianzen Nimia Olimpia por sus conocimientos, sugerencias y paciencia.

DEDICATORIA

Dedicado con todo el cariño del mundo a mi madre, siempre serás la primera persona a quien vaya corriendo a contarle mis triunfos, te amo con todo mi corazón.

A mi padre y mis hermanos, que con cada palabra de aliento hicieron que no me rinda aun cuando todo se complicaba.

Índice

Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
1.1 Descripción y formulación del problema	2
1.2 Antecedentes	4
1.3 Objetivos	10
-Objetivo General	10
-Objetivos Específicos	10
1.4 Justificación	10
II. Marco Teórico	
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	12
III. Método	
3.1 Tipo de investigación	25
3.2 Ámbito temporal y espacial	25
3.3 Variables	25
3.4 Población y muestra	28
3.5 Instrumentos	29
3.6 Procedimientos	29
3.7 Análisis de datos	31

3.8 Consideraciones éticas	31
IV. Resultados	33
V. Discusión de resultados	41
VI. Conclusiones	44
VII. Recomendaciones	46
VIII. Referencias	47
IX. Anexos	51

Resumen

Este presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down en Lima –Perú del año 2022. El estudio fue descriptivo, prospectivo y transversal abarcando a 121 estudiantes como grupo de estudio entre 3 y 20 años de dos instituciones: CEBE 04 Miraflores y Grupo: Síndrome de Down en acción. Se utilizó el cuestionario titulado “Nivel de conocimiento sobre salud oral a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down” en 121 padres, el cual cuenta con veinte preguntas divididas en cuatro dimensiones (medidas de prevención, enfermedades bucodentales, preguntas sobre epidemiología, conocimientos sobre higiene oral). Los resultados en el nivel de conocimiento sobre salud oral con mayor porcentaje fue regular en un 56.2%, en el segundo lugar por un nivel de conocimiento malo en un 28.1% y finalizando con un nivel de conocimiento bueno en un 15.7%. Para la dimensión elementos de higiene oral, el 63.6% de los padres presentaron nivel regular de conocimientos, para las medidas preventivas de salud oral también fue en su mayoría regular en un 76%. Por otro lado, para los aspectos epidemiológicos, la mayor frecuencia fue para el nivel malo en un 67.8%, de la misma forma, para la dimensión de enfermedades bucales, la mayoría de los participantes, el 66.1% presentó nivel malo de conocimientos. No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel del conocimiento y las variables sociodemográficas analizadas. Se llega a la conclusión que el nivel de conocimiento sobre salud bucal es regular, asimismo se recomienda para evitar la realización de tratamiento restaurativos e invasivos aplicar medidas preventivas odontológicas en casa, y así se hará un trabajo en equipo entre el profesional de salud odontológico y los padres de familia.

Palabras clave: salud bucal, síndrome de down, enfermedades bucales, epidemiología, higiene bucal.

Abstract

This present study aimed to evaluate the level of knowledge about oral health in parents who have school children with Down Syndrome in Lima -Peru in the year 2022. The study was descriptive, prospective and cross-sectional, encompassing 121 students as a group of study between 3 and 20 years of two institutions: CEBE 04 Miraflores and Group: Down Syndrome in action. The questionnaire entitled "Level of knowledge about oral health for parents who have school children with Down Syndrome" was used in 121 parents, which has twenty questions divided into four dimensions (prevention measures, oral diseases, questions about epidemiology, knowledge of oral hygiene). The results in the level of knowledge about oral health with the highest percentage was regular in 56.2%, in second place due to a bad level of knowledge in 28.1% and ending with a good level of knowledge in 15.7%. For the oral hygiene elements dimension, 63.6% of the parents presented a regular level of knowledge. For oral health preventive measures, it was also mostly regular at 76%. On the other hand, for the epidemiological aspects, the highest frequency was for the bad level in 67.8%, in the same way, for the dimension of oral diseases, the majority of the participants, 66.1%, presented a bad level of knowledge. No statistically significant relationships were found between the level of knowledge and the sociodemographic variables analyzed. It is concluded that the level of knowledge about oral health is regular, it is also recommended to avoid restorative and invasive treatment to apply preventive dental measures at home, and thus teamwork will be done between the dental health professional and the parents.

Keywords: oral health, down syndrome, oral diseases, epidemiology, oral hygiene.

I. Introducción

El conocimiento es la primera etapa para mantener la prevención en las enfermedades bucodentales sobre todo en niños con discapacidad que son los más afectados.

Un buen estado de la salud bucal ayuda a la mejora de la salud general de toda persona, cada día el hombre se hace más conocedor sobre los temas de salud y su importancia. La salud bucal debe ser un derecho de toda persona desde que nace hasta su edad adulta sin hacer excepciones ya sea su clase económica o religiosa.

Las personas con Síndrome de Down (SD) se mantienen expuestas a sufrir de infecciones orales y puedes ocasionar incertidumbre al paciente. Gómez (2014) refiere que la población con SD padece de xerostomía, malformaciones dentales, mal oclusiones, macroglosia, lengua fisurada, enfermedades periodontales y otras manifestaciones bucodentales; por ello se necesita una inspección anticipada, y las visitas constantes al odontólogo.

El poco interés que presentan los padres a cerca de la salud bucal de sus niños es la causa principal para que se presente deterioro de su cavidad bucal, si a ello se le agrega una mala higiene, erupción dentaria desordenada, problemas genéticos propio del síndrome de Down, xerostomía, la enfermedad bucodental empeorara. (Quispe, 2013)

Años anteriores los padres con hijos con Síndrome de Down creían que ellos padecían constantemente por dolencias bucales y que estas dolencias aumentaban ya que no existía odontólogos especializados a ayudar a solucionar sus dolencias además que los niños con SD no soportan estar en lugares de alto estrés, ruido y tiempo de tratamiento. Con el pasar del tiempo esto ha ido cambiando ya que cada padre ha aumentado su nivel de educación y se han ido informando, así mismo los odontólogos cuentan con especialidades para poder ayudar a estos niños. Aun con todo lo que se ha ido avanzando no ha sido suficiente porque todavía este

conocimiento no ha llegado a varias familias; siendo así un reto para las instituciones, servicios hospitalarios y aun a los mismos padres.

La intervención de los Colegios Especiales Básicos sobre la promoción de la salud preventiva llegaría ser beneficioso e importante porque ayudará a alcanzar los conocimientos a todos los niños de la institución y al personal establecido.

Por medio del Colegio se puede llegar hacer programas educativos respecto a salud bucal alcanzando de manera directa a los escolares y docentes y de manera indirecta a familiares cercanos de ellos mismos, mediante estos estudiantes se llegaría a todo el núcleo familiar que rodea al niño.

Entonces tener el conocimiento sobre salud ayudará a tener un bienestar tanto general como bucal, la calidad de vida mejorará y no solo se ayudará a estos niños con SD sino a sus mismos padres a mejorar su propia salud.

Por consiguiente, este estudio se realizará de manera objetiva para evaluar el nivel de conocimiento de la salud bucal a los padres de familia que tienen hijos escolares con síndrome de Down en Lima, Perú; con el propósito de reflejar su situación y así se dé la mejora de la salud bucal de estos escolares.

1.1 Descripción y formulación del problema

Los problemas bucodentales que presentan las personas con SD no solo se da en personas vulnerables y propensas a diferentes enfermedades sistémicas que comprometen al sistema estomatognático sino también al descuido de sus padres que están en toda la responsabilidad de mejorar su calidad de vida, sino se da las visitas odontológicas a tiempo los tratamientos serán más complejos y en consecuencia la demanda de servicios hospitalarios será mayor y en mucho de los casos estos servicios no son cubiertos en su totalidad por el gobierno. (Quispe, 2013)

El conocimiento acerca de la salud bucal es demasiado importante ya que con ello se puede llegar a hacer prevención en el sistema estomatológico evitando así tratamientos complejos y de un alto grado de estrés. Como una población vulnerable en riesgo de padecer múltiples enfermedades, es importante que estas personas reciban atención preventiva y de seguimiento para evitar problemas graves que afecten a la cavidad oral como a su salud general. (Carrillo, 2017)

Según la Organización mundial de salud (OMS) todos los años nace un de mil de niños con anomalía congénita relacionada al Síndrome de Down. Esta condición es una anomalía congénita del cromosoma 21 debido a que presenta un cromosoma adicional, no se conoce las causas, pero se guarda relación con la edad de la embarazada. (Díaz, 2016)

A nivel mundial las cifras de personas que nacen con Síndrome de Down es 1 /1100 y a nivel nacional tenemos 6.21% con esta condición. (CONADIS, 2016)

Muchos de ellos padecen de retardo, movilidad motora deficiente de modo que tienen problemas para realizarse una buena y adecuada higiene bucal, por esta razón mucho de ellos necesitan el cuidado total de sus padres o personas que se encuentran a cargo de ellos para que puedan ser supervisados.

Se han realizado diferentes investigaciones acerca el nivel de conocimiento de salud bucal en niños que tengan alguna discapacidad, en este caso en niños con SD, a nivel Mundial en cambio en el interior del país se ha encontrado pocos estudios.

Es esencial adquirir el conocimiento mediante programas, charlas, participación y compromiso de los padres, debido que las personas con SD tienen limitaciones para poder llegar a tener una adecuada higiene oral.

El propósito del presente trabajo es evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia por lo mismo que ellos están cerca de sus hijos desde una edad temprana.

Por tanto, esta investigación tiene la intención de responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down?

1.2 Antecedentes

Chávez (2021). En la ciudad de Lima se efectuó un estudio descriptivo cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en los padres de personas con Síndrome de Down de una asociación “colectivo 21”. Se realizó un cuestionario de 20 preguntas en total, estas divididas en 4 dimensiones en donde participaron total 94 padres de familia, para poder ser calificado el cuestionario se dividió en muy bueno-bueno-regular y malo. El resultado obtenido en el nivel de conocimiento de salud oral fue el siguiente: nivel bueno con 47.9%, a esto le siguió un nivel regular con 35.1%, después un nivel malo en 10.6% y para finalizar con un nivel muy bueno de 6.4%; según su edad las personas que mayor abarcaron estaban entre los 20-39 años con un nivel de conocimiento bueno; según el grado de instrucción el que supero fue el del nivel universitario con un nivel de conocimiento bueno. Se concluye que si los padres llegan a saber los factores involucrados en la salud oral sus hijos se podrá tener una mayor prevención en la salud oral y así evitar que las personas con SD pasen por tratamiento más invasivos que requieran mayor tiempo y mayor estrés para ellos.

Matos (2018). En el distrito de San Juan de Lurigancho, Perú. Se realizó esta investigación descriptiva observacional, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre prevención de salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional de CEBE Señor de la esperanza en el periodo del 2017. Se ejecutó la investigación con la participación de 60 progenitores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, mediante una encuesta de 12 preguntas los resultados de la investigación sobre el nivel de conocimiento en prevención de salud bucal fue un nivel regular con 48.9%, nivel de conocimiento malo de 27.6% y finalizando con nivel de conocimiento bueno de 25%. La

conclusión fue un nivel de conocimiento regular sobre prevención de la salud bucal abarcando así a casi toda la población participada.

