



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Odontología

Director Dr. José Alberto Grandinetti

“Enfoque global sobre el conocimiento de docentes y directivos de las Escuelas Especiales de discapacidad neuromotora 501 y 503 de Monte Grande y Tristán Suarez acerca de la salud bucodental “

Trabajo final para la obtención del título de Odontología

Autora: Magnoli, María Florencia

Tutora: María Shirley García

Buenos Aires, Año 2022

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCION	5
HIPÓTESIS.....	14
OBJETIVO GENERAL.....	14
OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
MATERIAL Y MÉTODO	15
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN.....	26
CONCLUSIÓN	32
FUTUROS PROYECTOS	33
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS:	38

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como “un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive” El presente trabajo tiene como objetivo determinar el nivel de conocimientos de los docentes encargados de niños y adolescentes con discapacidad de dos escuelas públicas de Educación Especial.

Se realizó un estudio cuantitativo a través de un cuestionario de 16 preguntas de elaboración propia ajustado a los aspectos que se querían conocer de manera específica. Participó una muestra $n = 70$ docentes divididos en dos grupos con $n = 35$ cada uno.

Los datos se resumieron en frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes.

De las respuestas se infiere que en general las instituciones educativas tienen muy poco compromiso con la formación de la comunidad en materia de salud bucal, tanto a docentes como a padres de familia. Por otro lado, no hay un nivel alto de conocimiento en cuanto a la prevención de enfermedades bucodentales a través de los hábitos de higiene, nutrición y asistencia al odontólogo. Y finalmente hay muy poco conocimiento sobre particularidades específicas de la discapacidad en relación con la salud bucal como el efecto de los medicamentos, la necesidad de asistencia para el cepillado y la predisposición a desarrollar enfermedades bucodentales debido a su patología de base.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad, salud bucal, higiene bucal, promoción y prevención de salud, conocimientos.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) defines disability as "a complex phenomenon that reflects an interaction between the characteristics of the human organism and the characteristics of the society in which it lives" The present work aims to determine the level of knowledge of teachers in charge of children and adolescents with disabilities in two special education public schools.

A quantitative study was carried out through a questionnaire of 16 self-made questions adjusted to the aspects that were specifically wanted to know. A sample $n = 70$ participated, divided into two groups with $n = 35$ each. The data was analyzed by means of absolute and relative frequencies expressed in percentages.

From the answers it can be inferred that in general educational institutions have very little commitment to the training of the educational community in matters of oral health, both for teachers and parents. On the other hand, there is not a high level of knowledge regarding the prevention of oral diseases through hygiene habits, nutrition and assistance to the dentist. And finally, there is very little knowledge about the specific characteristics of disability in relation to oral health, such as the effect of medications, brushing assistance and the predisposition they may have to develop oral diseases due to their underlying pathology.

KEY WORDS: Disability, oral health, oral hygiene, health promotion and prevention, knowledge.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la discapacidad como “un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”. El término engloba los problemas que afectan a una estructura o función corporal, a las limitaciones en la actividad y a las restricciones en la participación que estos conllevan. (1)

Entre los distintos tipos de discapacidad, la discapacidad física motora se da cuando una persona tiene un estado físico que le impide de forma permanente e irreversible moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz. Afecta al aparato locomotor e incide especialmente en las extremidades, aunque también puede aparecer como una deficiencia en la movilidad de la musculatura esquelética. (1)

La mayor parte de las discapacidades físicas (más de un 80% de los casos) se producen luego del nacimiento por accidentes de todo tipo. (1)

De manera minoritaria, estas afectaciones pueden originarse durante el embarazo, por problemas genéticos o durante el parto.

Para las personas con discapacidad, las prácticas de higiene bucal como el cepillado dental pueden resultar difíciles al requerir habilidades y destreza manual para realizarlas de manera correcta, por lo cual podrían requerir ayuda y las personas que los cuidan podrían necesitar entrenamiento sobre cómo ayudarlos.

El control de la biopelícula dental es sumamente importante en la prevención de las patologías más prevalentes de la cavidad bucal: caries dental y enfermedad periodontal que pueden conllevar a la pérdida de piezas dentales.

Los pacientes en condición de discapacidad requieren de cuidados especiales para realizar la higiene bucal de acuerdo a su edad, cooperación, nivel de inhabilidad y compromiso sistémico, pudiendo desarrollar fácilmente enfermedades debidas al tiempo prolongado de retención de la comida en la boca, lo que ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal; y como consecuencia generan dolor, disfunción, incomodidad y necesidad de tratamientos largos, costosos y de dudable pronóstico.

Estos problemas afectan su calidad de vida. Consecuentemente, el cuidado en estas personas debe ser mayor, ya sea por factores como el uso de fármacos, como también por características propias de la patología que presenten que los hace más vulnerables a los factores de riesgo de las enfermedades de orales.

El tratamiento preventivo de la persona con discapacidad que vive en un medio familiar debe ser individualizado de acuerdo a las características del paciente y su medio ambiente íntimo. Debe incluir, educación para la salud, controles de la biopelícula dental, consejo dietario, terapia fluorada y en ciertas ocasiones la utilización de antimicrobianos.

La salud bucal en pacientes con discapacidad, al igual que para la población en general, constituye una parte integral de la salud general, por tal razón las actividades que se realicen tendientes a mantenerla o mejorarla, repercuten directamente en su bienestar. (2).

Actualmente, para la decisión de tratamiento y manejo de las enfermedades bucales, no sólo es importante conocer los indicadores clínicos bucales de los individuos antes de realizar cualquier tipo de intervención, sino también saber el conocimiento que los pacientes o sus responsables tienen sobre la etiología y prevención, así como las prácticas diarias de higiene, alimentación y la actitud frente a la mismas.

Llamamos paciente con discapacidad a aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sea de orden físico, mental, sensorial, o de comportamiento para su atención odontológica y estomatológica.

Es sumamente importante que el núcleo familiar sea un punto clave en la prevención de enfermedades, como conductor de hábitos higiénicos y dietéticos estableciendo en los niños y adolescentes con discapacidad conceptos sobre salud bucal.

Sin dejar a un lado la importancia que tiene el docente teniendo en cuenta la influencia que ejerce sobre los alumnos, y para ello, en lo que respecta a comportamientos saludables, debe tener preparación suficiente para promover el aprendizaje en lo que a la salud refiere.

Los niños que tienen algún tipo de discapacidad y concurren a instituciones educativas especiales, por lo general, no reciben educación para la salud bucal con estrategias o metodologías acorde a sus necesidades (2-3)

Por lo general los niños con discapacidad no tienen la facilidad de acceder a los sistemas regulares de educación y salud. La calidad y cantidad de contenidos se ve afectada y sumado a esto , los profesionales de la salud no suelen realizar acciones de educación para la salud bucal en grupos de niños con discapacidad y si se realizan, no siempre se hace con herramientas adaptadas a los destinatarios como técnicas de higiene oral adaptadas , adaptación de cepillo dental, confección de cepilleros para colocar en las aulas y así instaurar un hábito de higiene, que tiene la finalidad de brindarles una mejor calidad de vida.(3)

Es muy importante resaltar la marcada desigualdad que hay en este grupo tan vulnerable. Teniendo en cuenta que, según la Ley, Argentina cuenta con un sistema de prestaciones básicas de atención a favor de las personas con discapacidad creado por la Ley 24.901. El sistema contempla “acciones de prevención, asistencia, promoción y protección”, con el objeto de brindar una cobertura de salud gratuita e integral”. (4)

Sería necesario que haya educación para la salud sostenida y dirigida hacia un abanico poblacional inclusivo, donde los grupos de riesgo: embarazadas, niños, discapacitados y ancianos fueran objeto de estas actividades. Donde las estrategias deben diferenciarse, los actores son múltiples, y la frecuencia como otros aspectos deben tenerse en cuenta a la hora de analizar la situación real y luego planificar y llevar a los hechos las acciones planteadas. La realidad obliga a desarrollar espacios para pensar en estrategias que se traduzcan en acciones participativas en salud adaptadas a la diversidad de grupos de niños con discapacidad específica y trabajar el principio de autonomía, auto validez y en definitiva mejorar la calidad de vida. Promover la vinculación con los padres y maestros de estos niños como mediadores de estas acciones de salud. (3)

La promoción de la salud es muy importante porque sostiene la salud en el tiempo, pero debe ir acompañada de acciones asistenciales que devuelvan la salud cuando ésta se ha perdido. Se debe, también, realizar una actualización de los profesionales odontólogos que ya trabajan en el sector estatal, y que muchas veces visitan escuelas de niños “normales” y no la que está al lado porque es especial y aparentemente no le corresponde(3)

La “Educación para la Salud”, es definida por la OMS como un “campo especial de las Ciencias de la Salud cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de salud del individuo y de la sociedad” (5)

La salud bucodental es un componente indisociable de la salud general y forma parte del ciclo vital de las personas. La misma puede interferir en la calidad de vida, principalmente en la alimentación, la comunicación, la forma de relacionarse con los demás y la autoestima. Muchas enfermedades sistémicas se manifiestan en primer lugar en la boca por lo que es importante el diagnóstico precoz de los problemas de salud bucal (6).

Cuanto mayor es el grado de discapacidad intelectual, mayores dificultades experimenta el paciente al masticar, mayor permanencia de los alimentos en la boca, mayores dificultades para tragar, mayor dificultad para mantener una higiene oral aceptable y, como consecuencia, los pacientes con afectación severa presentan una mayor proporción de caries, gingivitis y enfermedad periodontal. (6-7)

A tal efecto, es muy importante, también, la motivación de padres y cuidadores para que se involucren en el cuidado de estos pacientes, ya que de una actitud positiva se refleja el cumplimiento de las pautas de la dieta y de las normas de higiene. (6)

Las patologías Motoras más frecuentes son:

1. Parálisis cerebral:

La parálisis cerebral es una entidad que afecta la función motora y es ocasionada por un daño cerebral cuando el sistema nervioso todavía es inmaduro. Los problemas en salud bucal que presentan los individuos que tienen parálisis cerebral son similares a los que presenta la población en general. Sin embargo, estos problemas se van a encontrar agravados debido a su condición sistémica que facilita la instauración de estas patologías. Las enfermedades de la cavidad bucal más prevalentes en estos pacientes son la enfermedad periodontal y caries dental. También se presentan problemas de maloclusión, sialorrea, bruxismo y traumatismos dentarios. (8).

Se denominarán según la clínica predominante, parálisis cerebral espástica, discinética o atetoide, atáxica o mixta (8).

