

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología

INFLUENCIA DE LA TÉCNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD
ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO
ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB
TACNA 2018

TESIS

Presentada por:

Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña

Para optar el Título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN- TACNA

Facultad de Ciencias de Salud

Escuela Profesional de Odontología

**INFLUENCIA DE LA TÉCNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD
ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO
ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB
TACNA 2018**

TESIS

Presentada por:

Bach. YESSENIA JESSICA AJAHUANA ORDOÑA

Para optar el título Profesional de:

CIRUJANO DENTISTA

Aprobado por, ante el siguiente jurado.



Dr. Alejandro Aldana Cáceres
Presidente



Mgr. Jaime Bárcena Taco
Miembro de Jurado



C.D. Edgardo Javier Berrios Quina
Miembro de Jurado



C.D. Carlos Enrique Valdivia Silva
Asesor

DEDICATORIA

A mis padres Juliana y Erasmo, pues desde que nací me dieron todo su amor y comprensión, guiaron mis pasos con mucho esfuerzo y me dieron los valores necesarios para hacer de mí una mujer de bien.

A mi hermana, Jackeline del Rosario, por acompañarme y ayudarme en mis años de estudios universitarios.

AGRADECIMIENTOS

A la Asociación Kolob Autismo Perú, a sus autoridades, docentes, padres de familia y alumnos, por brindarme la viabilidad necesaria para la realización de esta investigación y por reafirmar, en mí, la verdadera vocación de servicio de la profesión de Odontología.

Al Instituto General de Investigación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por brindarme el financiamiento económico necesario para la realización del presente estudio.

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| DEDICATORIA | i |
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| RESUMEN | ix |
| ABSTRACT | ix |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 5 |
| 1.1. Fundamentos y formulación del problema | 5 |
| 1.1.1. Descripción del problema | 5 |
| 1.1.2. Formulación del problema | 11 |
| 1.2. Objetivos | 12 |
| 1.2.1. Objetivo General | 12 |
| 1.2.2. Objetivos específicos | 12 |
| 1.3. Justificación | 12 |
| 1.4. Hipótesis | 15 |
| 1.5. Operacionalización de variables | 16 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 18 |
| 2.1. Antecedentes | 18 |

| | |
|---|-----------|
| 2.1.1. Internacionales | 18 |
| 2.1.2. Nacionales..... | 20 |
| 2.1.3. Locales | 33 |
| 2.2. Bases teóricas | 34 |
| 2.2.1. Técnica Educativa Interactiva | 34 |
| 2.2.1.1. Sesión educativa Nro. 01: Salud Oral e Higiene Bucal..... | 34 |
| 2.2.1.2. Sesión educativa Nro. 02: Control mecánico de la placa | 38 |
| 2.2.1.3. Sesión educativa Nro. 03: Control químico de la placa | 42 |
| 2.2.1.4. Sesión educativa Nro. 04: Hábitos en Salud Oral..... | 45 |
| 2.2.1.5. Sesión educativa Nro. 05: Patología Oral..... | 49 |
| 2.2.2. Trastorno de espectro autista | 52 |
| 2.2.3. El trastorno de espectro autista en la Odontología | 55 |
| 2.2.4. Rol de los padres | 56 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN..... | 57 |
| 3.1. Tipo y diseño de la investigación | 57 |
| 3.2. Ámbito de estudio | 57 |
| 3.3. Población | 58 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 59 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4.1. Análisis de Validez | 60 |
| 3.4.2. Análisis de Confiabilidad | 61 |
| 3.5. Procedimientos de recolección de datos | 61 |
| 3.5.1. Primera Fase | 62 |
| 3.5.2. Segunda Fase | 62 |
| 3.5.3. Tercera Fase | 62 |
| 3.6. Procesamiento y análisis de datos | 63 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 64 |
| 4.1. Resultados | 61 |
| 4.2. Discusion | 74 |
| CONCLUSIONES | 81 |
| RECOMENDACIONES..... | 83 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 84 |
| ANEXOS..... | 94 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|-----------------|---|----|
| TABLA 01 | Influencia de la técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018..... | 65 |
| TABLA 02 | Conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018, antes de la aplicación de la técnica educativa interactiva..... | 68 |
| TABLA 03 | Conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018, después de la aplicación de la técnica educativa interactiva..... | 70 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | | |
|-------------------|---|----|
| GRÁFICO 01 | Influencia de la técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018..... | 67 |
| GRÁFICO 02 | Conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018, antes de la aplicación de la técnica educativa interactiva..... | 69 |
| GRÁFICO 03 | Conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018, después de la aplicación de la técnica educativa interactiva, antes y después de la aplicación de la técnica educativa interactiva..... | 71 |