Ozgul et al. (2018) En Turquía se hizo una investigación de tipo transversal donde su principal objetivo fue evaluar las actitudes y conocimientos de los padres sobre la salud bucal en un grupo de personas con Síndrome de Down. Antes de realizarse el cuestionario se necesitó la aprobación necesaria del comité de ética de dicho lugar y el consentimiento informado firmado por los padres de familia, posterior a ello se hizo el envío del cuestionario por internet. Este cuestionario fue dividido en 3 partes con 43 preguntas y al cabo de un mes tenían que ser devueltas, se utilizaron criterios de exclusión. Solo participaron 103 personas con Síndrome de Down de los cuales 40 eran niñas y 63 niños, 47.57% de los padres de familia recibieron información sobre higiene bucal, 21.3% los padres llevaron a consulta odontológica dentro de los 6 meses, 24.27% afirmaron nunca llevar al odontólogo a sus hijos, 57.28% llevaron a sus hijos para un examen clínico, un total de 66% prefieren a un odontólogo especializado, un 42.71% tuvieron problemas al durante un examen bucal. Se llega a la conclusión de que los padres necesitan más atención odontológica especializada para sus hijos, y que los padres obtengan mayor información sobre la salud bucal para sus hijos ya que son los principales cuidadores de ellos.

Jara (2018) En Perú realizó un estudio de tipo descriptivo observacional cuyo objetivo era determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down del Centro de Educación Básica Especial C.E.B.E. UGEL 02 del distrito de independencia. Participaron total 40 padres que cumplieron con criterios de inclusión y exclusión, este instrumento fue validado por juicios de expertos en el año 2013 y consta de 22 preguntas. El resultado sobre nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal en sus hijos con SD se observa que 50% muestran nivel regular, nivel de conocimiento sobre prevención salud bucal fue 62.5% nivel bajo, nivel de conocimiento sobre higiene bucal 57.5% nivel bajo,

nivel de conocimiento sobre enfermedad bucodentales 52.5% nivel bajo, nivel de conocimiento sobre visitas odontológicas 55% nivel bajo. Se concluye que casi todo el cuestionario resultó nivel bajo y se recomienda capacitar a los padres para que se logre mejoría en su salud bucal.

Hiranya et al. (2018) En Indonesia se hizo una investigación y su objetivo fue determinar el efecto del uso del libro de salud bucal y dental sobre los conocimientos y habilidades de los padres con niños con síndrome de Down en la realización de la atención de la salud bucal de los niños. Se realizó un estudio cuasiexperimental tomando como diseño un pretest y postest con la colaboración de 36 padres de familia que pertenecían al POTADS. Se dieron resultados favorables sobre: el conocimiento de los padres sobre el cuidado y las condiciones de la salud bucal y dental después de leer los libros educativos de 4.44 ± 0.856 y 7.47 ± 2.274 a 6.69 ± 0.856 y 9.00 ± 1.394 respectivamente, de igual manera hubo incrementación de las habilidades de los padres de familia en la realización de la atención de la salud bucal y dental de los niños con síndrome de Down. La conclusión sería que aumento el conocimiento de los padres sobre el cuidado bucal y la condición de los niños con síndrome de Down; y también hubo mejora de las habilidades sobre el cuidado bucal de sus hijos con síndrome de Down.

Torres (2018) en Iquitos se realizó una investigación descriptiva no experimental cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene de sus hijos en el CEBE del Iquitos. Para dicho estudio participaron 62 alumnos y padres de dicha institución y cada una de las muestras fue obtenida mediante un cuestionario y también una ficha donde se recolectó el índice de higiene oral de cada estudiante en participación. Los resultados fueron una buena relación entre el nivel de conocimiento de su salud bucal con su higiene oral. La conclusión es que las dos variables llegan a ser dependientes.

Rodríguez y Peña (2017) En Santiago de Cuba se realizaron un estudio descriptivo y transversal cuyo objetivo era evaluar la actitud de los tutores legales de los pacientes con Síndrome de Down en el policlínico “Julián Grimau García”. En este estudio fue necesario del partícipe de 21 familias que por lo menos haya un miembro de ellos con Síndrome de Down, se consideraron algunas variables para este estudio como la edad, actitud salutogénica y no salutogénica bucal, tipos de familia (receptiva, no receptiva, sobreprotectora), nivel de conocimiento de los tutores legales sobre higiene bucal (adecuado, inadecuado), estado de salud bucal en personas con Síndrome de Down, condiciones del paciente con Síndrome de Down. En los resultados se observó un 71,5% de personas con discapacidad intelectual, personas no receptivas presentaban mayor porcentaje de enfermedad bucal (92,3%), en un 88,8% de los pacientes con Síndrome de Down se demostró que necesitan de una ayuda completa sobre su higiene bucal ya que se demostró que no hay una buena actitud salutogénica, 80,0% tienen conocimiento sobre higiene bucal pero solo el 20% han demostrado tener una buena actitud salutogénica bucal. En conclusión, el conocimiento sobre la salud bucal de los tutores no va de la mano con la buena higiene de ellos mismos por lo tanto la condición bucal de las personas con Síndrome de Down no era la debida para ello se recomienda hacer más proyectos y charlar a los tutores legales para crear mayor conciencia, también es necesario que esas charlas sean cuando los pacientes tienen edad temprana para que tengan un buen hábito de cepillado y de una buena higiene bucal.

Tenazoa (2017) En Iquitos se realizó una investigación con el objetivo de determinar el Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres en la higiene oral de niños con habilidades especiales en el Centro Educativo Básico Especializado. Se realizó un cuestionario de 17 preguntas a 60 padres de familia que tienen niños con habilidades especiales (Síndrome de Down, Retardo mental y autismo) y se analizó el índice de higiene oral simplificado de los niños, ambos resultados sirvieron para poder analizar si hay una relación entre el nivel de

conocimiento de aquellos y su higiene oral de los niños. Los resultados con respecto al nivel de conocimiento regular fueron de un 20% y IHOS fue regular en un 48.3%. Concluyendo que hay una relación estadística en el nivel de conocimiento y el IHOS de los padres con niños especiales.

Carrillo (2017). En Lima, Perú, en el distrito del Rímac se realizó una investigación con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Síndrome de Down y Autismo del CEBE Ricardo Bentin. Participaron total 70 padres de familia de los alumnos con Síndrome de (41) y autismo (20), fueron evaluados por un cuestionario de 12 preguntas y analizados mediante la prueba de chi cuadrado. Los resultados dieron como un nivel regular del conocimiento de la salud bucal en un 63.4% en padres con alumnos con Síndrome de Down y un 62.1% en los padres de alumnos con autismo. Se concluye que el nivel de conocimiento de los padres de familia de dicho CEBE solo incluyendo a los alumnos con Síndrome de Down y Autismo fue regular.

Descamps y Marks (2015) En Bélgica se hizo un estudio descriptivo cuyo objetivo es evaluar las opiniones de los padres sobre el cuidado dental de sus hijos con Síndrome de Down. Se realizó una prueba piloto y al finalizar distribuyó por los colegios para niños con necesidades especiales y en cuatro hospitales universitarios. Los resultados fueron los siguientes: solo 100 padres de familia aceptaron la encuesta, las calificaciones de los padres hacia sus hijos fueron las siguientes: salud general buena 47%, salud general muy buena:31%; 87% de los niños no fueron a una visita médica durante 1 año, 4 niños de 2-4 años de edad no fueron nunca a visita odontológica, 66% visitaron al odontólogo hace menos de medio año, 53% de los niños con SD visitaron al mismo odontólogo que sus hermanos, 35% tuvieron inconvenientes al examen clínico oral, 33% inconvenientes al tratamiento dental, 42% se les suministró anestesia para tratamiento odontológico, 77% de los padres prefieren a odontólogos que mucha paciencia y comprensión, 58% ayuda a sus hijos a cepillarse, 70 % de los padres fueron instruidos y

enseñados sobre salud e higiene bucal de sus hijos. La conclusión de este estudio es que la mayoría de padres de familia han ido a la consulta médica por prevención.

Quispe (2013) En aquel año en Cuzco, Perú se efectuó una investigación de tipo descriptiva y transversal con la única finalidad de poder determinar el nivel de conocimiento sobre salud buco dental de los padres que tienen hijos con síndrome de Down del C.E.B.E. San José de Martín Cusco. Participaron total 50 padres de familia en la encuesta de manera voluntaria; en la encuesta se tomaron 5 ítems importantes: prevención de la salud bucal, mayores enfermedades bucodental que se da en niños con SD, componentes para la higiene bucal, grado de instrucción y sectores etario. Los resultados obtenidos fueron: nivel de conocimiento regular 67.4%, nivel de conocimiento sobre prevención con respecto a salud bucal con mayor porcentaje fue nivel regular al 76.1%, nivel de conocimiento sobre principales manifestaciones bucales con mayor porcentaje fue nivel bajo de 43.5%, nivel de conocimiento sobre elemento de higiene oral con mayor porcentaje fue nivel regular al 58.7%. Se concluye un nivel de conocimiento regular sobre salud buco dental, medidas de prevención en salud buco dental y elementos de higiene oral.

Prabhu et al. (2010) En Australia se realizó un estudio prospectivo y retrospectivo con el objetivo de obtener información sobre las opiniones de los padres y cuidadores sobre los servicios de tratamiento dental para personas con discapacidades. Los criterios de inclusión y exclusión, participaron en total 96 pacientes y las edades oscilan entre 4-75 años, un 75% de los apoderados de las personas con discapacidad que completaron el cuestionario, 38% de los pacientes fueron atendidos por algún odontólogo general, 35% servicios dentales comunitarios y 27% servicios dentales del hospital, 79% de los pacientes que tuvieron algún tipo de sedación fue decisión del odontólogo tratante, el tiempo de espera para atender a un paciente con discapacidad aumenta si se necesita atención secundaria, y es más larga la espera para una sedación general y puede llegarse a esperar hasta 1 año para poder realizarse el tratamiento

odontológicos. La conclusión que se puede llegar es mejorar las atenciones odontológicas en pacientes con habilidades especiales.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre elementos de la higiene oral a los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down.
- Establecer el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en salud bucal de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre epidemiología de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre enfermedades bucodentales de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down.
- Relacionar nivel de conocimientos de salud bucal y factores sociodemográficos

1.4 Justificación

1.4.1 Teórica

Teniendo en cuenta que el conocimiento es factor principal que influye en la prevención de enfermedades estomatológicas, es importante identificar el nivel cognitivo sobre salud oral, de este modo se puede realizar acciones dirigidas a mejorar estos aspectos. De este modo se puede mejorar la transmisión de conocimientos a sus hijos que en la mayoría de casos necesitan del apoyo de sus padres para realizar su higiene oral.

1.4.2. Practica

Esta investigación será en beneficio directo a los niños con Síndrome de Down de inicial y primaria y también a su entorno general, ya que, identificando los conocimientos y prácticas de sus padres, se podrán diseñar programas preventivos promocionales orientados los pacientes con habilidades diferentes. A su vez se garantiza mejorar sus hábitos de higiene, disminuir las enfermedades estomatológicas y generales para que dicha población vulnerable tenga una mejor calidad de vida.

Es importante que los padres puedan tener un buen conocimiento sobre la salud oral puesto que son los más cercanos a sus hijos y muchos de ellos son dependientes por tener limitación en diferentes aspectos. Asimismo, se pueda sugerir a las facultades de odontología de distintas universidades, la enseñanza de prácticas orales saludables en los Colegios Especiales Básico Educativos.

1.4.3. Social

En este estudio se tendrá una relación interpersonal con los padres de familia y así sean enseñados e instruidos en la limpieza y prevención bucal de sus hijos con Síndrome de Down; asimismo tener un impacto social y significativo en donde el escolar tenga una mejora de sus condiciones de salud bucal.

Esta relevancia social favorecería a la población en estudio y a las familias directas ya que muchos de los padres solo toman como prioridad problemas de salud general y de otras índoles, pero dejan de lado o en último lugar a la salud oral.

II. Marco Teórico

2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Conocimiento

Los conceptos de conocimiento varían según los autores en el transcurso de los años:

Según Ramírez (2009) afirma que el conocimiento *“es el proceso progresivo y gradual desarrollado por el hombre para aprehender su mundo y realizarse como individuo, y especie”* (p. 218).