- a. Parálisis cerebral espástica:

Es el tipo más común de parálisis cerebral. Espasticidad es el término médico que se utiliza para referirse a un determinado tipo de aumento de tono muscular que provoca rigidez muscular y afecta el movimiento pudiendo provocar reflejos exagerados, bruscos e

involuntarios. Las dificultades para mover los miembros hacen que le resulte difícil caminar. También podrían tener dificultades para el habla, para beber, masticar o comer. (9)

La parálisis cerebral espástica puede afectar distintas partes del cuerpo:

- Hemiplejia: Parálisis de la mitad del cuerpo, por lo general afecta más el brazo que la pierna. (9)
- Diplejía: Parálisis que afecta las piernas. En este tipo de parálisis cerebral la rigidez muscular se presenta principalmente en las piernas y menos en los brazos o no los afecta en absoluto. Las personas con diplejía o diparesia espástica podrían tener dificultad para caminar porque la rigidez de los músculos de la cadera y las piernas hace que las piernas se junten, se giren hacia adentro y se crucen a la altura de las rodillas. (9)
- Cuadriplejía: Es el tipo de parálisis cerebral espástica más grave; afecta las cuatro extremidades, el torso y la cara. Las personas con cuadriplejia o cuadriparesia espástica por lo general no pueden caminar y suelen tener otras discapacidades del desarrollo como discapacidad intelectual, convulsiones, o problemas de la visión, el oído o el habla. (9 -10)

b. Parálisis cerebral atetoide:

Este tipo de parálisis causa movimientos musculares lentos e involuntarios y movimientos bruscos que pueden ser repetitivos. La parálisis cerebral atetósica puede dificultar el habla y resultar difícil el control de la lengua, la respiración y las cuerdas vocales. (10)

c. Parálisis cerebral atáxica:

Este tipo de parálisis cerebral puede afectar la coordinación y el equilibrio, haciendo que le resulte difícil estimar la posición del cuerpo en relación a los objetos que lo rodean. También debilita los músculos y causa temblores. (9-10)

d. Parálisis cerebral hipotónica:

La hipotonía se da cuando se produce una disminución del tono muscular y esto causa flacidez. Un niño hipotónico, por ende, no se sienta sin ayuda hasta mucho más tarde en su desarrollo y tendrá dificultades para caminar. (10-9)

e. Parálisis cerebral mixta:

Se da cuando el individuo tiene características de más de un tipo de parálisis cerebral. El tipo más común de parálisis cerebral mixta es parálisis cerebral espástica-discinética. (10)

Manifestaciones bucales frecuentes:

- Overjet aumentado y tendencia a maloclusión clase II
- Paladar atrésico
- Malposición lingual
- Deglución atípica
- Mordida abierta
- Habito de respiración bucal
- Gran prevalencia de babeo o sialorrea (por pobre control de la cabeza e inadecuado sellado labial, abundante calculo)
- Bruxismo diurno
- Sensibilidad perioral
- Reflejo de vomito aumentado
- Lesiones dentarias de erosión por reflujo gastroesofágico
- Hipoplasias
- Enfermedad periodontal
- Aumento en la prevalencia de caries
- Retraso en el recambio dentario
- Lesiones traumáticas por impedimentos en la movilidad

2. Distrofia Muscular:

La distrofia muscular es un grupo de enfermedades que provocan debilidad progresiva y pérdida de la masa muscular. En la distrofia muscular, genes anormales (mutaciones) interfieren en la producción de proteínas necesarias para formar músculos saludables.

Existen muchos tipos de distrofia muscular. Los síntomas de la variedad más frecuente comienzan en la infancia, principalmente en los varones. Otros tipos no aparecen hasta la adultez.

No existe una cura para la distrofia muscular. Pero los medicamentos y el tratamiento pueden ayudar a controlar los síntomas y a disminuir el avance de la enfermedad (11).

Tipos de distrofia muscular:

- Distrofia muscular de tipo Duchenne:

Es una patología neuromuscular hereditaria y recesiva ligada al cromosoma X que genera atrofia muscular afectando de manera irreversible y progresiva al músculo esquelético y cardíaco. (11).

Dentro de las repercusiones sistémicas, la literatura muestra que se encuentra afectado el sistema estomatognático, observándose una alta prevalencia de caries (> 60%) y maloclusiones (86%) en comparación a la población sana, bajos índices de higiene, pocos controles periódicos y respiración bucal (10).

- Distrofia muscular de Becker:

Los signos y síntomas son similares a los de la distrofia muscular de Duchenne, pero tienden a ser más leves y a avanzar más lentamente. Los síntomas suelen comenzar en la adolescencia, pero es posible que no se manifiesten hasta promediar los 20 años o más tarde (11).

- Otros tipos:

Miotónica, Fascioescapulohumeral, Congénita, De la cintura escapulo humeral o pélvica. (10-11)

3. Mielomeningocele:

El mielomeningocele (MMC) es una de las formas de presentación más frecuente de las mielodisplasias. Su prevalencia es del 1 al 2% de los nacidos vivos. Estudios de población demuestran un aumento en la supervivencia a largo plazo, que es actualmente de 80%. El compromiso neurológico y los problemas médicos asociados son los determinantes primarios del futuro de estos niños. Una combinación de parálisis flácida o espástica está

presente en el 20 al 40% de los casos y requerirá de un tratamiento ortopédico quirúrgico para permitir una deambulación funcional. Estos pacientes tienen una gran incidencia de malformaciones congénitas, 80% de ellos presentan una hidrocefalia que requerirá el implante de un sistema derivativo. La hidrocefalia y sus complicaciones son la mayor causa de muerte (12).

El paciente con espina bífida (EB), en especial con mielomeningocele (MMC), que es la forma más común y grave de este defecto del tubo neural, además de tener alteraciones motoras y neurológicas que pudieran dificultar la realización de un procedimiento odontológico tiene mayor riesgo a desarrollar alergia al látex, material que está presente en los consultorios, así como una posibilidad 500 veces superior de anafilaxia intraoperatoria que la población general (12-13).

En las personas con discapacidad las afecciones bucales constituyen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda de atención y gasto público, fuerte impacto en la sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y desventaja social y funcional, así como también por el efecto sobre el deterioro aún mayor de la salud general de estas personas (14)

El enfoque ecológico y funcional de intervención educativa, concibe al ámbito escolar como un ecosistema ideal en el que se producen distintas situaciones que configuran el proceso educativo, en el cual se puede incluir la situación odontológica, como una situación de enseñanza -aprendizaje, inmersa a su vez en el proceso de salud- enfermedad- atención de las personas, especialmente en aquellas que presentan graves trastornos del desarrollo, como lo son los escolares con discapacidad motora. (15)

4. Síndrome de Down:

El Síndrome de Down (SD) es el desorden cromosomal más común, descrito por primera vez por Langdon Down en 1866. Se caracteriza por la combinación de discapacidad intelectual y varias malformaciones a nivel de órganos y tejidos. (16)

Entre las características fenotípicas del paciente con SD se encuentran anomalías craneofaciales como la braquicefalia, microcefalia variable con fontanelas grandes y de cierre tardío, aplanamiento occipital, fisuras palpebrales inclinadas hacia arriba, hipoplasia

o aplasia de senos frontales, micrognatia con puente nasal bajo y tendencia a la presencia de pliegues epicánticos internos.

Del mismo modo, son muy frecuentes los problemas de maloclusión, concretamente: mordidas cruzadas posteriores, tendencia a clase III esquelética con prognatismo mandibular relativo, debido a una maxila pequeña y mordida abierta anterior. (17)

Existen autores que postulan que los individuos con SD presentan una mayor predisposición a presentar caries dental (Shyama et al., 2009), especialmente por poseer un flujo salival disminuido y un menor desarrollo de motricidad fina, ocasionando que el cuidado e higiene de su cavidad oral resulte muy dependiente del cuidado de sus padres. Con relación a la caries dental, estudios de investigación obtuvieron índices de caries (CPOD) relativamente elevados en portadores del Síndrome. (18).

La caries dental es una enfermedad multifactorial, que precisa para su desarrollo, la interacción de factores como la resistencia del huésped, las relaciones microbianas, las características de la saliva y del sustrato, así como el tiempo para actuar. La evidencia proporcionada a nivel internacional sugiere que uno de los factores a considerar es la saliva, cuyos componentes no solamente favorecen la prevención de caries, sino que también pueden ser utilizados como herramienta de diagnóstico (17-18).

5. Discapacidad intelectual:

La discapacidad intelectual (DI) es un trastorno caracterizado por una función intelectual inferior al de la media poblacional, con déficit o anomalías en la capacidad de aprendizaje y adaptación social. Las causas pueden ser genéticas, biológicas, psicosociales o socioculturales. Este trastorno es dos veces más frecuente entre los varones y se clasifica de acuerdo con el coeficiente intelectual límite (CI: 71-84), en leve (CI: 50-70), moderado (CI:35-49), grave (CI:20-34) y profundo (CI:<20). Entre las causas más frecuentes de DI se encuentran el Síndrome de Down (SD); Fenilcetonuria; Síndrome de Hurler y Enfermedad de Tay-Sachs.

Los problemas dentales se encuentran entre las diez primeras causas que limitan la actividad de las personas con DI, siendo los más frecuentes la caries dental; pérdida dentaria y la enfermedad periodontal. (19).

La educación, promoción y buenas prácticas en salud bucal son trascendentales y no representan un alto costo, en comparación a los tratamientos restauradores y a la dificultad que esto conlleva en niños con estas discapacidades.

Plantearnos la educación y promoción de la salud bucal de estos niños tanto a nivel individual como grupal, implica numerosos desafíos, aún más complejos cuando la educación para la salud está dirigida a niños con necesidades educativas especiales, donde para lograr aprendizajes es necesario contar con recursos y apoyos diferentes a los habituales.

En estas instituciones, los alumnos suelen pasar la mayor parte del día y 3 de las 4 comidas diarias se llevan a cabo en la escuela, por lo que es de suma importancia que el equipo docente y directivo tenga los conocimientos necesarios acerca de la Higiene Bucal, como medida preventiva de caries y enfermedad periodontal, así como también para prevenir focos infecciosos.

HIPÓTESIS

Los docentes y el equipo directivo de escuelas a los que concurren niños con discapacidad neuromotora tienen, en general, un moderado nivel de conocimiento acerca de los cuidados y medidas de prevención de la salud bucal.

OBJETIVO GENERAL

Determinar qué nivel de conocimiento sobre cuidados de salud bucal tienen los docentes y el personal directivo de escuelas de educación especial de nivel primario y secundario a las que concurren niños con discapacidades neuromotoras e intelectuales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar, según la institución que representen, cual es el nivel de conocimiento de cada una. Identificando las diferencias entre las mismas.