RESUMEN

El objetivo fue determinar la influencia de la técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018. La investigación es de tipo Prospectivo, Longitudinal, Analítico y experimental. El nivel de la investigación es Aplicativo. El estudio se ha realizado de manera preexperimental, con un diseño preprueba-posprueba con un solo grupo. Se estudiaron 32 padres, aplicándose un cuestionario de conocimiento sobre salud oral, luego se ejecutó la técnica educativa interactiva, finalmente se aplicó el cuestionario por segunda vez. Se tuvo como resultados que antes de la técnica educativa interactiva el conocimiento de los padres tuvo una calificación de C: 71,88%, B: 25,00%, A: 3,13% y AD: 0% y después de su aplicación fue: C: 0%, B: 28,13%, A: 62,50% y AD: 9,38%. Se concluyó que la técnica educativa interactiva influye positivamente en el conocimiento sobre salud oral de los padres, antes de su aplicación el 100% de los padres fueron calificados entre C y A, posteriormente el 100% fueron calificados entre B y AD.

Palabras clave: Técnica educativa interactiva, salud oral, conocimiento, padres, trastorno de espectro autista.

ABSTRACT

The objective was to determine the influence of interactive educational technique on oral health knowledge in parents of patients diagnosed with autism spectrum disorder at the Kolob Tacna Autism Center 2018. The research is Prospective, Longitudinal, Analytical and Experimental. The level of the investigation is Applicative. The study was carried out in a pre-experimental manner, with a pre-test-post-test design with a single group. 32 parents were studied, applying a knowledge questionnaire on oral health, then the interactive educational technique was executed, finally the questionnaire was applied for the second time. It was found that prior to the interactive educational technique the parents' knowledge had a grade of C: 71,88%, B: 25,00%, A: 3,13% and AD: 0% and after its application it was: C: 0%, B: 28,13%, A: 62,50% and AD: 9,38%. It was concluded that the interactive educational technique positively influences the oral health knowledge of the parents, before its application 100% of the parents were qualified between C and A, later 100% were qualified between B and AD.

Key words: Interactive educational technique, oral health, knowledge, parents, autism spectrum disorder.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Psiquiatría define los trastornos del neurodesarrollo como un grupo de afecciones con inicio en el periodo de madurez cerebral, lo que produce deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico y ocupacional. El trastorno del espectro autista comprende una amplitud de fortalezas y debilidades neurobiológicas, así como, una variedad de síntomas y signos distintos en cada persona diagnosticada. Este trastorno incluye no solo el Autismo, sino también otros síndromes, entre ellos, el Asperger.¹

En el año 2017, la Organización Mundial de la Salud estimó una tasa media de prevalencia mundial de los Trastornos del espectro autista de 62 por cada 10 000 habitantes, lo que significa que un niño de cada 160 padece este trastorno.² En el año 2019, en el Perú, según el Plan Nacional para las personas con Trastorno del Espectro autista, existe un incremento en la incidencia de las inscripciones de esta condición, pasando de 345 en el año 2008 hasta 4 528 en el año 2018, estos números excluyen al 89% de personas que aún no están inscritas, según estimaciones mencionadas en el mismo documento.³