Para Aristóteles el inicio de todo conocimiento es por medio de nuestra experiencia lo cual es captada por los sentidos y ellos emprenden el intelecto generando un nuevo concepto. (Jara, 2018)

Para Descartes el conocimiento no solo conoce de una forma intencional o espiritual, sino que se forma por un grupo de nervios sensoriales creando así alguna idea innata ya sea para justificar algo divino como la existencia de Dios o para un orden político (Pierpauli, 2016).

Para Britto el conocimiento engloba distintos conceptos abstractos, y pueda aplicarse a un gran número de sucesos, pueden tener similares características y atributo; no solo se refiere a un acontecimiento particular y exclusivo. Estos conocimientos deben ser comprobados por medio de un procedimiento acreditado, y pueda ser predispuesto a repetirse y ser nuevamente corroborado por investigadores distintos. (Bermeo et al. 2018)

El conocimiento es estudiado por dos corrientes, por la epistemología que viene del griego episteme=ciencia, nos da a comprender que el fundamento de todo conocimiento es la ciencia; y la gnoseología viene del griego gnosis= conocimiento que va más allá de la ciencia es decir la parte divina. La epistemología es la corriente más utilizada porque abarca el

conocimiento en general, pero resalta en primer lugar a los conocimientos científicos. (Ramírez, 2009)

La explicación más entendible sobre conocimiento es la obtención de alguna información sobre algún asunto. El conocimiento evoluciona de lo desconocido a lo conocido volviéndose así un conocimiento limitado, y esto se va perfeccionando mientras uno va adquiriendo más información; cabe recalcar que el conocimiento es una de las capacidades más superiores de las personas y pueden comprender todo lo que está a su alrededor por medio del razonamiento. (Espinoza, 2015; Quispe, 2013; Neill, 2018)

Se puede iniciar un conocimiento por medio del conjunto de información abstracta obtenida por alguna investigación o experiencia propia. (Neill, 2018)

2.1.1.1 Características del conocimiento. Se forman por estas características: Racional, objetivo, intelectual, universal, verificable, sistemático, precisión, seguridad. (Nieto y Rodríguez, 2010; Pérez et al.2012)

2.1.1.2 Nivel de conocimiento. Hay diferentes formas de conocimiento clasificadas por grados taxonómicos para que se pueda comprender el entendimiento de la realidad.

A. Conocimiento empírico. También llamado conocimiento acientífico/no científico, conocimiento vulgar, experiencial, cotidiano. Este conocimiento se da por la experiencia cotidiana y curiosidad de los seres humanos sin tener alguna dificultad, se le llama también sentido común y es una de las fuentes principales para este conocimiento porque solo se necesita la experiencia en el tiempo, este conocimiento puede ser aceptado por los individuos que conviven en un mismo ambiente. (Quispe, 2013; Neill, 2018; Ramírez, 2009)

Se caracteriza por tener lenguaje incierto, captado solo por los sentidos, ambiguo, falible (pero no hay una investigación profunda y por eso se torna engañosa), subjetiva, localista, asistemático, no es verificable. (Neill, 2018)

Este conocimiento se ha dado durante toda la historia en el ser humano y pasado por medio de sus experiencias de generación a generación y con ello se pudo resolver en muchos casos obstáculos en alguna actividad como la agricultura, navegación, pronósticos del tiempo, así que no se debe tomar en menos poco este primer conocimiento. (Espinoza, 2015)

B. Conocimiento científico. Este conocimiento está por encima de conocimiento empírico ya que se requiere de investigación sistemáticas, ordenadas y profundas para que se llegue a aceptar como verdadero (Neill, 2018).

En el conocimiento empírico no se hace exclusión de personas ya que todos pueden participar en este proceso por otro lado el conocimiento científico se requiere de personas preparadas capaces de hacer investigación científica. (Espinoza, 2015)

En el transcurso del tiempo el conocimiento puede ir modificando y variando por cada nueva investigación que se haga con el objetivo de enseñar los hecho o fenómenos de nuestro alrededor con el fin de establece leyes o principios; solo se constituye como conocimiento científico si se explica los fenómenos que guarden relación con las causas y sus leyes. (Ramírez, 2009)

Saber diferenciar los componentes del conocimiento científico facilita a la mejora de una investigación científica, estos componentes son los siguientes: (Espinoza, 2015) Hechos, Es el comienzo del conocimiento científico, también se conoce como el conocimiento central y sirve para poder hacer elaboración, confirmar o contradecir alguna teoría científica. Los hechos son invariables y no cambian en el tiempo con las diferentes hipótesis sostenidas, la tarea de cada investigador depende de buscar hechos nuevos para que sea corroborado la hipótesis y mejorar las teorías que ya existen del hecho; Hipótesis: Es una propuesta aceptada para explicar y fundamentar una situación problemática. La función principal de la hipótesis es poder profundizar los conocimientos.; Leyes: Las leyes son objetos que no se pueden observar,

no pueden ser adquiridos desde la experiencia ni ser verificadas por ella, es por eso que para ser descubiertas se requiere de la hipótesis; Teoría: es un conjunto de conocimiento que está muy bien estructurada, unidos deductivamente. La importancia de la teoría es que en una investigación tenga como bases conceptos ya determinados.

El conocimiento científico se basa mediante la investigación científica y es la única aceptada por la ciencia, por ende, se requiere de características propias: objetivo, riguroso, sistemático, fundamentado, explicativo, sintético, analítico, comunicado, factico, transformador universal, selectiva, verificable, metódica. (Neill, 2018; Ramírez, 2009; Ceron, 2016)

C. Conocimiento filosófico. Según Nieto & Rodríguez este conocimiento investiga cual es razón de todo fenómeno y se apoya fundamentalmente en la experiencia vivida para encontrar e interpretar (Neill, 2018). Particularmente en este punto del conocimiento filosófico se discute cada hecho captado en el conocimiento empírico y es otro paso más al conocimiento empírico, y las características son: crítico, metafísico, cuestionador, incondicionado, universal. (Ramírez, 2009)

2.1.2. Salud bucal

En el año 1948 según la Organización Mundial de Salud (OMS) la salud bucal lo define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” y en el año 1986, se da una nueva definición de salud bucal como “recurso para la vida y no como objetivo de vida”. (Espinoza, 2013)

La salud necesita estar bien conformada e integrada por 4 criterios: ambiental, social, personal y económico, por lo tanto, la salud oral y salud general son entidades que siempre debes estar unidos, no podemos hablar de salud general si no se tiene una buena salud oral y viceversa. (Delgado, 2012; Casals, 2010)

Aun teniendo en cuenta sobre salud y salud bucal, hasta el día de hoy no se ha visto la disminución de dos principales afecciones que son las caries y enfermedades periodontales. (Casals, 2010)

La OMS afirma que las enfermedades bucales más frecuentes son caries, enfermedades periodontales, mal oclusiones y es más común en países pobres. (MINSA, 2013)

2.1.2.1 Importancia de la salud bucal. La función de las estructuras de la cavidad bucal es masticación, fonética y estética.

- **Masticación.** El inicio de una buena digestión se empieza con la trituración de los alimentos. Para que se cumpla una buena función se necesita que todas las piezas dentarias estén completas y que tengan una buena oclusión, también depende que se tenga la cantidad de saliva suficiente para que el bolo alimenticio pase para el estómago, la saliva es importante porque ayuda a proteger las partes blandas de la cavidad bucal (encías) y piezas dentarias. (MINSA 2013)

- **Fonética.** Para una buena pronunciación de las palabras depende sobre la correcta posición de y buen estado de labios, mejilla, diente, paladar duro, lengua y cuerdas vocales. (MINSA, 2013)

- **Estética.** Se refiere a una apariencia de todas las estructuras externas de la cavidad bucal como todas las estructuras internas en especial las piezas dentarias. Por ello no deben tener cavidad ocasionadas por la caries, movilidad dentaria, fracturas y en casos peores ausencia de alguna de ellas; también se debe apreciar un buen estado de las encías, que no estén enrojecidas, ni sangrantes. (MINSA,2013)

2.1.2.2. Salud bucal en los niños con síndrome de down y la responsabilidad de los padres. Según la OMS a nivel mundial hay aproximadamente 600 millones de personas que padecen de alguna discapacidad, de los cuales un 80% de estos discapacitados viven en pobreza

no teniendo accesos a los servicios básicos odontológicos, lo que se requiere que cada estado de cada país pueda invertir en los servicios básicos para las personas con discapacidad y también en su rehabilitación oral. (Navas, 2007)

Las personas con Síndrome de Down nacen no solamente con discapacidad intelectual, sino que también son detectadas otras alteraciones médicas esto causa un deterioro de la salud bucal trayendo como consecuencia un deterioro de la salud general. (Özgül, 2018)

En la actualidad la educación de salud bucal en las instituciones educativas especiales es deficitaria por la poca inclusión en sus programas comunitarios, se necesita aportar esta educación como derecho humano, genero, intercultural y discapacidad y todo aquel que contribuya como una finalidad de mejorar la salud bucal de los escolares. (Carrillo, 2017)

Una óptima salud bucal de los niños con SD va depender del compromiso de los padres de familia por lo mismo que ellos gozan de una buena salud bucal, esto se da porque se han dedicado a informarse con anterioridad por diferentes programas sociales. Por lo tanto, ese crea un rol importante de los padres para mantener en buen estado de la salud de los niños con SD. (Rodríguez et al. 2017)

En muchos de los casos los padres más se preocupan en acudir a los hospitales por otros problemas médicos y descuidan las citas con el odontólogo, en otro caso no se encuentra odontólogos especializados para que puedan atender a sus hijos con SD. (Descamps y Marks, 2015; Navas y Mogollón, 2007)

Según las investigaciones todavía no queda demostrado si lo niños con SD tienen mayor riesgo de producir caries o no. Clínicamente se ha podido observar que los adultos con SD tienen mayor riesgo a caries a diferencia de niños con SD de por lo mismo que la erupción de las pizas dentarias en niños es tardía. (Descamps y Marks, 2015)

Para poder conseguir una gran colaboración y autonomía de alguno de los niños con SD sobre el desempeño de su higiene bucal resulta ventajoso poder optar por dichas intervenciones educativas, la manera correcta para que puedan aprehender sería utilizando imágenes (fotografía) ya que se sienten más familiarizados, también optar por implementos (pasta dental, cepillo dental), y fondos musicales; así se podrá ayudar a la mejora de su higiene y en estos cursos deben participar en primera instancia los padres, maestros. (Aguirre et al., 2015)

2.1.3. Síndrome de down

Se define como una anomalía cromosómica dada por tener un cromosoma adicional en el par 21 denominándose así trisomía 21 ocasionada de tres maneras: por la no disyunción meiótica, mitótica o una translocación desequilibrada. (Pérez, 2014; Cuellar et al.; 2016; Özgül y Eren, 2018)

Es una de las cromosopatías más frecuentes de la persona, llega a ser una de las razones de la discapacidad intelectual a nivel mundial siendo además la que tiene mayor tasa de integración a la sociedad. (Gómez, 2014; Cuellar et al., 2016)

Durante el siglo XIX todavía no había una explicación científica, en 1938 Sindoor lo describió como “idiotia furfurácea” o “cretinismo”, fue denominado por primera vez como síndrome de Down por John Langdon en 1866, ubicada en la clasificación de personas con discapacidad intelectual; y se identificó la causa por primera vez en el año 1958 por Jerome Lejaune tras encontrarse un cromosoma adicional en el par 21 llamándose así “trisomía 21”. Tiempo después en algunos niños se encontró que tenían lo que se conoce como: “Translocación del cromosomas 21” y “Mosaicismo”. (Gómez, 2014; Pérez, 2014; Cuellar et al., 2016)

El 96% de los niños que nacen con SD tienen un cromosoma adicional en el par 21 siendo así que la fórmula cromosomal sea de 47 y no 46, el otro 4% restantes se dividen en translocación y mosaicismo; estos dos últimos sus características son particulares ya que el primero, el cromosoma extra está pegado en el otro par de cromosoma 21 dando una fórmula de cromosoma 46, mientras que, en Mosaicismo, en la parte 21 uno de los cromosomas es normal y otro tiene la misma forma del cromosoma 21 extra. (Gómez, 2014)

2.1.3.1. Epidemiología. Por muchos años se ha querido dar con algún factor específico de el porque se nace con SD, pero en la actualidad no se ha encontrado que se apunte a algún factor directamente. Aun así, lo que hasta el día de hoy se relaciona es con la edad de la madre de manera directamente proporcional (a mayor edad, mayor probabilidad de que el niño nazca con SD). (Gómez, 2014)

“Para Smith (1998), “la incidencia en el parto a término para edades maternas sigue una cronología creciente: de 15 a 29 años: 1 de cada 1.500; de 30 a 34: 1 d cada 800; de 35 a 39: 1 de cada 270; de 40 a 44 años: 1 de cada 100; más de 45 años: 1 de cada 50” (Gómez, 2014).