- Evaluar en qué preguntas hubo mayor nivel de conocimiento
- Evaluar en qué preguntas hubo menor nivel de conocimiento

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

Criterios de inclusión: Docentes de las Escuelas 501 y 503 de niños con discapacidad neuromotora e intelectual de nivel primario y secundario ubicadas en Monte Grande y Tristán Suarez Zona Sur. Buenos Aires, Argentina.

Criterios de exclusión: Docentes de Escuelas de Educación no especial. Padres de niños con discapacidad,

Se efectuará un interrogatorio directo con un instrumento de recolección de datos mediante una encuesta de tipo descriptiva- de respuesta cerrada.

Se realizarán 16 preguntas acerca del nivel de conocimiento sobre la salud bucal en niños con discapacidad.

Se realizará un análisis de estadística descriptivo de los datos relevados usando frecuencias absolutas y relativas y se compararán ambos colegios.

Para reportar los datos en el informe final se realizarán gráficos de barra y circulares además de tablas de datos.

RESULTADOS

Se trabajó sobre una muestra total de 70 maestros ($n = 70$) pertenecientes a dos escuelas que corresponden a dos grupos de muestreo cada uno con 35 maestros (**$n_1 = 501$**)

(**$n_2 = 503$**). Como los datos son categóricos se registraron en forma de frecuencias absolutas y frecuencias relativas expresadas en porcentajes a efectos de las comparaciones. Se muestran en forma de tablas de contingencia y gráficos de barra.

En el Gráfico 1 se puede observar que en el grupo 1 el 71% de los docentes dicen conocer los elementos de higiene bucal específicos para los niños y adolescentes con discapacidad mientras que en el grupo 2 solo el 37% afirma conocerlos.

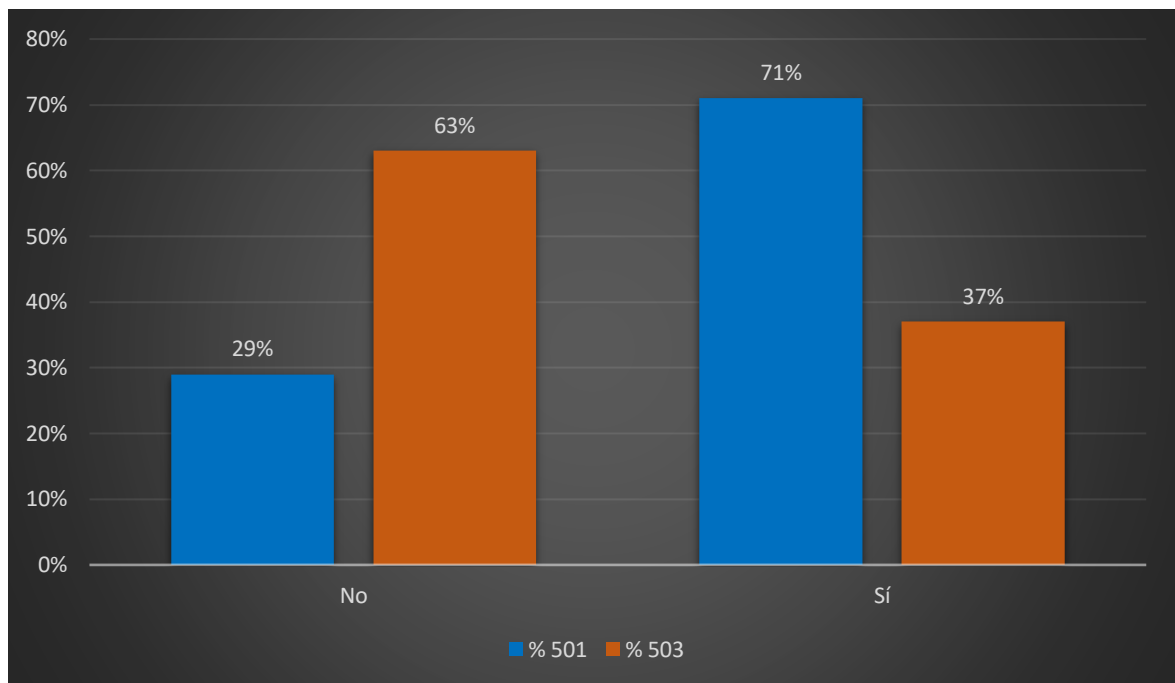


GRÁFICO 1: ¿Conoce usted cuáles son los elementos de higiene bucal que deben usar los niños y adolescentes con Discapacidad?

Acerca de la frecuencia del cepillado, podemos ver en el Gráfico 2 que en el grupo 1 el 74% de los maestros conocen que el cepillado debe realizarse 3 veces al día o más, mientras que en el grupo 2 se observa una tendencia más heterogénea ya que los porcentajes de las diferentes respuestas son similares y solo el 20% conoce que el cepillado debe realizarse con esa frecuencia y el 26%, la frecuencia más alta, piensan que solo es necesario el cepillado a veces, es decir sin regularidad.

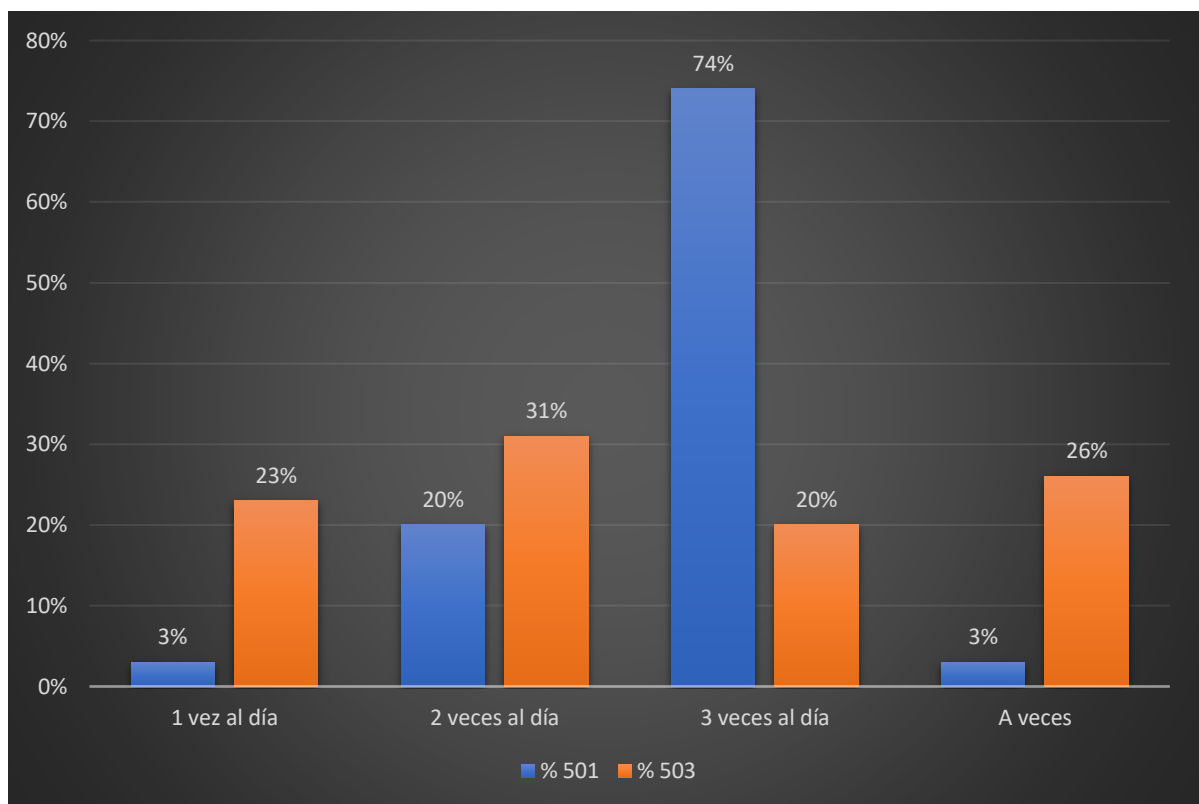


GRAFICO 2: ¿Conoce usted cuantas veces al día deben cepillarse los dientes los niños y adolescentes con Discapacidad?

Sobre la importancia del apoyo y supervisión de un adulto, en este caso, las maestras, durante el cepillado de los niños y adolescentes, como se observa en el Gráfico 3, en el grupo 1 un 92% de los maestros dicen conocerla y ser conscientes de ello, en el grupo 2 ese porcentaje corresponde a un 49%, la mitad de los docentes no conocen o no son conscientes de la importancia de esta conducta.

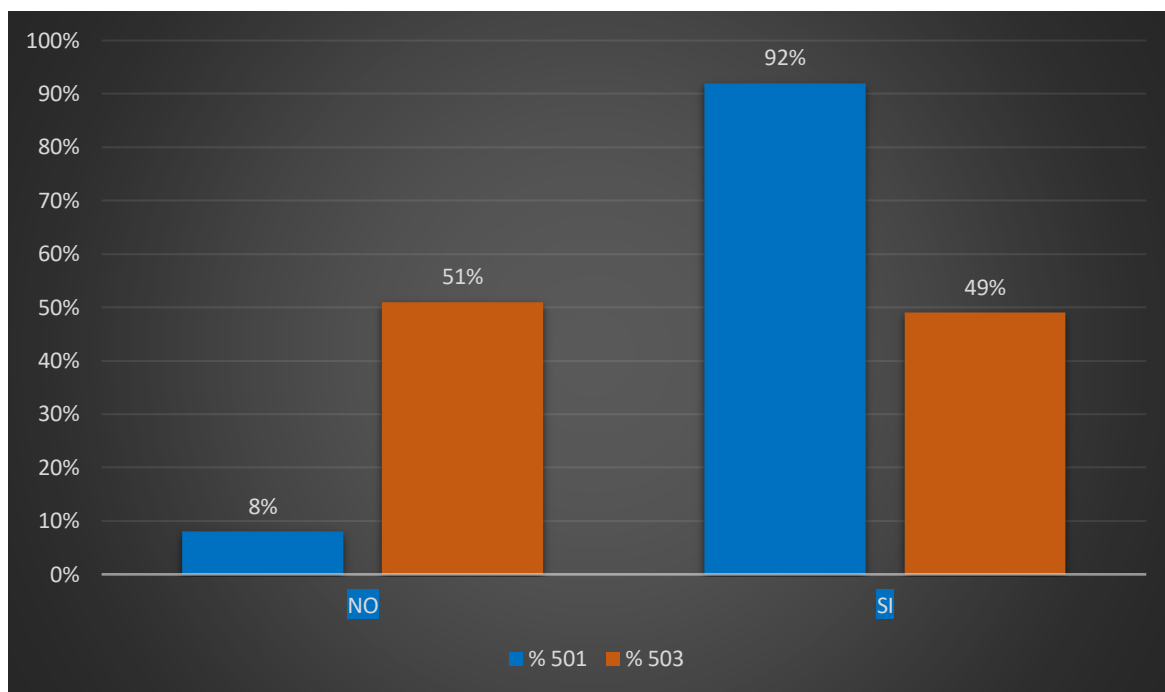


GRAFICO 3: ¿Conoce usted la importancia que tiene ayudar a los niños y adolescentes con discapacidad a cepillarse los dientes?