Las personas con trastorno del espectro autista son pacientes con necesidades especiales, los cuales poseen una condición de limitación en el desarrollo mental, sensorial, conductual y cognitivo, motivo por el cual, requieren de tratamiento médico e intervención especializada⁴; así mismo, necesitan de la supervisión y participación de los padres y familiares a lo largo de su vida, explicándose de esta manera, la importancia de las actividades de promoción, prevención y educación para la salud oral e higiene bucal diaria, siendo la elevación de conocimientos, un indicador muy importante en este campo.⁵

En investigaciones internacionales realizadas por Abdallah EA, Metwalli NE y Badran AS⁶; Magoo J, Shetty A, Chandra P, Anandkrishna L, Kamath P e Iyengar U⁷; y Mina CE⁸ en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista, se ha encontrado un bajo o regular conocimiento sobre salud oral, situación que concuerda con lo descrito en la publicación Visión 2020 de la Federación Dental Internacional, en donde, entre otros factores, se atribuye este escenario a la falta de interés en el nivel primario de salud; concluyendo en que la comunidad odontológica, debe abandonar el enfoque curativo tradicional, básicamente patogénico, y dirigir un enfoque más salutogénico, orientado hacia la Atención primaria de la salud bucodental.⁹

Esta investigación es de tipo Prospectivo, Longitudinal, Analítico y experimental. El nivel de la investigación es Aplicativo.¹⁰ El estudio se ha realizado de manera preexperimental, con un diseño preprueba-posprueba con un solo grupo.¹¹

El objetivo de esta investigación es determinar la influencia de la técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018. La técnica utilizada para la recolección de datos es la encuesta y el instrumento de medición es un cuestionario de preguntas cerradas sobre conocimiento en salud oral, el cual fue aplicado antes y después de la técnica educativa interactiva.^{11,12}

El estudio se conforma por cinco capítulos. El primer capítulo plantea la descripción del problema, los objetivos, así como la justificación para realizar la tesis, la formulación de la hipótesis que se pretende confirmar y la operacionalización de variables.

El segundo capítulo menciona los antecedentes relacionados al trabajo y la base teórica de las variables de estudio.

El tercer capítulo muestra la metodología de la investigación, el tipo y diseño del mismo, se define la población, los criterios de inclusión y exclusión, se presenta la técnica empleada para la recolección de datos, la comprobación de las pruebas de validez y confiabilidad del instrumento de medición y el procesamiento y análisis de datos.

El cuarto capítulo expone los resultados obtenidos en la investigación, mediante la comprobación de hipótesis con estadística descriptiva e inferencial.

Por último en el quinto capítulo se realiza la discusión de los resultados contrastándolos con los antecedentes, para luego presentar las conclusiones según los objetivos trazados y realizar las recomendaciones respectivas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentos y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud define los trastornos del espectro autista como un grupo de complejos trastornos del desarrollo cerebral, esta condición comienza en la infancia y persiste en la adolescencia y edad adulta. La evidencia científica y los datos epidemiológicos disponibles, no demuestran una causa concluyente e indican la existencia de múltiples factores, entre ellos los genéticos y ambientales. No hay cura para este trastorno, sin embargo, las intervenciones psicosociales y los programas de capacitación en todo ámbito educativo, tanto para el diagnosticado como para los padres, reducen las dificultades de comunicación y comportamiento social, y tienen un impacto positivo en la calidad de vida y el bienestar de estas personas.²

Las personas diagnosticadas con Trastorno del espectro autista son considerados pacientes con necesidades especiales en salud. La Asociación Americana de Odontopediatría ha definido necesidades especiales en salud como “toda condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional que requiere tratamiento médico, intervención de atención en salud, y el uso de servicios o programas especializados”. Los individuos con necesidades especiales en salud están en un mayor riesgo de padecer enfermedades bucales a lo largo de su vida es por eso que las actividades dirigidas a los padres en promoción, prevención y educación para la salud es fundamental para asegurar la supervisión necesaria de higiene bucal diaria, para poder mantener una adecuada salud oral.⁵

En el año 2017, la Organización Mundial de la Salud estimó una tasa media de prevalencia mundial de Trastorno de espectro autista de 62 por cada 10 000 habitantes, lo que significa que un niño de cada 160 padece este trastorno.¹