Según la OMS a nivel mundial existen aproximadamente 600 millones de personas con alguna discapacidad, sobre los cuales el 80% viven en lugares de bajos recursos económicos no teniendo la posibilidad de los servicios básicos ni a servicios de rehabilitación. (Navas y Mogollón, 2007)

Actualmente la población con cualquier tipo de discapacidad es ocupada por un 10% de toda la población. En África y Asia son los continentes con mayor incidencia de población con discapacidad, Latinoamérica se encuentra en el 5° lugar con 800 000 personas con discapacidad. (Rodríguez et al., 2017)

La OMS considera 1:1000 personas nacidas a nivel mundial con aquella anomalía cromosomal autosómica (Síndrome de Down), aunque estas cifras pueden varias dependiendo

del lugar, consideraciones socioculturales y también de una interrupción legal del embarazo. (Cuellar et al., 2016)

En el año 2015 en el Perú se realizó el registro nacional de las personas con discapacidad un total de 141731 personas y de ellas 8800 eran personas con SD siendo así un 6.21% del total de personas registradas. (CONADIS, 2016).

2.1.3.2. Etiología. Normalmente el núcleo de las células del ser humano está compuesto por 23 pares de cromosomas, cada uno de los progenitores proporciona la mitad de su información genética formando pares cromosomales, a los 22 pares formados se les llama autosómicos y el último par son los cromosomas sexuales (X e Y). (Quispe, 2013)

El síndrome de Down presenta alteraciones provocada por tener un cromosoma extra de diferentes maneras: La falta de disyunción de la meiosis: Se encuentra 24 cromosomas en un lado y en otros 22 cromosomas, cuando se fecunda la célula que tienen 24 cromosomas da como resultado un ser con 47 cromosomas llamada así la trisomía, y si se fecunda las células con 22 cromosomas da como resultado un ser con 45 cromosomas llamándose monosomía; La falta de disyunción en la mitosis, tiene lugar en las primeras separaciones de la célula embrionaria, obteniendo el mosaicismo. La translocación desequilibrada: se da cuando uno de los cromosomas sufre una fractura a nivel de la estructura, ocasionando un fragmento cromosómico libre y este se intenta unir a otro par cromosomal dando como resultado una trisomía. (Pérez, 2014)

2.1.3.3. Características clínicas generales. Su característica principal, es la deficiencia mental, haciéndose notar un coeficiente intelectual bajo, poco desarrollo físico y motor. (Rodríguez y Peña, 2017) Otras alteraciones fenotípicas dadas en las personas con Síndrome de Down son, alteraciones musculo-esqueléticas, una hipotonía generalizada, variaciones en su sistema inmune, hematológicas, también hay problemas cardíacos dados de manera congénita, problemas respiratorios, alteraciones gastrointestinales, alteraciones

hematopoyéticas con un grado de poder padecer de leucemia aguda, hipotiroidismo. (Tirado y Díaz, 2015; Gómez, 2014)

Se puede ver en sus características físicas manos pequeñas, baja estatura y todo esto por tener un deficiente desarrollo óseo de manera general. Otras de las características en la zona craneofaciales es que presentan microcefalia leve, huesos del cráneo son tan finos y las fontanelas tardan en cerrarse, el hueso occipital es plana y tiene poco desarrollo en los senos frontales. Por todo lo dicho anteriormente lo que presenta es una dismorfología facial, sus rasgos clínicos es que son braquicéfalos, de cara redonda y achatada, de perfil también tienen cara plana por no tener un desarrollo completo de los huesos faciales y por tener una nariz pequeña. Presentan también el cuello achatado y ancho. (Gómez, 2014)

Muchos de las personas con Síndrome de Down a edades tempranas presentan problemas oculares uno de los más comunes es la miopía en un 70%, obstrucción de los conductos lacrimales; algunos llegan a perder la visión ya que hay problemas en la opacificación en el cristalino por cataratas congénitas. (Gómez, 2014)

2.1.3.4. Características clínica bucodentales. Presenta poco desarrollo en el tercio medio de la cara y alteraciones orales que afectan tanto las estructuras duras como al paladar duro, mal oclusiones, dientes (forma, tamaños, ausencias) y estructuras blandas como labios, lengua, paladar blando, periodonto. (Culebras, 2012)

Empezamos a hacer una descripción de la cavidad bucal de afuera hacia adentro, se observa una boca pequeña y alrededor los músculos periorbicular de los labios son hipotónicos, produciendo que el labio superior este un poco elevado, el labio inferior protruido y la lengua hacia afuera ocasionando un cierre defectuoso y que haya problemas para hablar, deglutir, ser respiradores bucales y produce también el babeo. Debemos de tener en cuenta que así se produzca el babeo no es por sufrir de hipersalivación sino es por mantener la boca abierta y por tener la lengua protrusiva, más bien ellos sufren de resequedad en la boca por la disminución

de saliva de las glándulas parótidas y esto puede provocar infecciones en el tracto respiratorio alto y gingivitis. (Culebra, 2012; Gómez, 2014)

Lengua de tamaño grande (macroglosia), puede ser absoluta o relativa (ocasionada por un drenaje linfático dada de manera inadecuada), en muchas ocasiones por tener la boca pequeña y una lengua protrusiva se ha dado a ver como una lengua grande y también porque el musculo de la lengua es hipotónica, por esta misma hipotonicidad los dientes aprietan la parte anterior de la lengua originando una lengua indentada por apretamiento. También se aprecia una lengua fisurada en un 80% de la población con SD, hay hipertrofia de las papilas fusiformes y piliformes, a encontrarse acumulación de comida en la parte dorsal de la lengua dando así la halitosis; se observa en algunos casos la lengua geográfica dando escozor sobre todo cuando los alimentos están muy condimentados. (Culebra, 2012; Gómez, 2014)

En las personas en general es normal que se dé la remineralización del esmalte por la relación que hay entre concentración de calcio y fosforo para formar la función tampón del PH, pero en personas con SD la concentración de sodio esta aumentado. (Culebra, 2012)

Las estructuras dentarias de las personas con SD según su tamaño son microdenticos entre un 35%-55% tanto en los dientes deciduos como permanentes, según su forma son cónicos (26,6%), sobre todo en lo incisivos laterales superiores, se presenta también fusión dental, y es de mayor incidencia en los laterales y caninos inferiores, estas características se les pones en excepción a la primera molar superior e incisivos inferiores. Es habitual las malformaciones como la hipoplasia e hipocalcificación del esmalte dada por alguna alteración en la gestación; dientes en clavija en incisivos y dientes delgados y puntiagudos como en los caninos; taurodontismo (0,54%-5.6%) ocasionado por la disminución en el desarrollo de las células del gérmenes y con más frecuencia se da en las segundas molar inferior; dentales por ende muchas veces en el tratamiento dental se panifica hacer restauraciones, o coronas para

recubrir el diente y no solamente por la hipoplasia, o malformaciones sino también por los diastemas ocasionado por el tamaño pequeño de los dientes. (Culebra, 2012; Gómez, 2014)

No debemos olvidar que las agenesias son muy frecuentes en un 50% la secuencia es la siguiente tercera molar, incisivo lateral superior, segundo premolar inferior y luego las superiores, incisivos centrales y laterales inferiores, la única excepción que no ocurre agenesia es en los primeros molares, las formas conoides de los dientes es lo más frecuente en las personas con SD. (Gómez, 2014)

Según estudios epidemiológico realizado también se da de manera frecuente los apiñamientos dentales, terceros molares impactadas, cambio de lugar del canino superior y primera premolar superior, anquilosis dentaria, pero sobre todo gingivitis y periodontitis. (Gómez, 2014)

En el Síndrome de Down se puede ver demora en la erupción dentaria tanto en la dentición primaria como en la secundaria, el primero en erupcionar sería entre los 12-20 meses y la última pieza dentaria primaria en erupcionar sería entre los 4-5 años de edad. Mientras que a primera molar y los incisivos inferiores erupcionan entre los 8-9 años, también ocurre alteraciones en la secuencia de erupción. El paladar duro suele ser profundo de forma de una ojiva ya que es ancho, las malas oclusiones tales como: Mordida abierta anterior, mordida cruzada posterior, aumento de la protrusión mandibular y por todas las alteraciones dadas en la cavidad oral se da un aumento de las enfermedades periodontales. (Veerakishore, 2016)

Otras manifestaciones orales se encuentran en la lengua, labios, glándulas salivales, velo del paladar, la erupción tardía de sus dientes primarios o permanentes ayudando a tener menor caries que las demás personas.

2.1.3.5 Presencia de bacterias en personas con síndrome de down. Se han podido ver diferentes colonizaciones de bacterias según a la edad del paciente. Cuando tienen dentición primaria y ya tienen enfermedad periodontal se ha podido demostrar la presencia de

Streptococcus mitis y en otros casos la presencia de *P. gingivalis*, *P. intermedia*, *T.denticola*; la *T.forsythia* y *Actinomyces* en casi todo los grupos de edad que abarca desde los 8 a 28 años de edad y si ya tienen más edad se da la presencia de *P.gingivakis*, *A. actinomycetemcomitans*, *C. rectus*, *E.corrodens*, *P. intermedia*, *P.nigrescens*, *C. sputigena*, *P. micros*. (Carrada, 2016)

III. Método

3.1 Tipo de investigación

De acuerdo con el problema expuesto y los objetivos presentados, el tipo de investigación que se realizó es de índole descriptivo, conforme a la anotación de la información recolectada y acontecimientos de la situación es de tipo prospectivo, y transversal.

Descriptivo

Se considera descriptivo porque pretende realizar una encuesta para la investigación.

Prospectivo

Se considera prospectivo porque en esta investigación no incluye información del pasado sino solo del presente.

Transversal

Se considera transversal ya que dicha investigación se fue suscitada en un momento establecido.

3.2 Ámbito temporal y espacial

El presente estudio se realiza en dos instituciones: CEBE 04 Miraflores y Grupo: Síndrome de Down en Acción en Lima, Perú de manera virtual.