En el Gráfico 4 se puede observar que, cuando se les consulta sobre si los alumnos tienen a mano en el colegio elementos de higiene bucal, los resultados fueron similares entre los dos grupos. En general no llevan o mantienen estos implementos en la institución, del grupo 1 responden negativamente el 91% y del grupo 2 el 77%.

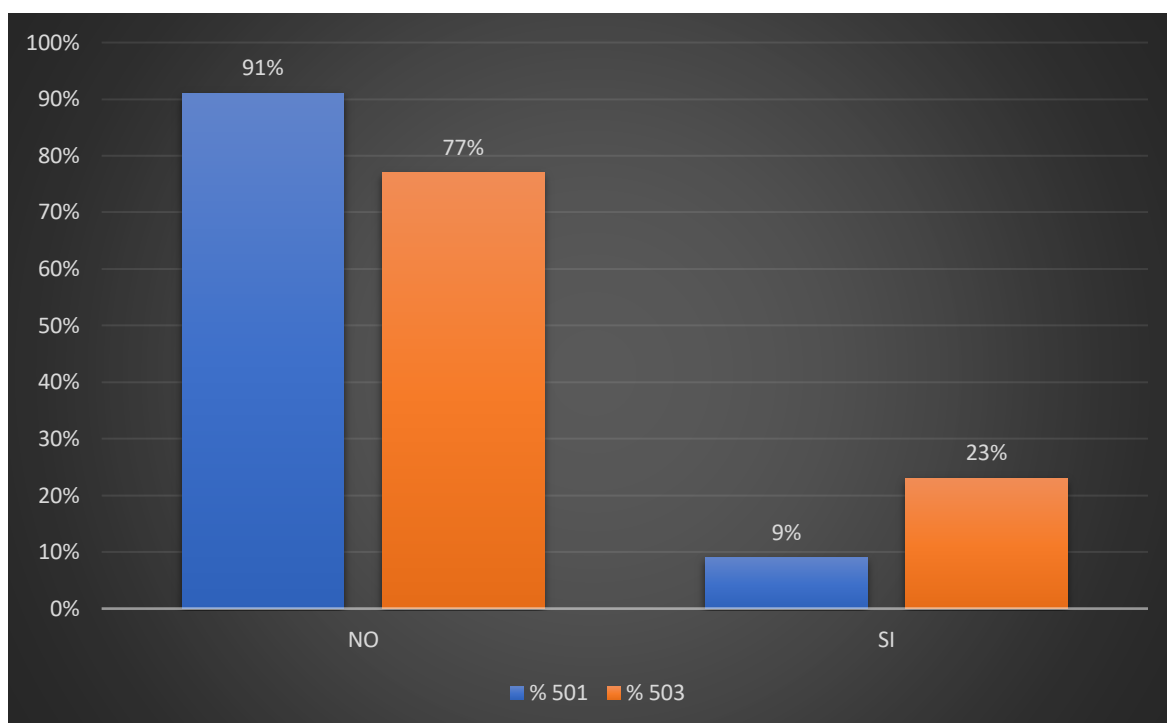


GRAFICO 4: ¿Los alumnos, tienen en el colegio elementos de higiene bucal?

Cuando se les consulta sobre el hábito del cepillado dentro de la institución, como se observa en el Gráfico 5, los docentes de ambos grupos responden en su mayoría que nunca y en menor porcentaje a veces.

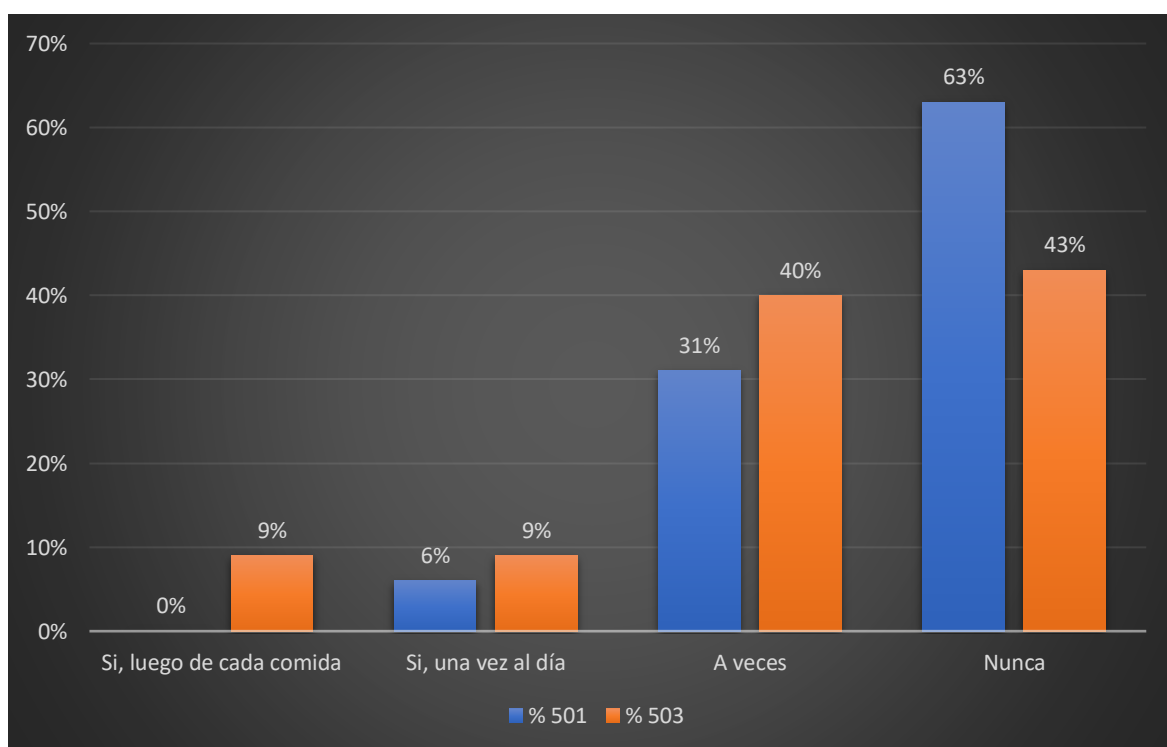


GRAFICO 5: ¿Los niños, suelen cepillarse los dientes en el colegio luego de las comidas?

Cuando se consulta sobre algunas acciones institucionales orientadas a la prevención y mejora del cuidado bucal se obtienen los resultados observados en la Tabla 1, ninguna de las instituciones parece promover charlas de prevención y promoción de manera continua, sin embargo, en el grupo 1; el 69% de los docentes dice tener conocimientos sobre hábitos nutricionales favorables y el 89% considera que estos hábitos son de suma importancia para el mantenimiento de la salud oral de los niños y adolescentes; el 51% de los docentes considera que el comedor escolar ofrece alimentos saludables y nutritivos.

En lo que respecta al grupo 2, el 23% de los docentes dice conocer los tipos de alimentos que son favorables para el mantenimiento de la salud bucal y el 37% considera este tema como importante para la salud de los niños y adolescentes con discapacidad, un 74% de los docentes no considera que el comedor escolar ofrezca alimentos saludables y nutritivos.

Tabla 1. Frecuencias absolutas y relativas de las preguntas 6, 7, 8 y 9 referidas a la participación de la institución en la higiene.

		Grupo 1(n=35) 501			Grupo 2(n=35) 503		
		FA	FR	% 501	FA	FR	% 503
6. ¿En el colegio se dictan charlas de prevención y promoción de salud bucal?	NO	27	0,77	77%	31	0,89	89%
	SI	8	0,23	23%	4	0,11	11%
7. ¿Conoce usted qué alimentos deben consumir durante el recreo los niños y adolescentes con Discapacidad?	NO	11	0,31	31%	27	0,77	77%
	SI	24	0,69	69%	8	0,23	23%
8. ¿Conoce usted si el comedor del colegio expende productos de valor nutritivo para el estudiante?	NO	17	0,49	49%	26	0,74	74%
	SI	18	0,51	51%	9	0,26	26%
9. ¿Considera que los hábitos dietéticos pueden influir en la salud bucal de los niños y adolescentes con Discapacidad?	NO	4	0,11	11%	22	0,63	63%
	SI	31	0,89	89%	13	0,37	37%

Con frecuencia, los medicamentos recetados a pacientes con discapacidad pueden contener azúcares simples que aumentan el riesgo de sufrir enfermedades bucodentales como se dijo anteriormente. Al respecto, de los docentes del grupo 1, el 57% mencionan no tener este concepto apropiado mientras que en el grupo 2 ese porcentaje equivale a un 54%, sin embargo, en este grupo, un 29% de los docentes dicen no creer que esto sea cierto. (Gráfico 6)

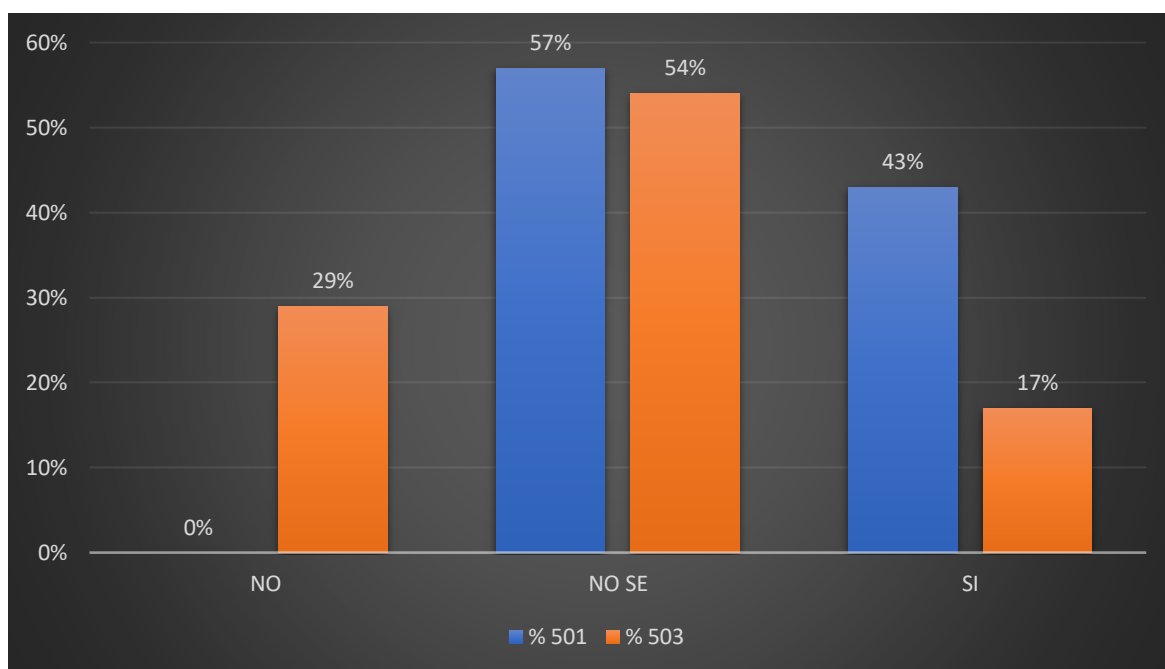


GRAFICO 6: Pregunta 10. ¿Cree usted, que los medicamentos que se le administran a los niños con discapacidad pueden contener azúcar?