En el Perú, según el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, al 31 de agosto del 2018, se encuentran inscritas un total de 219 249 personas, de las cuales 4 528 están diagnosticadas con trastornos del espectro autista, representando el 2.06% del total de los registros. El incremento anual de las inscripciones de las personas con trastorno del espectro autista, ha sido notorio en los últimos años, pasando de 345 en el año 2008 hasta 4 528 en el año 2018. Así como otros países de América Latina, Perú carece de datos epidemiológicos relacionados a los trastornos del neurodesarrollo; sin embargo, se hace evidente la creciente incidencia de esta condición.³

El Ministerio de Salud del Perú, ha creado el plan nacional concertado de salud 2007-2020, dentro de este plan la comisión del programa nacional de salud bucal, mediante un conjunto de actividades, refuerza, implementa y ejecuta guías técnicas en salud bucal, empero, a la actualidad, no existen estrategias sanitarias para personas con necesidades especiales.¹²

La técnica educativa interactiva es una herramienta para que el cirujano dentista trabaje con padres y madres de pacientes diagnosticados con trastorno de espectro autista, sobre la importancia de una correcta salud oral, promoviendo prácticas de empoderamiento, participación, acción y cultura de salud dirigidos a la elevación de conocimiento sobre salud oral para un mejor calidad de vida.¹³

Abdallah EA, Metwalli NE y Badran AS, publicaron en el año 2018, una investigación realizada en la ciudad de el Cairo, Egipto, para evaluar la efectividad de un programa educativo preventivo realizado durante el año 2017, dirigido a mejorar el conocimiento en salud oral en un grupo de padres de niños autistas, donde se concluyó que había una diferencia estadísticamente significativa entre el conocimiento antes y después de aplicado el programa educativo preventivo, comprobándose su efectividad y recomendando la aplicación de programas educativos y preventivos en padres, ya que su ejecución disminuye la posibilidad de formación de caries en niños autistas.⁶

Magoo J, Shetty A, Chandra P, Anandkrishna L, Kamath P e Iyengar U, publicaron en el año 2014, una investigación realizada en la India, que tuvo como objetivo evaluar el conocimiento en salud bucal en padres de niños con trastorno del espectro autista. Concluyéndose que las actitudes y prácticas de los padres estuvieron condicionadas por las nociones preconcebidas con respecto a su conocimiento sobre salud bucal.⁷

Bermejo S, realizo en el 2015, una investigación en la ciudad de Arequipa, el cual tuvo como objetivo determinar la eficacia de la enseñanza multimedia y de la charla magistral en el conocimiento sobre higiene oral en padres de niños especiales (Autismo, síndrome de Down y retardo mental). En los resultados se pudo apreciar que los papas que aprendieron con la enseñanza multimedia pasaron de conocimientos bajos (100%) a conocimientos buenos (69%) Se concluyó que el grupo sometido a la enseñanza multimedia obtuvo un mayor conocimiento que el de la charla magistral, siendo más eficaz.¹⁴

Con respecto a las investigaciones de conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con necesidades especiales, los resultados, arrojan en su mayoría, padres con conocimientos regulares, según los estudios de Mina CE⁸, Carrillo NR¹⁵, Luna Y¹⁶, Pérez RM¹⁷, Muñoz VS¹⁸, Marchena ZE¹⁹, Cabellos DA²⁰ y Garrido Lecca FA²¹ y conocimientos bajos según Hernández JL y Javier FVL²² y Tenazoa T²³

Investigaciones realizadas por Mina CE⁸, Luna Y¹⁶, Muñoz VS¹⁸, Marchena ZE¹⁹, Cabellos DA²⁰, Hernández JL y Javier FVL²² y Tenazoa T²³, demuestran que existe una relación estadísticamente significativa entre el conocimiento de padres de pacientes con necesidades especiales y la salud oral de sus hijos.