3.3 Variables

3.3.1 Variables principales

Nivel de conocimiento en salud bucal

3.3.2 Variables secundarias

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción

Variable	Dimensión Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala	Valores
Nivel De Conocimiento Sobre Salud Bucal	Es un conjunto de ideas, conceptos, hechos y principios que adquiere el padre que tiene un hijo con síndrome de Down acerca de las medidas a tener en cuenta sobre salud buco dental	Conocimientos sobre medidas de prevención	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento sobre las veces de cepillado de los dientes de su hijo(a), a lo largo del día. - Conocimiento sobre la primera visita al Odontólogo. - Conocimiento sobre cada cuánto tiempo se debería llevar a su niño al odontólogo. - Conocimiento sobre un odontólogo especializado en pacientes con habilidades especiales. - Conocimiento sobre alternativas correcta para mantener una adecuada salud bucal. - Conocimiento sobre cambio de cepillo dental de su niño. - Conocimiento sobre el momento adecuado para cepillar los dientes de su hijo. -Conocimiento sobre el tiempo de cepillado -Conocimiento sobre la técnica de cepillado 	Ordinal	Bueno Regular Malo
		Conocimiento acerca de	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento sobre la caries. - Conocimiento sobre la placa bacteriana. 	Ordinal	Bueno Regular

		enfermedades bucodentales	- Conocimiento sobre la enfermedad periodontal.		Malo
		Conocimiento sobre epidemiología	- Conocimiento sobre la transmisión de la caries. - Conocimiento sobre la relación entre las enfermedades bucales con su discapacidad física y/o mental. - Conocimiento sobre enfermedad de las encías como una enfermedad con mayor facilidad en su hijo.	Ordinal	Bueno Regular Malo
		Conocimiento sobre elementos de higiene oral	-Conocimiento sobre elementos indispensables para la higiene bucal de su hijo(a) - Conocimiento sobre la utilización del hilo dental en la higiene oral - Conocimiento sobre tipo de cepillo que debería de usar su niño. -Conocimiento sobre enjuague con revelador de placa bacteriana para mejorar la higiene bucal de su hijo(a). - Conocimiento sobre una adecuada pasta dental para su edad.	Ordinal	Bueno Regular Malo

3.4 Población y muestra

3.4.1. Población

Esta población fue establecida por escolares de CEBE 04 Miraflores y Grupo: Síndrome de Down en acción. Lima- Perú en el año 2022

3.4.2. Muestra

La muestra calculada fue de 114 padres, pero se evaluó a 121 niños asumiendo pérdidas de 5 %, los cuales fueron seleccionados de forma no probabilística.

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 0.08 * 0.92}{0.05^2} = 114$$

Donde:

n= Tamaño de muestra mínimo requerido

p=Proporción de padres con conocimientos buenos=0.08 (Basado en un piloto de 30)

q=Complemento de p=1-0.08=0.92

e=Error de precisión 5%=0.05

Se realizó un ajuste de prueba asumiendo una pérdida del 5% de los datos, resultando en 120 estudiantes los que serán elegidos de forma aleatoria de cada año de estudios.

$$n_c = \frac{n}{1 - p_e} = \frac{114}{1 - 0.05} = 120$$

n_c=tamaño de muestra teniendo en cuenta las perdidas

p_e=Porcentaje esperado de perdida

Criterios de inclusión. Los criterios de exclusión utilizados fueron, padres que tengan hijos con síndrome de Down, padres que tengan hijos que estudien en centros especiales, padres que han formado el consentimiento informado.

Criterio de exclusión. Los criterios de exclusión utilizados fueron: padres que presenten discapacidad intelectual y padres que no hayan aceptado el consentimiento informado.

3.5. Instrumentos

Este instrumento, tipo cuestionario estructurado, fue elaborado en el año 2013 por el Cirujano dentista Quispe Montesinos Jaime de la Universidad Nacional de San Antonio Abad Del Cusco de la Facultad de Odontología para obtener la titulación, fue validado por Juicios de Expertos ese mismo año por escala de estimación: Escala 1 (ausencia de elementos) hasta la escala 5 (mayor escala, el trabajo de investigación es totalmente suficiente).

El instrumento se tomó como referencia del cuestionario realizado por Quispe y Jara en el año 2013 y 2016 respectivamente, en ambos casos para determinar el Nivel de Conocimiento a padres de familia que tienen hijos con síndrome de Down, en efecto ya se encontraban validados. Sin embargo, para la presente investigación este instrumento tuvo algunas modificaciones; por tanto, fue sujeto a pruebas de validez y confiabilidad. Para ser validado se empleó el juicio de expertos y la intervención de 05 doctores capacitados, para calificar si era aplicable cada pregunta.

3.6. Procedimientos

En esta investigación se evaluó el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down, solo se tomó en cuenta un padre de familia por cada escolar que lograron los criterios de inclusión, para ello se anticipó a la orientación e información.

Para que se dé a cabo la confiabilidad del cuestionario fue necesario realizar una prueba piloto basado a una muestra con similar característica a las personas que serán estudiadas, fueron formados por 30 progenitores con un valor bueno de 0.8.

Para que pueda ser evaluado el nivel de conocimiento de cada padre de familia, los puntajes totales obtenidos fueron categorizadas utilizando la estrategia estadística de estatinos mediante el uso del promedio y desviación estándar para crear 3 grupos definidos como: Bueno (16-20), Regular (13-15), Malo (0-12).

Cada pregunta tiene valor de un punto y tuvo que ser respondida en 15 minutos aproximadamente y cada padre de familia que recibió la encuesta debió responder las preguntas según los conocimientos que tengan, esta encuesta está compuesta de 20 preguntas divididas en 4 puntos. Para poder llegar a los padres de familia dado a la coyuntura vivida actualmente y a tener las instituciones cerradas se optó para tener la recolección de datos mediante la tecnología. En este caso se utilizó la aplicación Google Forms. Mediante este medio se ha podido localizar a todos los padres que no pudieron coincidir con el horario establecido por sus diferentes responsabilidades del día a día, es por esto que esta tecnología nos da una gran ventaja para tener acceso a la mayor población posible de la investigación.

En la construcción del cuestionario se dieron en diferentes etapas: la primera fue la etapa de formulación del problema, en este caso se realizó con ayuda del asesor; la segunda etapa fue la entrevista con el director de cada institución para informar acerca del estudio que realizare y a que población se pretender estudiar, además se comprometió a dar taller a los padres de familia después de ser respondido el cuestionario; la tercera etapa fue la elaboración de las solicitudes correspondientes para cada institución y así poder empezar a trabajar con aquellos padres de familia; la quinta etapa fue la autorización para poder aplicar la encuesta. Para la realización de este estudio se gestionó permisos correspondientes con los directores para cada grupo de estudio (CEBE 04 Miraflores, Grupo: Síndrome de Down en acción).

En la recolección de datos de la institución CEBE 04 Miraflores se coordinó con el área de servicio social para hacer llegar un comunicado virtual a los padres y así sean partícipes de

la encuesta, posterior a ello recibir 3 taller virtuales por Meet. En este caso la encuesta tuvo fecha límite a entregar por Google forms mediante una configuración de ser respondida una sola vez y no retroceder a la preguntar anterior para mayor veracidad de le encuesta.

En la recolección de datos de la Institución Síndrome de Down en Acción se hizo la coordinación mediante la encargada de dicho grupo dando autorización a enviar el cuestionario a toda la institución y posterior a ello nos comprometimos a enviar Infografías y videos grabados sobre La Salud bucal. También se tuvo en cuenta los mismos criterios a evaluar que en la institución anterior: limite a responder la encuesta de 15 minutos, no se retrocedió a la pregunta anterior y al culminar la encuesta no se volvió a ingresar para mayor veracidad.

Mediante los diferentes talleres (videos, infografías o en vivo vía Meet) los padres han podido realizar sus preguntas con la intención de que sus dudas sean esclarecidas y al finalizar los talleres agradeció a cada padre por su participación.

3.7 Análisis de datos

Para el resumen de conocimientos, se categorizaron los valores obtenidos tanto para el total como por cada dimensión en tres categorías: buena, mala y regular las que fueron resumidas mediante frecuencias y porcentajes y presentadas en tablas y gráficos.

Para identificar si hay alguna relación entre el nivel de conocimientos y factores sociodemográficos se utilizó la prueba Chi cuadrado de independencia con un nivel de confianza del 95% asumiendo un error tipo I del 5%.

3.8 Consideraciones éticas

Para esta investigación se necesitó tener la autorización de dirección de grados y títulos de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, asimismo el permiso de dos instituciones: Cebe 04 Miraflores y Grupo: Síndrome de Down en Acción.

En este estudio se dio la participación directa de los padres de familia de los escolares con Síndrome de Down en la encuesta y tuvieron la autonomía de elegir participar o no en el estudio. Por lo tanto, fue necesario ser firmado el consentimiento informado por formalizar su colaboración.

Con los resultados obtenidos en la encuesta solo se utilizaron para esta investigación y se guardó la confidencialidad correspondiente.

Se respetó la originalidad mediante las citaciones y referencias basadas en las normas de la séptima edición.

El autor declara no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Para que se dé la validez de esta investigación fue necesario de que la muestra recolectada sea analizada por un estadístico.

IV. Resultados

La presente investigación fue dirigida a 121 padres de familia que solo cumplieron los criterios de inclusión - exclusión y firmaron el consentimiento informado; así pues, continuaron en contestar las 20 preguntas que respondían tanto el objetivo general que consto en evaluar el nivel de conocimiento sobre salud bucal a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down, y los objetivos específicos con respecto al nivel de conocimiento sobre medidas preventivas, enfermedades bucodentales, elementos de la higiene oral y epidemiología, los resultados obtenidos se plasman en gráficos y tablas de la siguiente manera:

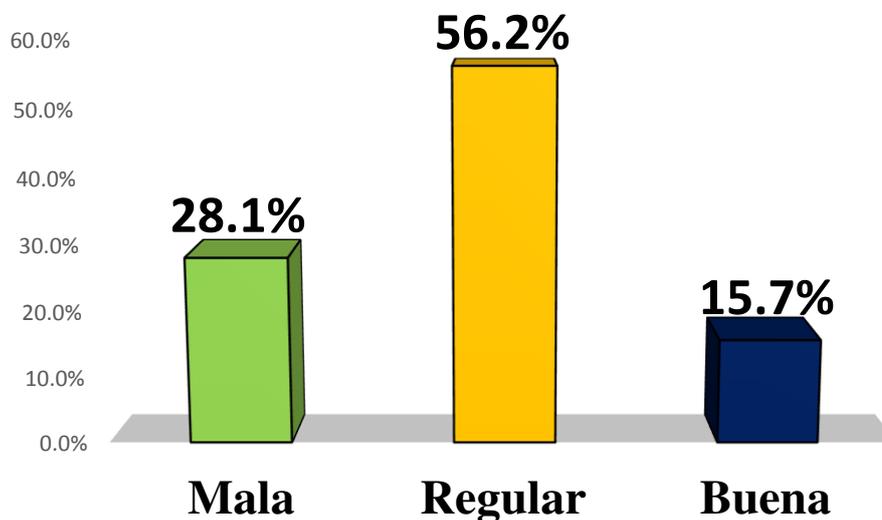
Tabla 1

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down

CONOCIMIENTOS	Frecuencia	Proporción	Porcentaje	IC95%	
				Li	Ls
Mala	34	0.28	28.1%	0.21	0.37
Regular	68	0.56	56.2%	0.47	0.65
Buena	19	0.16	15.7%	0.10	0.23
Total	121	1.00	100.0%		

Figura 1

Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down



Nota. En la tabla 1 y figura 1 se observa que los padres tienen un nivel de conocimiento regular de 56.2% sobre la salud bucal de sus hijos escolares con Síndrome de Down, seguido por un nivel de conocimiento malo de 28.1%, y por último un nivel de conocimiento bueno de 15.7%.