Una buena estrategia para mejorar la higiene oral de los niños y adolescentes con discapacidad es la adaptación de los cepillos de dientes para responder a sus necesidades específicas, sobre el conocimiento del tema se les consultó a las maestras con los resultados que se muestran en el Gráfico 7.

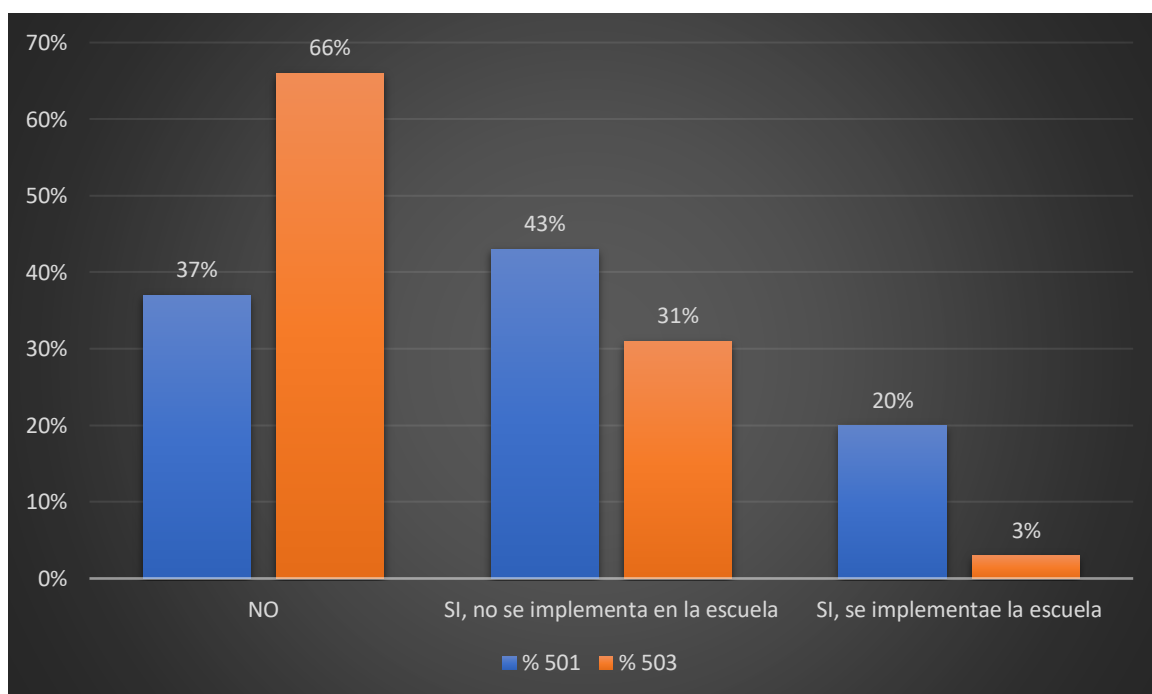


GRAFICO 7: Pregunta 11. ¿Conoce usted la posibilidad de adaptar el cepillo de dientes acorde a la necesidad de cada niño?

Sobre la frecuencia de visitas al odontólogo de los niños y adolescentes con discapacidad, los docentes de ambos grupos tienen información y creencias muy divididas y similares, en el grupo 1 el 57% piensan que la visita debe realizarse una vez al año y solo el 17% cada tres meses, en el grupo 2, el patrón fue muy parecido siendo un 49% los docentes que piensan que el control odontológico debe ser anual y el 11% trimestral

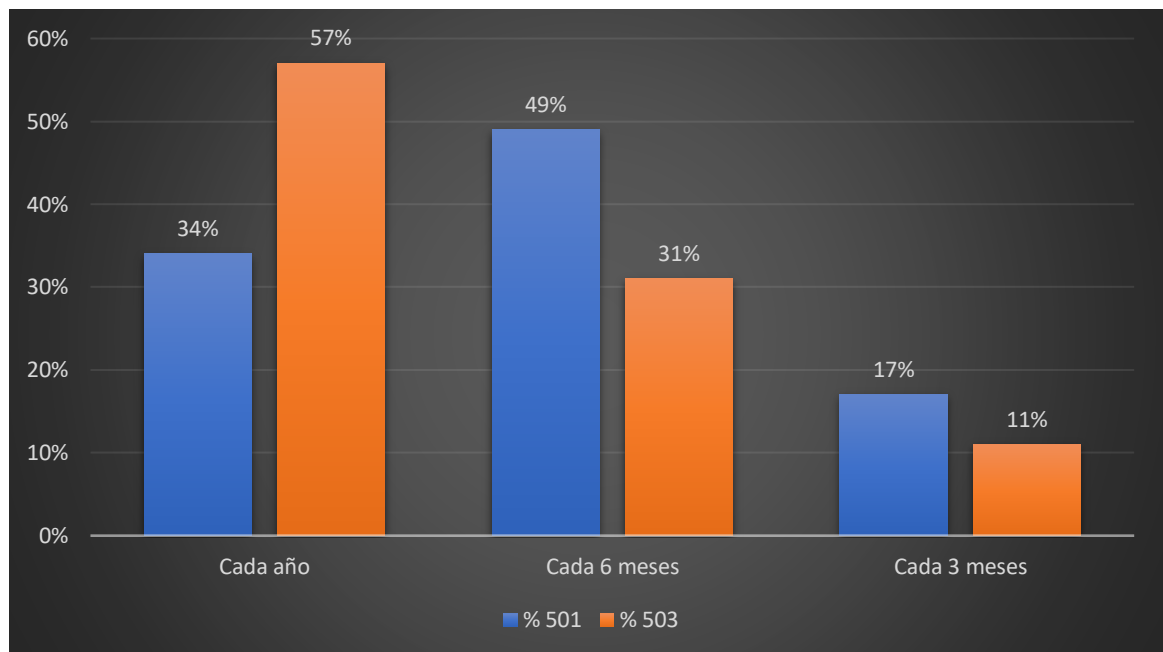


GRAFICO 8: Pregunta 12. ¿Cada cuánto tiempo cree que debe concurrir al odontólogo un niño con discapacidad?

En lo referente a la labor educativa hacia los padres sobre la salud bucal de los niños, en el grupo 1 el total de los docentes piensan que es necesaria en su comunidad instruir a los padres en hábitos de prevención y cuidado bucal, en el grupo 2 por el contrario un 69% de docentes le dan importancia a este aspecto (Gráfico 9).

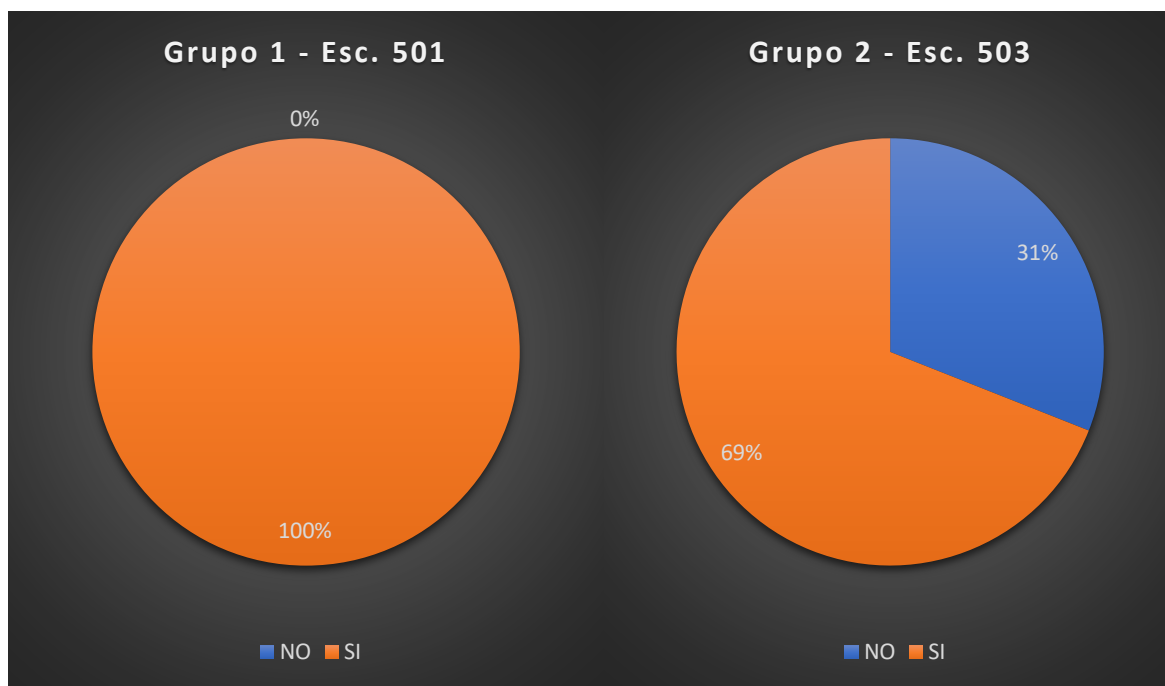


GRAFICO 9: Pregunta 13. ¿Considera importante brindar información a los padres acerca de la salud bucal de los niños?

Cuando se les pregunta a los docentes si consideran importante o no el tratamiento y la curación de las caries en los niños y adolescentes discapacitados, se muestra un patrón similar de respuesta, en el grupo 1 el 100% de los docentes lo consideran importante mientras que los docentes del grupo 2 muestra un 60% de docentes que lo creen y un 40% que no.