Durante el 2017, se aplicó un cuestionario sobre salud oral, en los padres de pacientes diagnosticados con trastorno del espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna, para evaluar el conocimiento existente. El cuestionario consta de 12 preguntas y se encuentra validado por Cabellos DA²⁰. Después de la evaluación del mismo, se concluyó que

el 70% de los padres tenía un regular conocimiento sobre salud oral y el 30% restante un conocimiento malo. Es por estos resultados y por la importancia de la ejecución de actividades dirigidas a la promoción y prevención en salud oral en pacientes con necesidades especiales, que se decide investigar la influencia de una técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna.

1.1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la influencia de la técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- Determinar la influencia de la técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018, antes de la aplicación de la técnica educativa interactiva.
- Determinar el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018, después de la aplicación de la técnica educativa interactiva.

1.3. Justificación

Esta investigación es un estudio parcialmente **original**, debido a que en él, se desarrolla la aplicación de una técnica educativa interactiva mediante sesiones educativas estructuradas sobre salud oral, diseñada para ajustarse a una comunidad en específico, como son los padres de familia del centro especializado de Autismo Kolob Tacna.

La investigación tiene **relevancia científica**, ya que se presenta un instrumento creado por la autora de este estudio: un cuestionario de Conocimiento sobre salud oral y la técnica educativa interactiva, incorporando una nueva estrategia de enseñanza-aprendizaje sobre salud oral, pudiéndose aplicar en otras investigaciones locales, nacionales e internacionales, para promover una Odontología preventiva en pacientes especiales.

La investigación tiene **relevancia académica** ya que los resultados podrán ser compartidos con aquellos profesionales interesados en temas afines, de manera que se podrá utilizar esta

investigación para sus propias investigaciones, mejorar esta propuesta o reorientar la misma a temas relacionados.

El presente estudio tiene **relevancia social** porque se crea la técnica educativa interactiva, el cual, es un instrumento en educación para la salud oral, dirigido a padres de personas con trastorno del espectro autista, esto se explica, debido a que existen módulos de prevención y promoción en salud oral, utilizados en los diferentes establecimientos de salud, pero, no existen documentos o guías técnicas en salud oral dirigidas a las personas con algún tipo de discapacidad, mucho menos a personas con trastorno del espectro autista, ni para sus familias. En el Perú, el incremento anual de las inscripciones de las personas con trastorno del espectro autista, ha sido notorio en los últimos años, pasando de 345 en el año 2008 hasta 4 528 en el año 2018. Así como otros países de América Latina, Perú carece de datos epidemiológicos relacionados a los trastornos del neurodesarrollo; sin embargo, se hace evidente la creciente incidencia de esta condición.³

El presente estudio es **viable**, ya que se dispone de recursos humanos para su elaboración y recursos económicos financiados por la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, a través del Instituto General de Investigación. Así mismo, no se encuentran obstáculos culturales, temporales, ni éticos para su realización. Por otro lado, se cuenta con la autorización, colaboración y participación de la institución en la cual se pretende ejecutar el estudio, lo cual facilita el proceso de la investigación.

1.4. Hipótesis

Hi: La técnica educativa interactiva influye en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018.

Ho: La técnica educativa interactiva no influye en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018.