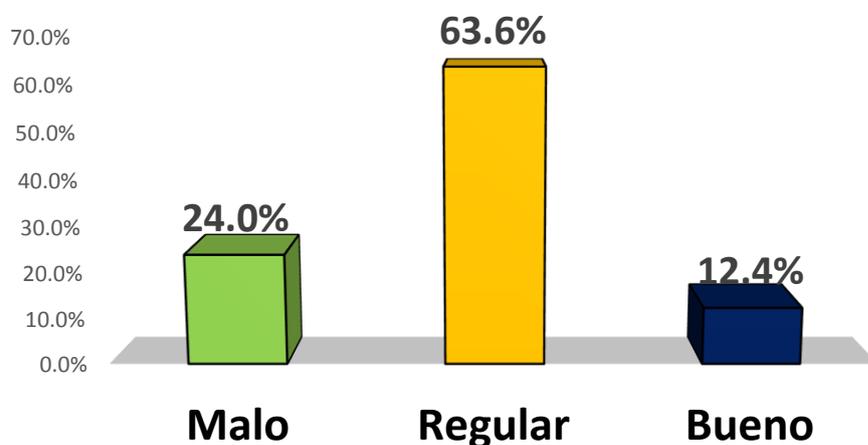
Tabla 2

Nivel de conocimiento sobre “medidas preventivas en salud bucal” de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down

Elementos De Higiene Oral	Frecuencia	Proporción	Porcentaje
Mala	29	0.24	24.0%
Regular	77	0.64	63.6%
Bueno	15	0.12	12.4%
Total	121	1.00	100.0%

Figura 2

Nivel de conocimiento sobre “medidas preventivas en salud bucal” de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down



Nota. En la tabla 2 y figura 2 se observa que los padres de familia tienen un nivel de conocimiento regular de 63.6% sobre elementos de higiene oral en hijo escolares con Síndrome de Down, seguido por un nivel de conocimiento malo de 24%, y por último un nivel de conocimiento bueno de 12.4%.

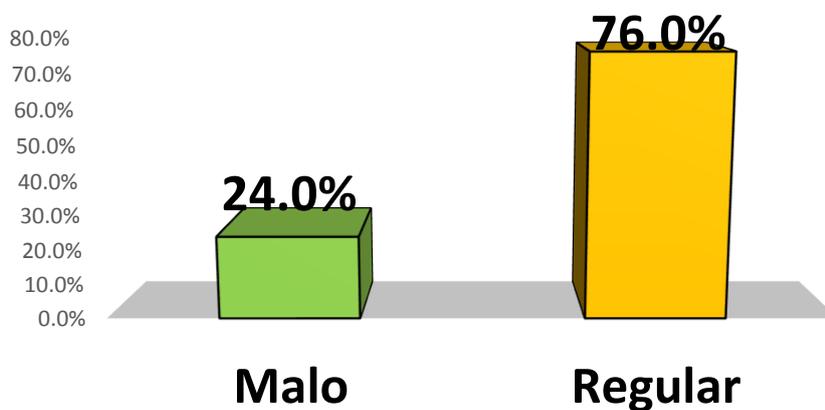
Tabla 3

Nivel de conocimiento sobre “enfermedades bucodentales” de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down

MEDIDAS PREVENTIVAS	Frecuencia	Proporción	Porcentaje
Mala	29	0.24	24.0%
Regular	92	0.76	76.0%
Buena	0	0	0%
Total	121	1.00	100.0%

Figura 3

Nivel de conocimiento sobre “enfermedades bucodentales” de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down



Nota. En la tabla 3 y figura 3 se observa un nivel de conocimiento regular de 76% sobre medidas preventivas en salud bucal de los padres que tienen hijos escolares con Síndrome de Down seguido por un nivel de conocimiento malo de 24%.

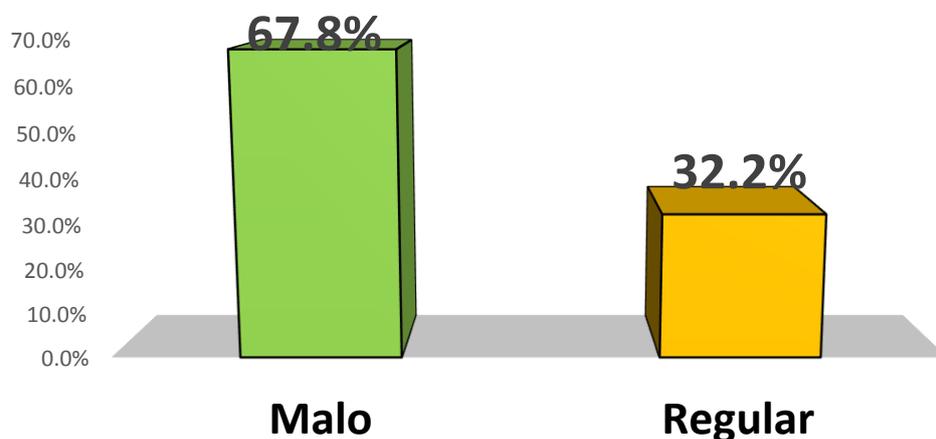
Tabla 4

Nivel de conocimiento sobre “epidemiología” de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down

EPIDEMIOLOGÍA	Frecuencia	Proporción	Porcentaje
Mala	82	0.68	67.8%
Regular	39	0.32	32.2%
Buena	0	0.00	0.0%
Total	121	1.00	100.0%

Figura 4

Nivel de conocimiento sobre “epidemiología” de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down



Nota. En la tabla 4 y figura 4 se observa un nivel de conocimiento malo de 67.8% sobre epidemiología de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down seguido por un nivel de conocimiento regular de 32.2%.

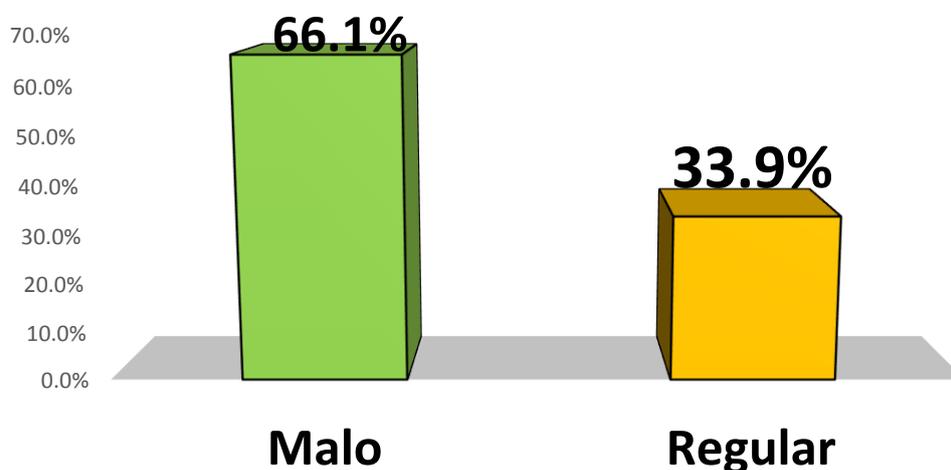
Tabla 5

Nivel de conocimiento sobre “Elementos de la higiene oral” de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down.

ENFERMEDADES BUCODENTALES	Frecuencia	Proporción	Porcentaje
Mala	80	0.66	66.1%
Regular	41	0.34	33.9%
Buena	0	0.00	0.0%
Total	121	1.00	100.0%

Figura 5

Nivel de conocimiento sobre “Elementos de la higiene oral” de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down.



Nota. En la tabla 5 y figura 5 se observa un nivel de conocimiento malo de 66.1% sobre enfermedades bucodentales de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down seguido por un nivel de conocimiento regular de 33.9%.

Tabla 6

Distribución de los niveles de conocimientos de salud bucal de los padres familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down según factores sociodemográficos.

Variables	Nivel De Conocimientos Sobre			Total	*P-Valor
	Higiene Bucal				
	Mala	Regular	Buena		
	Sexo				
Femenino	24	42	7	73	0.051
Masculino	10	26	12	48	
	Edad hijos				
2 a 7 años	9	24	4	37	0.734

8 a 15 años	17	32	11	60	
16 a 24 años	8	12	4	24	
Edades padres					
23 a 37 años	7	22	2	31	0.128
38 a 50 años	18	36	10	64	
51 a 65 años	9	10	7	26	
Estado civil					
Casado	17	32	10	59	0.577
Conviviente	8	18	2	28	
Divorciado	1	1	2	4	
Soltero	6	14	3	23	
Viudo	2	3	2	7	
Instrucción					
Secundaria completa	9	23	8	40	0.072
Secundaria incompleta	8	4	1	13	
Superior	17	41	10	68	
Procedencia					
Lima/Callao	28	53	13	94	
Provincia	6	15	6	27	0.504
Residencia					
Urbano	28	52	17	97	
Rural	6	16	2	24	0.423

Total	34	68	19	121
--------------	----	----	----	-----

**Basada en la prueba de chi cuadrado de independencia.*

Nota. En la tabla 6 no se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel del conocimiento y las variables sociodemográficas analizadas

V. Discusión de resultados

Toda persona con Síndrome de Down necesita un mejor cuidado en su salud bucal, para ello se requiere de una mayor prevención odontológica, casi todas estas personas no tienen buena capacidad motora para poder realizar la higienización correcta de su cavidad bucal, es ahí donde entra a jugar un papel muy importante los padres para que el tratamiento preventivo en el consultorio sea efectivo. Cabe resaltar que mientras más deficiente sea su capacidad motora mayor será su dependencia de sus padres, por esta razón se necesita que las que están en cuidado de personas con SD tengan un alto conocimiento sobre la salud bucal, además este conocimiento podría estar o no relacionado con factores como sexo, edad, o grado de instrucción, por esta razón se realizó este estudio para observar si existe asociación o no.

Se evaluaron a 121 padres de familia mediante una encuesta por Google forms en el cual fue llenado de manera exitosa, esta muestra fue superior a las investigaciones revisadas, el estudio con una muestra menor fue de Quispe en el año 2013 ahí fueron evaluados 50 padres de familia, en el año 2017 Tenazoa valoro estudiar a 60 padres de niños con habilidades diferentes, en ese mismo año hizo lo mismo Carrillo pero en este estudio solo fueron evaluados 41 personas a cargo de estos escolares, Jara en el siguiente año (2018) llego a evaluar a 40 padres de familia.

Se encontró en esta presente investigación que el nivel de conocimiento sobre salud bucal de todo los padres evaluados fue regular (56.2%), de esta manera se tiene una relación similar con las investigaciones de Quispe teniendo como resultado un nivel regular de 67.4%, en el investigador Tenazoa (2017) con un conocimiento regular de 20% , con Jara (2018) que encontró un nivel de conocimiento regular al 50%, en la investigación de Matos(2017) se tuvo un conocimiento regular de 48.9%, sin embargo, difiere totalmente otras investigaciones realizada por Torres (2018) quien predomino un nivel de conocimiento alto de 59.7%

asimismo de la investigación realizada por Chávez (2021) donde su nivel de conocimiento fue bueno (47.9%), en este último el nivel de conocimiento fue dividida en 4 escalas (muy bueno, bueno, regular y malo).

Con respecto a la edad en mi investigación la mayor población que se abarco oscilaba entre 38-50 años (52,8%) con un nivel regular de 56% en el conocimiento de la salud oral de sus hijos, de la misma manera en los estudios realizados por Quispe en el año 2013 donde la mayoría de padres son de 42-55 teniendo un nivel regular de 37% pero estas investigaciones difieren de Chávez en el año 2021 donde su mayor población está entre 20-39 años (52,1%) con un nivel bueno de 51%.