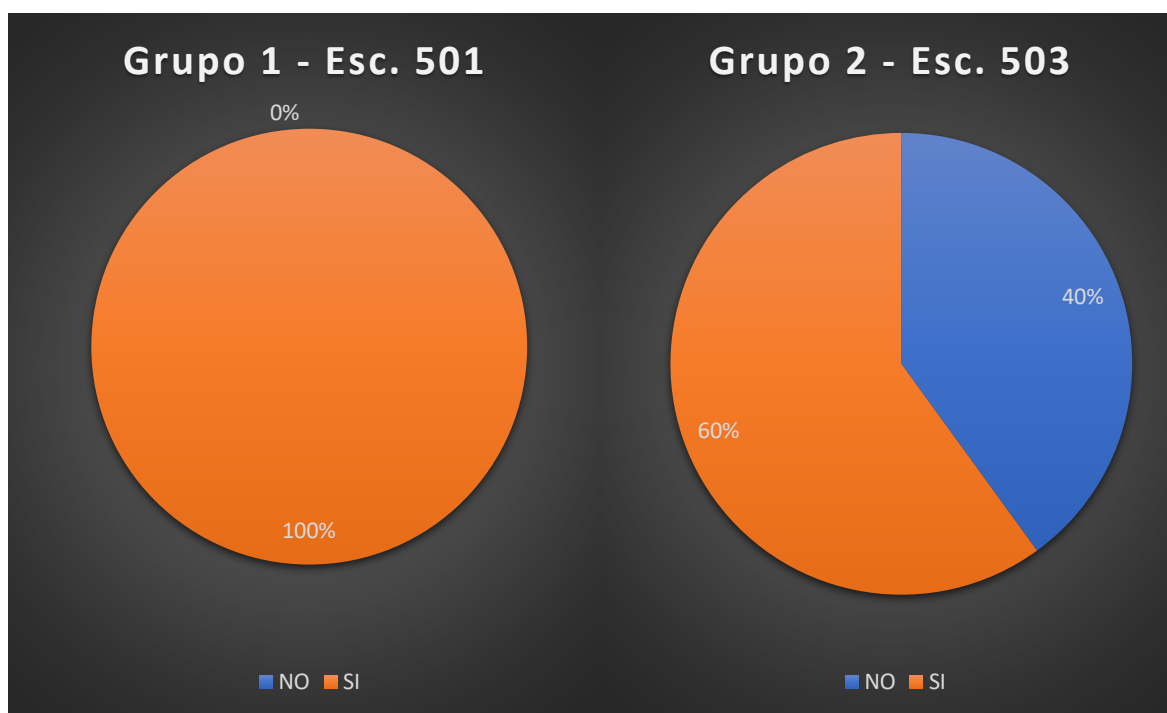


GRAFICO 10: Pregunta 14. ¿Cree que es importante que se arreglen las caries en un niño con discapacidad?

Hay un desconocimiento general en cuanto a las diferencias en los riesgos de contraer enfermedades bucales de los niños y adolescentes con discapacidad con respecto a las personas sin discapacidad, la mayoría de los docentes no tienen información suficiente sobre las características asociadas a la discapacidad que pueden llevar a sus estudiantes a tener mayor predisposición a las enfermedades bucodentales. En el Gráfico 11 se puede ver que el 40% de los docentes de ambas instituciones dicen no tener información segura sobre si estos riesgos existen o no, en el grupo 1 sin embargo un 46% de los docentes afirma tener información al respecto de dichos riesgos y del grupo 2 este porcentaje corresponde al 23%.

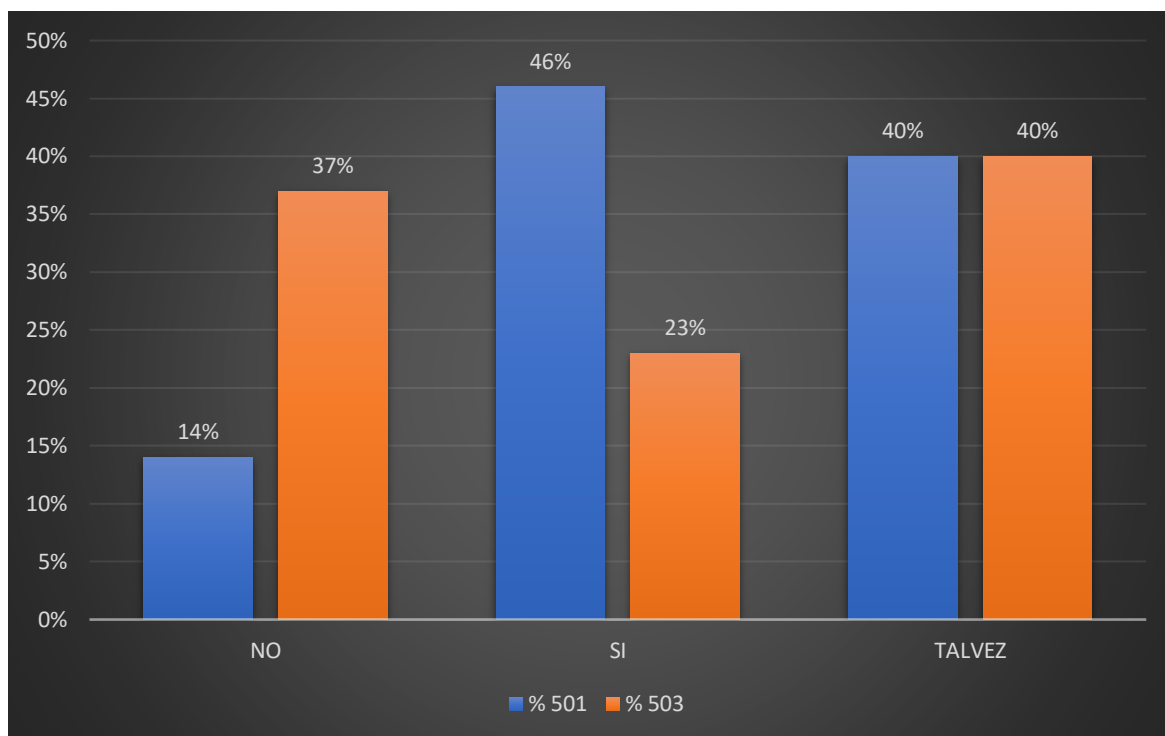


GRAFICO 11: Pregunta 15. ¿Cree que tienen mayor predisposición a desarrollar enfermedades bucales debido a su patología?

Como pregunta de cierre, el cuestionario incluía la importancia de que la institución asuma la responsabilidad sobre la educación e instrucción sobre salud bucal, la pregunta se formuló de manera muy general hacia docentes, pero puede incluir la educación sobre el tema a los estudiantes y a sus familias. Al respecto, en el Gráfico 12 se puede ver como en ambos grupos la mayoría de los docentes piensan que falta educación a nivel institucional sobre el tema.

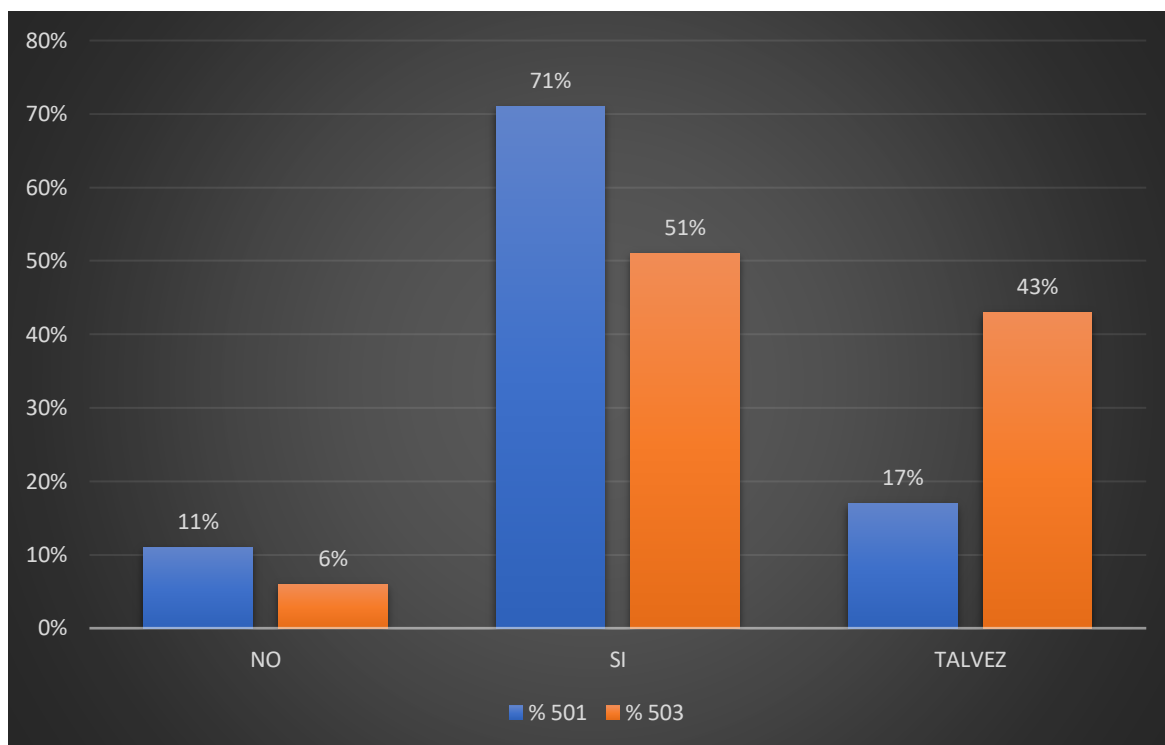


GRAFICO 12: Pregunta 16. ¿Considera que en la Institución falta educación para la salud bucal?

DISCUSIÓN

La primera observación evidente es que es muy difícil hacer generalizaciones teniendo en cuenta las diferencias entre una escuela y otra, claramente en la escuela que corresponde al grupo 1, los docentes tienen mayor preparación y conocimientos sobre higiene, prevención y salud bucodental, además de una mayor consciencia de su importancia.

Otra observación importante y que es común a ambas escuelas es la falta de compromiso institucional por el cuidado integral de los alumnos en términos de educación, promoción y prevención de hábitos de higiene, visitas a los servicios odontológicos y alimentación saludable, tanto con los docentes como hacia los padres. Esto se evidencia en la pregunta 16 en la que la mayoría de los docentes de ambas escuelas mencionan no haber recibido

nunca capacitación específica y en la pregunta 14 en la que hay un 31% de los docentes que no consideran importante la educación a las familias, probablemente porque asumen que los terapeutas y médicos al cuidado de los niños realizarán esa función, pero rara vez hay un odontólogo involucrado en el equipo de rehabilitación de pacientes con discapacidad.