1.5. Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | UNIDAD DE MEDIDA | ESCALA DE MEDICIÓN |
|---------------------------------------|---|--|--|--|---|--------------------|
| V.I. Técnica educativa interactiva | Las técnicas educativas son los procedimientos que se utilizan para facilitar la acción de las personas hacia el logro de sus capacidades, al referirse a interactivo se menciona la interacción mediante el diálogo bidireccional. ²⁴ | Aplicación de 5 sesiones educativas de la técnica educativa interactiva. | Sesión educativa nro. 01: Salud oral higiene bucal y Biopelícula dental | Ficha de evaluación | Influye No influye | Ordinal |
| | | | Sesión educativa nro. 02: Control mecánico de la placa supragingival. | Ficha de evaluación | | |
| | | | Sesión educativa nro. 03: Control químico de la placa supragingival. | Ficha de evaluación | | |
| | | | Sesión educativa nro. 04: Hábitos correctos en salud oral. | Ficha de evaluación | | |
| | | | Sesión educativa nro. 05: Patología oral. | Ficha de evaluación | | |
| V.D. Conocimiento sobre salud oral | Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, aprendizaje y a través de la propia reflexión, sobre la salud oral. ²⁵ | Aplicación de cuestionario de Conocimiento sobre salud oral, compuesta por 20 preguntas con respuestas cerradas elaborado por Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña (2018) cumpliendo con los requisitos esenciales de validez y confiabilidad. | Conocimiento relacionado con la biopelícula dental (4 de 20 preguntas) | La biopelícula dental es: ¿Qué zonas de la boca debemos de cepillar? ¿Qué es higiene bucal? ¿En cuántas caras de un diente, se puede acumular biopelícula dental? | Escala de calificación vigesimal ^{26,27} AD (18-20) A (14-17) B (11-13) C (0-10) | Ordinal |
| | | | Control mecánico de la placa supragingival (4 de 20 preguntas) | ¿Cuál es la mejor técnica, para el cepillado de los dientes? ¿Para qué sirve el cepillado de los dientes? ¿Qué elementos de higiene bucal, sirven, solo para la limpieza interdientaria? ¿Cuál es la función del hilo dental? | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|
| | | | <p>Control químico de la placa supragingival (3 de 20 preguntas)</p> | <p>¿Cuál es la función del flúor?</p> <p>¿Cuánto de flúor debe tener una pasta dental, para que tenga un efecto preventivo sobre la caries?</p> <p>Durante el día ¿Cuántas veces se debe usar el colutorio bucal?</p> | | |
| | | | <p>Hábitos correctos en salud oral (6 de 20 preguntas)</p> | <p>¿Cuándo es más importante cepillarse los dientes?</p> <p>Como mínimo, ¿Cuánto tiempo debe durar un correcto cepillado?</p> <p>Durante o después del cepillado, ¿Nos enjuagamos con agua?</p> <p>¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?</p> <p>¿Desde qué edad, se debe utilizar el hilo dental?</p> <p>¿Qué es un azúcar libre?</p> | | |
| | | | <p>Patología oral (3 de 20 preguntas)</p> | <p>La acumulación de biopelícula dental, nos podría ocasionar enfermedades como:</p> <p>¿Qué es la caries dental?</p> <p>La enfermedad periodontal es:</p> | | |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales:

Abdallah EA, Metwalli NE y Badran AS (Egipto-2018),
“Efectividad de un programa educativo y preventivo en Salud Oral para mejorar el Conocimiento y prácticas de higiene oral en un grupo de niños autistas egipcios y sus padres”

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa educativo y preventivo realizado durante 1 año para mejorar el conocimiento de la salud oral en los padres. **Metodología:** Estudio longitudinal. El número de participantes fue de 30 padres y sus 30 hijos con diagnóstico de autismo (4-13 años), los cuales pertenecían a tres academias de atención especializada en autismo situadas en el Cairo, Egipto. El programa contó con tres intervenciones: Fase I: Recolección de datos sobre conocimiento y prácticas de higiene oral de los

padres. Fase II: Implementación y ejecución del programa preventivo en salud oral. Los temas del programa fueron: higiene oral, hábitos alimentarios, visitas al dentista, y cuidado dental. Se brindaron talleres utilizando macromodelos, presentaciones en power point, videos e instrucciones impresas, los talleres duraron 10 meses. Fase III: Al final de los 10 meses, se volvió a evaluar el conocimiento sobre salud oral, el examen se tomó a los 12 meses de iniciado el programa. **Resultados:** 3 participantes abandonaron la investigación, 27 participantes cumplieron con todos los procedimientos. Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el conocimiento antes y después de la aplicación del programa educativo preventivo **Conclusiones:** El programa educativo y preventivo fue eficaz.⁶

Mina CE (Ecuador-2016), “Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (INEEN) y su asociación con el Conocimiento de los padres sobre salud oral” **Objetivo:** Asociar el Conocimiento sobre salud oral de los padres con el estado de salud bucodental de los niños con discapacidad, del Instituto de