Con referencia al grado de instrucción en la evaluación final se da como resultado que no hay diferencia significativa en este punto y el nivel de conocimiento ya que la población fue grado superior (56.1%) con un nivel regular de 60% estos hallazgos coinciden en el estudio hecho por el investigador Carrillo puesto que en su investigación el grado de instrucción superior (24%) tuvo un nivel de conocimiento regular del 80%, por otro lado en los estudios realizados por Quispe en el año 2013 se puede evidenciar que la población de grado superior tiene un nivel de conocimiento bueno en un (13%) y en los estudios realizados por Chávez en el año 2021 también existe una relación significativa entre grado de instrucción superior y nivel de conocimiento en un 52.3%.

En el ítem de nivel de conocimiento sobre medidas preventivas en la salud bucal en esta investigación fue de un conocimiento regular al 63.6%, cifra similar a la encontrada por Quispe quien concluyo tener en su estudio un conocimiento regular al 76.1%, caso contrario a la investigación dada por Jara en el año 2018 al tener un nivel conocimiento bajo (62.5%).

En la presente investigación el nivel de conocimiento de los padres sobre las enfermedades bucales concluye un nivel regular 76%, caso contrario a la investigación de Jara

donde arrojó un nivel bajo en un 52.5 % y lo encontrado por Quispe donde el nivel de conocimiento también es bajo en un 43.5%.

El nivel de conocimiento sobre elementos de la higiene oral en la investigación se obtuvo que más de la mitad de los encuestados tuvieron un nivel malo de 66.1% donde difiere con los estudios de Quispe con un nivel regular de 58.7%.

Finalmente se puede aseverar que, se obtuvieron muchos valores parecidos al de las investigaciones ejecutadas en años anteriores, así como valores diferentes en algunos estudios, estas diferencias se podrían dar por ser de distintos tamaño de muestra o de los lugares que se realizó la encuesta.

VI. Conclusiones

- Con respecto sobre el nivel de conocimiento sobre la salud oral a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down se concluye que su nivel principalmente es regular en casi toda la población estudiada, siguiendo con un nivel malo y por último un nivel de conocimiento bueno, este último fueron muy pocos los padres con dicho conocimiento.
- En referencia a el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de salud bucal a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down se llega a la conclusión que el nivel que lidero en un alto porcentaje fue el nivel regular, después fue continuada por un nivel malo y finalizando con un nivel bueno en un porcentaje mínimo.
- Con respecto al nivel de conocimiento sobre enfermedades bucodentales de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down se concluye tener un nivel regular en mayor porcentaje y un nivel de conocimiento malo en solo una población mínima de padres., quedando ausente el nivel de conocimiento bueno.
- En el nivel de conocimiento sobre epidemiología a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down se llega a la conclusión que en primer lugar está un nivel de conocimiento malo, continuando por un nivel regular, en este caso también queda ausente el nivel de conocimiento bueno.
- Con respecto en el nivel de conocimiento sobre elementos de la higiene oral de los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down se concluye que muy poco se sabe sobre las enfermedades bucodentales ya que el nivel de conocimiento que encabezó fue malo en más de la mitad de personas encuestadas, el resto de padres encuestados tuvieron un nivel regular, quedando nuevamente ausente en nivel de conocimiento bueno.
- En referencia a el grado de instrucción el mayor porcentaje de los padres que tienen hijos escolares con Síndrome de Down tienen un grado de instrucción superior, pero con

un nivel de conocimiento regular sobre la salud bucal de sus hijos llegando a la conclusión de no tener una relación estadísticamente significativa.

VII. Recomendaciones

- Se sugiere llevar a cabo investigaciones aplicando programas de promoción de la salud bucal y preventivos a los padres de familia que tiene hijos escolares con Síndrome de Down desde los primeros años de vida para verificar los logros de su salud bucal.
- Se recomienda al sector educativo poner en efecto dentro cada institución talleres sobre la higiene oral y poder incitar a cada alumno a practicarlo.
- Se deben de realizar proyectos de investigación en los centros educativos para así poder aplicar o llevar en efecto los programas preventivos promocionales.
- Se recomienda a seguir realizando investigaciones sobre las personas con Síndrome de Down en el interior del país ya que se han encontrado pocos estudios relacionados a la salud oral.

VIII. Referencias

- Aguirre, C.J., Porras, R.D. y Ríos, V.K. (2015). Estrategia de intervención educativa sobre la salud bucal en pacientes de 6 a 32 años con Síndrome de Down. *Rev. Estomatol Herediana*, 25(04), 262-67.
- Bermeo, P.J., Guerrero, J.J. y Delgado S.G., (2018). Niveles de Conocimiento. En Alan, N.D., Cortes, S.L, Procesos y fundamentos de la investigación científica (pp. 52-67). Edición Española
- Carrillo, S.N (2017). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Síndrome de Down y Autismo del Centro Educativo Básico Especial (CEBE) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el año 2016*. [Tesis para optar el título de cirujano dentista- Universidad Wiener]. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/554/TITULO%20%20CARRILLO%20SAAVEDRA%20NALY%20ROSARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Casals, P.E. (2010). Guía de formación, Campaña mes de la salud bucal. https://www.portalfarma.com/Profesionales/campanaspf/categorias/Documents/Mes_de_la_salud_bucal_I.pdf
- Cerón, M.A. (2016). Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. *Ciencia ergo-sum*, 24-1, 83-90. <https://doi.org/10.30878/ces.v24n1a9>.
- Chávez, C.L. (2021). *Nivel de conocimiento sobre salud oral en los padres de personas con síndrome de Down pertenecientes a la asociación “Colectivo 21”*. Lima. Perú. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de odontología].
- Consejo Nacional para la integración de las Personas con Discapacidad (2016). *Informe temático N°2 “Síndrome de Down en el Perú”*. Observatorio Nacional de Discapacidad.

<https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/informe-tematico-n2-sindrome-de-down-en-el-peru/>

- Culebras, A.E., Silvestres, R.J. y Silvestre, D.F. (2012). *Alteraciones odonto-estomatológicas en el niño con Síndrome de Down*. *Rev. Esp. Pediatr*; 68(6), 434-439.
- Delgado, L.I.R. (2012). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna- Huancavelica*. [Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de odontología].
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/1127>
- Descamps, I. y Marks, L. (2015). Oral Health in children with Down syndrome: Parents' views on dental care in Flanders (Belgium). *European Journal of Paediatric Dentistry*, 16, 2002-2015
- Díaz, C.C., Yokoyama, R.E. y Del Castillo, R.V. (2016). Genómica del síndrome de Down, *Acta Pediátrica de México*. 37(5). 289-296.
<http://dx.doi.org/10.18233/APM37No5pp289-296>
- Espinoza, F.E. y Toscano, R.D. (2015). Metodología de investigación educativa y técnica.
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/6704>
- Espinoza, U.E. y Pachas, B.F. (2013). Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. *Rev. Estomatol. Herediana*, 23(2), 101-108.
<https://doi.org/10.20453/reh.v23i2.37>
- Gómez, C.V. (2014). Salud oral en el niño con Síndrome de Down: Protocolo de intervención. *Gaceta Dental*, 255, 122-135.
- Jara, C.D. (2018). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con Síndrome de Down*. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista-

Universidad Inca Garcilazo de la Vega].

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2843>

Matos, F.A. (2018). *Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal de los padres que tienen niños con diversidad funcional*. [Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista-Universidad Inca Garcilazo de la Vega].

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2849>

Navas, P.R. y Mogollón, J. (2007). Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con Síndrome de Down. *Ciencia Odontológica*, 4(2), 130-140.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205217591004>

Ozgul, K.I., Figen, E.G. y Ilknur.T. (2018). Parent's attitudes and knowledge on oral health in a group of individual with Down syndrome in turkey. *Pediatric Dentistry Department, School oof Dentistry, Marmara University, Turkey*, 68(9).

Pérez, Ch.D. (2014). Síndrome de Down. *Revista de Actualización Clínica*, 45, 2357- 2361.

Pierpauli, J.R., (2016). Teoría del conocimiento y teoría del estado en la filosofía de Rene Descartes. *Espíritu LXV*(152), 505-522

[http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-FundamentosDeLainvestiacionCientifica.pdf)

[FundamentosDeLainvestiacionCientifica.pdf](http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-FundamentosDeLainvestiacionCientifica.pdf)

Prabhu, N.T., BDS,MDS, Mphil, MRACDS, FRACDS, Nunn,J.H. & MA,PhD, BDS, (2010).

Access to dental care-parent's and caregivers'views on dental treatment services for people with disabilities. *Spec Care Dentist* 30(2), 35-45. [https://doi.org/10.1111/j.1754-](https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2009.00127.x)

[4505.2009.00127.x](https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2009.00127.x)

Quispe, M.J. (2013). *Conocimientos sobre salud buco dental de los padres que tienen hijos con Síndrome de Down. Del C.E.B.E. San José San de Martín- Cusco 2013*. [Tesis para optar el grado profesional de cirujano dentista-Universidad Nacional de San Antonio

Abad

del

Cuzco].

<https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/917/253T20130037.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramírez, A.V. (2009). La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual.

An Fac med., 70(3), 217-24.

Rodríguez, G.K., Peña, S.M., Clavería, C.R., Vallejo, P.G. y García, D.R., (2017). Salud bucal

en pacientes con síndrome de Down según actitudes de sus tutores legales. *MEDISAN*,

21(7), 842-849

Torres, RV. (2018). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene oral*

en los alumnos den Centro Educativo Básico Especial del distrito de Iquitos, año 2017.

[Tesis para optar el grado profesional de cirujano dentista-Universidad Nacional de la Amazonia Peruana].

https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/5405/Vania_Tesis_Titulo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

IX. ANEXOS

Anexo A. Firmas de validación del instrumento a aplicarse

Opinión de aplicabilidad

Aplicable (X)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

LIMA 15 DE JULIO DEL 2,021

Apellidos y nombres del juez evaluador:

JOSÉ GILBERTO OLIVA CHUMÁNDNI : 08475026Especialidad del evaluador: ODONTOPEDIATRIA R.N.E.328


Firma

Opinión de aplicabilidad

Aplicable (x)

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

16 de julio del 2021

Apellidos y nombres del juez evaluador:

LADERA CASTAÑEDA MARYSELA IRENEDNI: 41098065

Especialidad del evaluador:

ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGICA


Firma

Opinión de aplicabilidad

Aplicable () Aplicable después de corregir (X) No aplicable ()

18 de julio del 2021

Apellidos y nombres del juez evaluador:

Castro Pérez Vargas Antonieta Mercedes

DNI: 07232434

Especialidad del evaluador:

Odontopediatra

.....
Firma

Opinión de aplicabilidad

Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No aplicable ()

15 de julio del 2021

Apellidos y nombres del juez evaluador:

Mendoza Murillo Paul Orestes

DNI: 25838671

DR. ESP. PAUL ORESTES MENDOZA MURILLO
CIRUJANO DENTISTA
ESP. EN SALUD PÚBLICA ESTOMATOLÓGICA
COP 7788 RNE 362

Especialidad del evaluador:

Salud Pública Estomatológica

.....
Firma

Anexo B. Ficha de recolección de datos sobre nivel de conocimiento de los padres.**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL****Facultad de Odontología****Carrera Profesional de Odontología**

TITULO DEL PROYECTO: Nivel de conocimiento sobre salud bucal a los padres de familia que tienen hijos escolares con Síndrome de Down.

I.PRESENTACION

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación los resultados obtenidos a partir de este estudio serán utilizados para evaluar el nivel de conocimientos de los padres que tienen hijos con síndrome de Down por lo que solicito su participación contestando cada una de las preguntas de manera objetiva y veraz. Si ha decidido participar en el estudio, escoja la opción “Sí, deseo participar Voluntariamente en el estudio”, conteste las preguntas del cuestionario y envíelo.

Gracias por participar en esta investigación.

- Sí, deseo participar voluntariamente del estudio.
- No deseo participar en el estudio.