Los centros educativos y de manera especial los que se ocupan de pacientes con discapacidades, deben tener como uno de sus ejes de formación la prevención y promoción de la salud, y para tal fin, la capacitación de los docentes debe ser un compromiso fundante. Para Rudra (20) en los países en vías de desarrollo el costo asociado a la enfermedad bucodental puede ser disminuido a través de la prevención, en su estudio, determinó que tanto padres, maestros como responsables políticos no son plenamente conscientes de que la prevención no solo ayuda a mejorar la calidad de vida y a evitar la enfermedad, sino que tiene un impacto económico y social. Las enfermedades bucales pueden ser prevenidas en su mayoría por prácticas simples de higiene y los maestros desempeñan un papel muy importante en el cambio de actitudes y comportamientos. Encontró además índices de higiene mejores en niños cuyos maestros participaban en programas de educación para la prevención especialmente en zonas rurales.

Otros autores plantean que la escuela es fundamental en el desarrollo de buenos hábitos de higiene y cuidado e incluyen a los maestros como actores fundamentales en el proceso, incluso en el apoyo a los padres. En su trabajo, Sanjurjo (21) encuentra que muchos docentes estiman que la educación sobre salud bucal debe ser responsabilidad de padres y educadores sanitarios.

Dado que en el presente trabajo no se utilizó un cuestionario estandarizado para la medición del nivel de conocimientos, podemos estimar algunas tendencias a partir de las respuestas, pero no es fácil comparar los resultados con las de otros estudios, para tal fin, se dividieron las preguntas del cuestionario en tres grupos similares a los de cuestionarios estandarizados:

- Relacionadas con la higiene bucal
- Relacionadas con otros conocimientos sobre prevención
- Relacionadas con el papel de las instituciones.

Relacionadas con la higiene:

Sobre higiene oral se incluyeron las preguntas:

1. ¿Conoce usted cuáles son los elementos de higiene bucal que deben usar los niños y adolescentes con Discapacidad?
2. ¿Conoce usted cuantas veces al día deben cepillarse los dientes los niños y adolescentes con Discapacidad?
3. ¿Conoce usted la importancia que tiene ayudar a los niños y adolescentes con discapacidad a cepillarse los dientes?
4. ¿Los alumnos, tienen en el colegio elementos de higiene bucal?
5. ¿Los niños, suelen cepillarse los dientes en el colegio luego de las comidas?

En las tres primeras preguntas hay diferencias significativas importantes en el nivel de conocimientos de los docentes de una escuela a otra, en aspectos relacionados con el uso del cepillo, la frecuencia del cepillado y la necesidad de supervisión y asistencia de algunos estudiantes debido a su discapacidad, se cree que pueden estar relacionadas con una actitud general institucional de despreocupación por el tema y por el nivel en el que se desempeñan los docentes ya que es más frecuente que los niños lleven sus implementos de limpieza y realicen su cepillado y rutina de higiene dentro del colegio durante el preescolar y el primer ciclo del primario, pero no es frecuente en los años superiores y en adolescentes.

En las preguntas 4 y 5 no hubo diferencia significativa y sus resultados son muy coherentes ya que, ante la ausencia de implementos de higiene bucal en el establecimiento, los niños y adolescentes no pueden realizar su cepillado, de nuevo, los estudiantes que si llevan sus implementos y realizan esta práctica debe estar relacionado con el grado que cursan.

En estudios previos (22) se determinó el conocimiento de los docentes de niveles iniciales (preescolar y primer ciclo de primaria) en tres aspectos, el primero es la higiene, obteniendo a partir de encuestas estandarizadas aplicadas en forma multicéntrica, en escuelas peruanas, que el nivel de conocimiento general es regular, mejorando con la edad y los años de experiencia docente. En otros estudios se obtuvieron resultados similares a los del grupo 2 de la muestra de éste estudio que refleja una falta de conocimiento importante sobre la importancia del cepillado y la higiene, así algunos investigadores determinaron que en su población de estudio, un 39% de los docentes piensan que el cepillado debe realizarse solo al levantarse, es decir, solo una vez al día al igual que un 22,6% que cree que es necesario

solo al levantarse y 33% saben que el cepillado debe realizarse después de cada comida.(23)

En el mismo estudio se les consulta a los docentes acerca del conocimiento que tienen sobre los implementos de higiene oral que deben usar los niños y de manera muy similar al presente estudio, cerca de un 45% declararon conocer dichos implementos. (23)

En un estudio específico sobre la calidad de los conocimientos de los docentes en escuelas de atención a niños con discapacidad se encontró que un 67% de los docentes conocen los implementos específicos que deben usar las personas con discapacidad para su higiene, el 55% contestaron correctamente sobre la frecuencia del cepillado y un 75% conocían y eran conscientes de la importancia de la supervisión y asistencia durante el cepillado, valores muy similares a los que se obtuvieron del grupo 1 de este estudio. (22),

Relacionadas con otros conocimientos sobre prevención

Sobre conocimientos adicionales sobre prevención y en particular en niños y adolescentes con discapacidad, se incluyeron las siguientes preguntas:

7- ¿Conoce usted qué alimentos deben consumir durante el recreo los niños y adolescentes con Discapacidad?

9- ¿Considera que los hábitos dietéticos pueden influir en la salud bucal de los niños y adolescentes con Discapacidad?

10- ¿Cree usted, que los medicamentos que se le administran a los niños con discapacidad pueden contener azúcar?

11- ¿Conoce usted la posibilidad de adaptar el cepillo de dientes acorde a la necesidad de cada niño?

12- ¿Cada cuánto tiempo cree que debe concurrir al odontólogo un niño con discapacidad?

14- ¿Cree que es importante que se arreglen las caries en un niño con discapacidad?

15- ¿Cree que tienen mayor predisposición a desarrollar enfermedades bucales debido a su patología?

Arriagada (23) en su estudio, encontró que los docentes tenían un nivel de conocimientos regular en lo referente a la prevención en general. Por su parte García (24) encontró que el

79% de los maestros conocen e informan a los estudiantes sobre los peligros del consumo excesivo de azúcar como cariogénico.

Sobre la dieta recomendada para niños y adolescentes con discapacidad que favorecen su salud, se obtuvieron resultados significativamente diferentes entre los dos grupos, los del grupo 1 dicen tener conocimiento el 69% mientras el grupo 2 solo el 30%; este último, idéntico al encontrado por Pozo Villarreal (25) quién para una pregunta similar obtuvo un porcentaje del 30%.

Relacionadas con el papel de las instituciones.

Sobre el rol de docentes e instituciones en la promoción y prevención de la salud bucodental y el compromiso institucional, se incluyeron las siguientes preguntas:

6 - ¿En el colegio se dictan charlas de prevención y promoción de salud bucal?

8- ¿Conoce usted si el comedor del colegio expende productos de valor nutritivo para el estudiante?

13 - ¿Considera importante brindar información a los padres acerca de la salud bucal de los niños?

16 - ¿Considera que en la Institución falta educación para la salud bucal?

Solo hay diferencias significativas en la pregunta 13, en general los docentes coinciden en que no reciben capacitaciones ni información específica de las instituciones educativas, tampoco dirigida hacia los padres y que en el comedor no se promueven hábitos de nutrición saludables.

Para Sanjurjo (21) Los colegios son instituciones que deberían influir y promocionar conocimientos sobre la salud y favorecer un cambio conductual. Pero es necesario iniciar por la formación de los maestros ya que esto tendría un efecto inmediato en los alumnos e impactaría en las conductas saludables de los niños hacia la adolescencia.

La promoción de la salud en las escuelas, permite que se favorezca la prevención, las políticas educativas del colegio, el entorno físico y la educación en salud son fundamentales para favorecer hábitos de salud bucal y controlar comportamientos de riesgo, como el consumo de alimentos y bebidas azucaradas (20).

El nivel de conocimiento de los profesores es regular en casi toda la literatura consultada. Y por edades también es regular en la mayoría de los profesores. Para varios investigadores (21, 22, 23) el nivel de conocimiento en salud bucal de los profesores tiene un impacto directo en la salud oral de niños y de manera más notoria en los niños y adolescentes con diferentes discapacidades.

Respecto a la realización de programas o cursos de educación bucal en sus respectivos centros, otros estudios muestran un comportamiento similar al de este trabajo, un 90,1% de los maestros reconoce que en sus centros no se realiza (21).

Con respecto a las preguntas con peores resultados son claramente las que se relacionan con la importancia de la curación de caries y la importancia de la educación a los padres, las que mejores resultados obtuvieron fueron las referidas a la higiene, en especial a la frecuencia del cepillado.

Como un aspecto a mejorar importante del trabajo está el uso de un cuestionario estandarizado, validado que permita determinar un nivel de conocimientos con categorías específicas y que nos permita, además, compararlo con trabajos previos e información más precisa.

CONCLUSIÓN

Se determinó un nivel muy dispar de conocimientos entre los dos grupos, con diferencias significativas en 8 de las 16 preguntas, con una tendencia marcada a un mayor conocimiento de los aspectos estudiados en el grupo 1 que en el 2.

De las respuestas se infiere que en general las instituciones educativas tienen muy poco compromiso con la formación de la comunidad educativa en materia de salud bucal, tanto a docentes como a padres de familia.

Hay un nivel bajo de conocimiento en cuanto a la prevención de enfermedades bucodentales a través de los hábitos de higiene, nutrición y asistencia al odontólogo y poco conocimiento sobre particularidades específicas de la discapacidad en relación con la salud oral como el efecto de los medicamentos, la asistencia para el cepillado y la predisposición que pueden tener a desarrollar enfermedades bucodentales debido a su patología de base.

Las preguntas sobre cepillado y su frecuencia tuvieron mayor valoración positiva mostrando que los conceptos fundamentales son reconocidos por la población

FUTUROS PROYECTOS

Como se dijo anteriormente, la principal mejora que se debe hacer al proyecto de investigación es el uso de un instrumento validado y estandarizado que permita establecer un nivel de conocimientos globalizado de la encuesta y comparar los resultados más fácilmente con otros trabajos.

Se sugiere igualmente en futuros trabajos acompañar de índices de higiene oral y otros que indiquen la salud oral como presencia / ausencia de caries, placa, gingivitis y cualquier otra patología, para encontrar correlaciones entre el nivel de conocimientos de los docentes y el estado de higiene bucal de los estudiantes.