Educación Especial del Norte. **Metodología:** Estudio descriptivo. Se evaluó el conocimiento sobre salud oral de los padres, mediante una encuesta de 15 preguntas, se examinaron los índices de higiene oral (IHO-S) y de caries (CPO-D y ceo-d) de los niños con discapacidad. **Resultados:** Se determinó, un regular conocimiento sobre salud oral en los padres. El índice de higiene oral en los niños fue regular con un 73,2%, el índice ceo-d fue de 1,37 indicando un nivel bajo de piezas afectadas, mientras que el índice CPO-D fue de 3,78 indicando un nivel moderado de piezas afectadas por la enfermedad. **Conclusiones:** Se concluye que hay una relación entre el IHO-S y el Conocimiento, es decir, a mayores conocimientos de los padres de los niños con discapacidad, menor es el IHO-S.⁸

Magoo J, Shetty A, Chandra P, Anandkrishna L, Kamath P e Iyengar U (India-2014), “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia el cuidado de la salud oral entre los padres de los niños con trastorno del espectro autista” **Objetivo:** Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas hacia la atención de la salud oral entre los padres de los niños con trastorno del

espectro autista. **Metodología:** Se realizó una encuesta transversal a 60 padres de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista en una escuela para niños con trastorno del espectro autista. Se realizó un examen bucal a sus respectivos hijos, analizando el CPOD (dientes cariados, perdidos, obturados). **Resultados:** El 76,9% de los padres tiene un conocimiento relacionado con el CPOD de sus hijos. 71,2% de los padres sintieron poca importancia acerca del cuidado de la dentición temporal. Las actitudes y prácticas de los padres estuvieron condicionadas por las nociones preconcebidas con respecto a su conocimiento sobre salud bucal y a la cooperación de sus hijos. **Conclusiones:** En la mayoría de los padres, existe un inadecuado conocimiento sobre salud bucal. Los padres de niños con trastorno del espectro autista necesitan ser educados acerca de las consecuencias de una negligencia de la salud oral. La educación de los padres en este grupo especial, es un factor crítico, para el logro de una óptima salud oral en estos pacientes.⁷

2.1.2. Nacionales:

Carrillo NR (Lima-2017), “Conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y autismo del centro educativo básico especial (C.E.B.E.) Ricardo Bentin del distrito de Rímac en el Año 2016”. **Objetivo:** Determinar el Conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del Centro Educativo Básico Especial (C.E.B.E.) Ricardo Bentin del distrito de Rímac. **Metodología:** La evaluación se realizó mediante un cuestionario de 12 preguntas sobre salud bucal, por lo cual se evaluó a 41 padres de los alumnos con síndrome de Down y 29 padres de los alumnos con Autismo. El análisis de los resultados se efectuó con la prueba chi-cuadrado y el coeficiente de Gamma. **Resultados:** El conocimiento sobre salud bucal fue regular en el 63.4% y en el 62.1% de los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo respectivamente. **Conclusiones:** Se concluye que los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del CEBE Ricardo Bentin, presentaron un conocimiento regular.¹⁵

Hernández JL y Javier FVL (Iquitos-2017), “Conocimiento sobre salud bucal de las madres e higiene oral de niños con discapacidad intelectual en centros educativos básicos especiales de la ciudad de Iquitos-2016”. **Objetivo:** Mostrar relación entre el conocimiento de las madres de niños discapacitados y el Índice de Higiene Oral de sus respectivos niños en los CEBE: 9 de octubre y Teniente Manuel Clavero. **Metodología:** La muestra de los niños fue de 48 niños con sus respectivas madres. Se dispuso a evaluar el conocimiento de las madres sobre higiene bucal, mediante un cuestionario de 17 preguntas, el cual estuvo dividido en cinco partes: 2 preguntas sobre placa bacteriana, 2 preguntas sobre caries dental, 2 preguntas sobre enfermedad periodontal, 8 preguntas sobre prevención en salud bucal, 3 preguntas sobre información general. Posteriormente, se evaluó el índice de IHO de sus respectivos niños. **Resultados:** Se obtiene como resultados un conocimiento bueno 12,5%, regular 39,6% y malo 47,9% y el índice de higiene oral encontrado fue en su mayoría malo con un 47,9%. **Conclusiones:** Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el conocimiento de las madres.²²

Tenazoa T (Iquitos-2017), “Conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades especiales en el Centro Educativo Básico Especializado Iquitos 2017”.