DATOS GENERALES DEL PADRE/MADRE O APODERADO

Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad: Años

Estado Civil:

Soltero(a)

- Casado(a)
- Casado(a) pero separado(a)
- Conviviente
- Viudo(a)
- Divorciado(a)

Nivel de instrucción:

- Primaria ()
- Secundaria incompleta ()
- Secundaria completa ()
- Superior ()

Lugar de Procedencia

- Lima o Callao
- Provincia

Zona de Residencia

- Rural
- Urbana

Número de Hijos

- 1
- 2
- 3

Más de 3

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con un aspa (X) la respuesta que usted considere correcta (solo puede marcar una sola alternativa).

Nivel de conocimiento sobre medidas de prevención

1) ¿Cuántas veces cepilla los dientes de su hijo(a), a lo largo del día?

- a) 1 vez al día.
- b) 2 veces al día.
- c) 3 veces al día.
- d) Depende de cuantas veces come

2) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al Odontólogo?

- a) Al erupcionar el primer diente.
- b) A los 3 meses de vida.
- c) Al presentar dolor dental.
- d) Cuando erupcionen todos sus dientes.

3) ¿Cada cuánto tiempo cree usted que debería llevar a su niño al odontólogo?

- a) Cada año.
- b) Cada 2 años.
- c) Cada 3 meses.
- d) Cada 9 meses.

4) ¿Considera que su niño necesita que un odontólogo especializado en pacientes con habilidades especiales sea quien lo atienda y trate?

- a) Sí, porque ellos conocen mejor a mi niño y los entienden.
- b) Sí, porque tienen mejores instrumentos dentales.
- c) No, porque todos los odontólogos son iguales.
- d) No, porque cobran muy caro.

5) ¿Cuál de las siguientes alternativas considera usted que es la correcta para mantener una adecuada salud bucal?

- a) Consumo de una dieta alta en azúcares y el uso del hilo dental.
- b) Uso de pasta dental con flúor y consumo de golosinas sin azúcar.
- c) Higiene bucal 3 veces al día con cepillo y pasta dental con flúor de al menos 1000 p.p.m, uso de hilo dental y enjuagues bucales.
- d) Acudir al odontólogo solo cuando exista dolor.

6) ¿Cada cuánto tiempo cree usted que debería cambiar el cepillo dental de su niño?

- a) Cada 6 meses.
- b) Cada 12 meses.
- c) Cada 3 meses.
- d) No se

7) ¿En qué momento cree usted que es adecuado cepillar los dientes de su hijo?

- a) Antes de las comidas.
- b) Después de las comidas
- c) Solo al acostarse.
- d) Antes y después de cada comida.

8) ¿Cuánto tiempo cree usted que se debe tardar para cepillar correctamente los dientes de su hijo?

- a) 30 segundos
- b) 1 minuto.
- c) 2 minutos.
- d) 3 minutos.

9) ¿Considera usted necesario aprender una técnica de cepillado de un profesional odontólogo?

- a) sí.
- b) no.
- c) tal vez
- d) No me acuerdo

Preguntas sobre enfermedades bucodentales.

10) ¿Qué es la caries?

- a) es una picadura en los dientes.
- b) Enfermedad causada por una dieta rica en azúcares y falta de higiene bucal

c) es un dolor en la boca.

d) no sé.

11) La placa bacteriana es:

a) restos de dulces y comidas.

b) manchas blanquecinas en los dientes.

c) restos de alimentos y microorganismos.

d) no sé.

12) La enfermedad periodontal es:

a) El dolor dental.

b) La enfermedad de las encías y los huesos que rodean los dientes.

c) Inflamación del labio.

d) Dolor de garganta.

Nivel de conocimiento en epidemiología

13) ¿Cómo cree usted que se transmite la caries?

a) Por soplar globos.

b) Reírse a carcajadas

c) Por jugar demasiado con la lengua.

d) Poner los cepillos de la familia en un mismo recipiente.

14) ¿Cree usted que las enfermedades bucales que tiene su niño se relacionan con su discapacidad física y/o mental?

- a) Sí, porque tienen dificultades para mantener una buena higiene bucal causándole infecciones bucales en un corto tiempo.
- b) No, porque nunca se enferman
- c) No, porque ellos tienen los dientes más fuertes.
- d) Si, por que no quieren cepillarse.

15) ¿Considera que su niño puede enfermarse de las encías con mayor facilidad?

- a) Sí, por las alteraciones hormonales que sufren.
- b) No, porque no hay relación entre su enfermedad y las enfermedades de las encías.
- c) Sí, por ser más susceptibles a contraer infecciones.
- d) No, porque ellos nunca se enferman.

Nivel de conocimiento sobre los elementos de higiene oral.

16) ¿Cuáles considera usted que son indispensable para la higiene bucal de su hijo(a)?

- a) cepillo dental, pasta dental, flúor, agua.
- b) flúor, pasta dental, hilo dental, agua.
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental, agua.
- d) cepillo dental, agua, enjuagatorio bucal

17) ¿Cree usted que la utilización del hilo dental ayuda en la higiene oral?

- a) Sí, porque el hilo dental limpia superficies de los dientes donde el cepillo no ingresa.
- b) No, porque a mi hijo le cepillo los dientes todos los días.
- c) Sí, porque mi niño presenta caries en los dientes.

d) No, porque mi niño tiene todos los dientes curados.

18) ¿Según usted qué tipo de cepillo debería de usar su niño?

a) Un cepillo grande de colores.

b) Un cepillo con mango grande y con una cabeza pequeña de cerdas suaves.

c) Un cepillo pequeño con cerdas gruesas.

d) Un cepillo barato porque todos los cepillos son iguales.

19) ¿Considera usted que un enjuague bucal que le muestra donde hay mayor cantidad de placa bacteriana mejoraría la higiene bucal de su hijo(a)?

a) No, porque no lo creo necesario.

b) No, porque yo le realizo el cepillado.

c) Sí, porque me ayuda a visualizar cuales son los lugares donde no se realizó adecuadamente el cepillado.

d) Sí, porque este enjuagatorio elimina la caries.

20) ¿Cree usted que su niño debe tener una adecuada pasta dental para su edad?

a) No, porque todas las pastas dentales son iguales.

b) Sí, porque existen pastas dentales que contienen la cantidad necesaria de flúor de acuerdo a la edad.

c) Sí, porque las pastas dentales de niños son dulces y de colores.

d) No, porque todos en mi familia usamos la misma pasta dental.

Anexo C. Carta de presentación a la institución CEBE 04 Miraflores para los permisos correspondientes y realizar la aplicación de mi investigación



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Pueblo Libre, 16 de agosto de 2021

Sr.
PAUL FRANCISCO BASALDÚA GUERRERO
DIRECTOR - CEBE 04
MIRAFLORES
Presente .-

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle a la Bachiller **Thalia Jazmin Montenegro Saavedra**, quien se encuentra realizando su trabajo de tesis titulada:

«NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DE LOS PADRES DE FAMILIA QUE TIENEN HIJOS ESCOLARES CON SINDROME DE DOWN»

En tal virtud, mucho agradeceré le brinde las facilidades del caso a la Srta. Montenegro para la recopilación de datos que le permitirá desarrollar su trabajo de investigación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente

Dr. FRANCO RAÚL MAURICIO VALENTÍN
DECANO (e)

Dra. CARMEN ROSA HUAMANI PARRA
JEFE (e)
OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Se adjunta: Protocolo de Tesis

013-2021

NT: 0036946 - 2021

CRHP/Luz V.

Anexo D. Carta de presentación a la institución “Síndrome de Down en Acción” para los permisos correspondientes y realizar la aplicación de mi investigación



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA**

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Pueblo Libre, 20 de octubre de 2021

Lic.
SILVANA ALBERCA ACOSTA
RESPONSABLE
GRUPO "SÍNDROME DE DOWN EN ACCIÓN"
Presente .-

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, con la finalidad de presentarle a la Bachiller **Thalia Jazmin Montenegro Saavedra**, quien se encuentra realizando su trabajo de tesis titulada:

«NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL A LOS PADRES DE FAMILIA QUE TIENEN HIJOS ESCOLARES CON SÍNDROME DE DOWN»

En tal virtud, mucho agradeceré le brinde las facilidades del caso a la Srta. Montenegro para la recopilación de datos que le permitirá desarrollar su trabajo de investigación.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente

Dr. FRANCO RAÚL MAURICIO VALENTÍN
DECANO (e)

ROSAMARÍA ROSA HUAMANI PARRA
JEFE (e)
OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Se adjunta: Protocolo de Tesis

018-2021

NT: 052388 - 2021

CRHP/Luz V.

Anexo E. Infografías entregadas a los padres de familia del grupo: Síndrome de Down en acción

CAMPAÑA DE SALUD BUCAL 2022

DIENTES DE LECHE

EL ODONTÓLOGO LO DENOMINA DENTICIÓN DECIDUA, APARECEN DURANTE LA INFANCIA, CON LA LLAMADA ERUPCIÓN

NO ESTÁN HECHOS DE LECHE, COMÚNMENTE SE LE LLAMA ASÍ POR SU COLOR TAN BLANCO.

MESES DE APARICIÓN

1	6-10
2	8-12
3	9-13
4	10-16
5	13-18
6	14-18
7	16-22
8	18-23
9	23-31
10	25-32

SON TOTAL 20 DIENTES DE LECHE

ES MÁS IMPORTANTE CUIDAR ESTOS DIENTES PORQUE:

- UNA BUENA HIGIENE PUEDE PROMOVER CARIES Y ESTOS AFECTAN A LOS DIENTES DEFINITIVOS.
- GUARDAN ESPACIO PARA LOS DIENTES DEFINITIVOS
- NOS PERMITEN HABLAR, COMER Y SONREIR.

LOS DIENTES PERMANENTES PARA PODER ERUPCIONAR DEBE EMPUJAR A LOS DIENTES DE LECHE EXCESIVAMENTE ABSORCIÓN DE LA RAÍZ, A ESTE FENÓMENO SE LE LLAMAN ESCOZOS.

CAIDA DE LOS DIENTES DE LECHE

META

1. ¿POR QUÉ SE CAEN LOS DIENTES DE LECHE?

LOS DIENTES DE LECHE SON MUY PEQUEÑOS Y FRÁGILES POR ESO DURAN MUY POCO TIEMPO EN NUESTRA BOCA.

LA FUNCIÓN DE LOS DIENTES DE LECHE ESTÁN SOLO LA DE APRENDER A MASTICAR Y A PRONUNCIAR LAS PALABRAS.

PORQUE SON EMPUJADOS POR LOS DIENTES PERMANENTES QUE ESTÁN POR DEBAJO

2. LA QUE EDAD SE EMPIEZA A CAER LOS DIENTES DE LECHE?

LOS DIENTES DE LECHE SE EMPIEZAN A CAER APROXIMADAMENTE A LA EDAD DE CINCO AÑOS.

LOS DIENTES INFERIORES SIEMPRE SON LOS PRIMEROS QUE COMIENZAN A DESPRENDERSE

LA MAYORÍA DE LAS NIÑAS SON LAS PRIMERAS EN PERDER SUS DIENTES DE LECHE.

NO TE ASUSTES CUANDO TUS DIENTES DE LECHE SE SALCAN

TE VOLVERAN A CRECER DIENTES MAS FUERTES

CURIOSIDADES:

- SI EL DIENTE SE RETIRA ANTES DE TIEMPO POR CARIES O DOLOR DE MUELA EL ESPACIO SE CERRARA Y NO PODRA SALIR TU NUEVO DIENTE.
- EN ESE CASO SE RECOMIENDA COLLOCARSE UN MANTENEDOR DE ESPACIO PARA EVITAR QUE EL ESPACIO SE CIERRE.

Anexo F. Talleres realizados a los padres de familia de CEBE 04 Miraflores