Por último, sugeriría un proceso de intervención en el que se haga una evaluación previa, ya sea de conocimientos, de hábitos o de estado de salud e higiene oral, seguido de una intervención que trabajaría muchos aspectos visuales, auditivos y sensoriales que están sugeridos para motivar y estimular hábitos en niños con diferentes discapacidades. (27-28) y una evaluación final que debe ser comparable con la inicial para verificar que la capacitación tiene un impacto positivo.

BIBLIOGRAFIA

(1) La discapacidad física: [Internet]. Cataluña, España .Observatori discapacitat Org.[citado 4 de agosto de 2021]. Disponible en:

<https://www.observatoridiscapacitat.org/es/la-discapacidad-fisica-que-es-y-que-tipos-hay>
1.1: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4341/4031>

(2) 1. Alí S de LM, Blanco RL, Meana González MA, Dho MS. Higiene oral en niños con discapacidad intelectual en una institución de la Ciudad de Corrientes. Rev Fac Odontol UNNE [Internet]. 2020 [citado el 20 de junio de 2022];13(1):22. Disponible en: <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4341/4031>

(3) Di Nasso P. “La salud bucal de los niños con discapacidad“. Plataforma de informacion para politicas publicas. el 2 de octubre de 2010;p.1–3.

(4) Diez leyes inclusivas que amparan a las personas con discapacidad [Internet]. Argentina.gob.ar. 2017 [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/diez-leyes-inclusivas-que-amparan-las-personas-con-discapacidad>

(5)Definición según OMS. <https://www.who.int/countries/arg/es/> Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_s%20pa.pdf?sequence=1

(6) Santa Cruz González NO, Pérez Aquino CF, Villagra Rivera N, Achucarro Galeano S. Nivel de conocimientos y prácticas sobre salud bucodental de estudiantes de posgrado de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Asunción. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. [en línea] 2019. [fecha de acceso mayo 2020]; No.17(2): 56-63 URL disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v17n2/1812-9528-iics-17-02-56.pdf>

(7) Edu.ec. [citado el 23 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8314/1/T-UCE-0015-478.pdf>

- (8) Paredes Martínez, ER. Problemas de salud oral en pacientes con parálisis cerebral y estrategias para su tratamiento. *Odontol Pediatr* Vol 9 N° 2 [internet] 2010 sept. [citado el 6 de Sept de 2010]. Disponible desde:
<http://www.cop.org.pe/bib/revistas/odontologiapediatrica/OP92JULIODICIEMBRE2010.pdf#page=43>
- (9) CDCespanol. ¿Qué es la parálisis cerebral infantil? [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 20 de junio de 2022]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/cp/facts.html>
- (10) Parálisis Cerebral [Internet]. Bupasalud.com. [citado el 20 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.bupasalud.com/salud/paralisis-cerebral>
- (11) Distrofia muscular [Internet]. España. Mayoclinic Org. [citado 4 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/muscular-dystrophy/symptoms-causes/syc-20375388>
- (12) Iglesias, Jorgelina, Ingilde, Mónica, Naddeo, Silvana, Sánchez, Mario, Spinelli, Silvia, Van der Velde, Juan, Yáñez, Alberto, Detección y tratamiento del mielomeningocele por un equipo interdisciplinario. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* [Internet]. 2000;19(1):11-17. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91219103>
- (13) Carlota PHE. Manejo odontológico del paciente pediátrico con espina bífida y alérgico al látex. *odous científica* [Internet]. 10 de 2020;22(enero junio 2021)[citado el 4 de Agosto de 2021]:11. Disponible en:
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol22n1/art06.pdf>
- (14) Silvestre Donat F y col. Manual de manejo odontológico en el paciente discapacitado. Editorial Proter & Gamble España S.A. Valencia. 2010. p 13-59
- (15) Científicas P. Repositorio Digital [Internet]. Edu.ar. [citado el 4 de agosto de 2021]. Disponible en :
<https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/5471/Salud%20bucal%20de%20escolares%20con%20discapacidad%20motora.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- (16) Demicheri A. Rubens, Batlle Alicia. La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down. *Odontoestomatología* [Internet]. 2011 Dic [citado 2022 Mayo 25] ; 13(18): 4-15. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392011000200002&lng=es

(17) Quijano Villavicencio GM, Diaz Pizan ME. Caries dental en niños pre-escolares con síndrome Down. Rev Estomatol Herediana 2005; 15(2):128-32.

(18) Barrios Carolina Elizabet, Vila Vilma Graciela, Martínez Sandra Elena, Encina Tutuy Alejandro Joaquin. Relación entre pH salival y caries dental en pacientes con síndrome de Down. Odontoestomatología [Internet]. 2014 Mayo [citado 2022 Mayo 25] ; 16(23): 13-19. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392014000100003&lng=es.

(19) Dávila María E, Gil Maritza, Daza Damelis, Bullones Xiomara, Ugel Eunice. salud oral de las personas con retraso mental en cuatro municipios del estado lara, 2003. Acta odontol. venez [Internet]. 2005 [citado 2022 Mayo 25] ; 43(3): 275-281. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652005000300010&lng=es

(20) Rudra Chandrashekar, B.. Promoción de la salud oral a través de sus maestros en los alumnos de una escuela rural. [Internet] Salud (i) Ciencia, 2017, vol. 22, no 4, p. 371-372. Disponible en : <http://www.scielo.org.ar/pdf/siic/v22n4/v22n4a13.pdf>

(21) Sanjurjo T, S. Estudio de hábitos y acciones educativas en materia de salud oral de los maestros en los colegios de la Comunidad de Madrid.[Tesis de Grado]. 2011. En el repositorio de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible en : https://eprints.ucm.es/id/eprint/19911/1/coles_2011.pdf

(22) Delgado Llancari, R. 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 de grado] 2012. En Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en : <https://core.ac.uk/download/pdf/323345287.pdf>

(23) Arriagada Monsálvez, V. Conocimientos en salud bucal de los educadores de preescolares y escolares de tres establecimientos educacionales de la Comuna de Cochrane, XI Región de Aysén Chile. 2017. Tesis Doctoral. Universidad Andrés Bello. Disponible en: https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/10416/a128057_Arriagada_V_Conocimientos_en_salud_bucal_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- (24) García, A. Rol del maestro en el programa de salud oral escolar. [Tesis de doctorado].2015. en Repositorio de la Universidad Complutense de Madrid.Disponible en : <https://eprints.ucm.es/id/eprint/32751/1/T36252.pdf>
- (25) Pozo Villarreal, L.A. Conocimiento de los padres de familia y docentes sobre los hábitos higiénico -dietéticos de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en el Instituto Fiscal de Educación Especial. [Tesis de grado] 2016. Quito. En el repositorio de la Universidad Central del Ecuador. Disponible en : <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/8314/1/T-UCE-0015-478.pdf>
- (26) Luna Cauna, Y. Relación de nivel de conocimiento en salud bucal de los padres de familia y profesores con la higiene oral de los niños con capacidades especiales Puno, Julio–Setiembre 2016. [Tesis de grado]. 2017. Repositorio Universidad Nacional del Altiplano. Disponible en: http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3338/Luna_Cauna_Yessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (27) Cayo, César, et al. Estimulación audiovisual en niños con necesidades especiales, para obtener el hábito de higiene oral. [Internet]. Ciencia y Desarrollo, 2012, vol. 15, no 2, p. 7-16. Disponible en : <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/1123>
- (28) Serrano-Figueras K, Batista-Bonillo A, Arévalo-Rodríguez D, Abad-Buitrago A, Leyva-Marrero A. Intervención educativa “Aprendo a cuidar mis dientes” en la escuela primaria especial La Edad de Oro. Correo Científico Médico [Internet]. 2017 [citado 5 Jun 2022];21(3)Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2494>

ANEXOS:

Encuesta

<https://docs.google.com/forms/d/1EYsdBD8Daf6AXfNMCjKk4LYIUmjbNt6haslwdkCTVA/edit#responses>

Se guardará absoluta confidencialidad en cuanto a datos personales.

Instrucciones: La presente encuesta forma parte de un trabajo de investigación.

Los resultados obtenidos a partir de éste serán utilizados para evaluar los conocimientos acerca de los hábitos higiénicos y dietéticos para el cuidado de la salud bucal, por lo que le solicito su participación contestando cada pregunta de manera objetiva y veraz, marcando la respuesta que considere correcta.

Colegio:

501	503
-----	-----

1. ¿Conoce usted cuáles son los elementos de higiene bucal que deben usar los niños y adolescentes con Discapacidad?

SI	NO
----	----

2. ¿Conoce usted cuantas veces al día deben cepillarse los dientes los niños y adolescentes con Discapacidad?

1 vez al día	2 veces al día
3 o más veces al día	A veces

3. ¿Conoce usted la importancia que tiene ayudar a los niños y adolescentes con Discapacidad a cepillarse los dientes?

SI	NO
----	----

4. ¿Los alumnos, tienen en el colegio elementos de higiene bucal?

SI	NO
----	----

5. ¿Los niños, suelen cepillarse los dientes en el colegio luego de las comidas?

Si, luego de cada comida	Si, una vez al día
Nunca	A veces

6. En el colegio se dictan charlas de prevención y promoción de salud bucal?

SI	NO
----	----

7. ¿Conoce usted qué alimentos deben consumir durante el recreo los niños y adolescentes con Discapacidad?

SI	NO
----	----

8. ¿Conoce usted si el comedor del colegio expende productos de valor nutritivo para el estudiante?

SI	NO
----	----

9. ¿Considera que los hábitos dietéticos pueden influir en la salud bucal de los niños y adolescentes con Discapacidad?

SI	NO
----	----

10. ¿Cree usted, que los medicamentos que se le administran a los niños con discapacidad pueden contener azúcar?

SI	NO
NO SE	

11. ¿Conoce usted la posibilidad de adaptar el cepillo de dientes acorde a la necesidad de cada niño?

Si, se implementa en la escuela	No
Sí, no se implementa en la escuela	

12. ¿Cada cuánto tiempo cree que debe concurrir al odontólogo un niño con discapacidad?

Cada 3 meses	Cada 6 meses
1 vez por año	

13. ¿Considera importante brindar información a los padres acerca de la salud bucal de los niños?

SI	NO
----	----

14. ¿Cree que es importante que se arreglen las caries en un niño con discapacidad?

SI	NO
----	----

15. ¿Cree que tienen mayor predisposición a desarrollar enfermedades bucales debido a su patología?

SI	NO
TAL VEZ	

16. ¿Considera que en la Institución falta educación para la salud bucal?

SI	NO
----	----