Objetivo: Mostrar la relación entre el conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales con el Índice de Higiene Oral de sus respectivos niños de un Centro Educativo Básico Especializado de la ciudad de Iquitos. **Metodología:**

La muestra de los niños con habilidades especiales (Síndrome Down, Retardo Mental, Autismo) fue de 60 con sus respectivos 60 padres. Primero, se dispuso a evaluar el conocimiento de los padres sobre salud bucal, que se llevó a cabo por medio de un cuestionario de 17 preguntas. Posteriormente, se estableció la relación entre el conocimiento de los padres con el Índice de Higiene Oral Simplificado de los respectivos niños. **Resultados:** Se

obtienen como resultados un Conocimiento bueno 25%, regular 33,3% y malo 41,7% y el índice de higiene oral encontrado fue mayoritariamente regular con un 48,3%.

Conclusiones: Se establece una relación estadísticamente significativa entre el IHOS de los niños y el conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales.²³

Luna Y (Puno-2016), “Relación 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”. **Objetivo:** Determinar la relación entre el conocimiento en salud bucal de padres de familia y profesores con la higiene oral de niños con capacidades especiales en la Institución Educativa Especial Niño Jesús de Praga de la ciudad de Puno. **Metodología:** La investigación fue de tipo descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 33 padres de familia, 9 profesores de la institución y 33 niños con capacidades especiales respectivamente. Para determinar el nivel de conocimiento, se utilizó un cuestionario dirigido a padres de familia y profesores; para la obtención de datos de índice de higiene oral los niños fueron examinados clínicamente. **Resultados:** El conocimiento tanto de padres de familia como profesores de la institución educativa especial fue regular (56,4%); el Índice de higiene oral que también fue regular (75%). **Conclusiones:** Se concluye que sí existe una relación estadísticamente significativa, mientras más alto es el conocimiento mejor es el índice de higiene oral.¹⁶

Muñoz WE y Mattos MA (Lima-2015), “Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el Índice de Higiene Oral en Preescolares”. **Objetivo:** Determinar la eficacia de la técnica educativa “Desarrollo de Habilidades” para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. **Metodología:** Estudio cuasiexperimental. Se aplicó un cuestionario validado sobre conocimientos de salud oral a 84 madres antes y después de la aplicación de la técnica educativa. Las madres fueron asignadas al grupo experimental y grupo control en forma aleatoria. Se evaluó la higiene oral de sus hijos preescolares al inicio, a los 30 días y a los 60 días, utilizando el índice simplificado de Greene-Vermillion. **Resultados:** Al inicio, la media del conocimientos en salud oral fue de 6,57 para el grupo experimental y de 6,55 para el grupo control. Después de la intervención la media del grupo experimental fue de 11,88 y del grupo control 8,48, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). En lo que se refiere a la higiene oral, las medias del índice al inicio, 30 y 60 días fueron en el grupo experimental 2,51; 1,14 y 0,73 mientras que para el grupo

control fueron 2,51; 2,02 y 1,69 respectivamente.

Conclusiones: La técnica Desarrollo de Habilidades demostró ser más eficaz en el aumento del Conocimientos de salud oral de madres y en la disminución del índice de higiene oral de preescolares.²⁸

Bermejo S (Arequipa-2015), “Eficacia de la enseñanza multimedia y de la charla magistral en el Conocimiento sobre higiene oral en padres de familia, y en el índice de higiene oral de O’leary en sus hijos con síndrome de Down, autismo y retardo mental del C.E.B.E. Nuestra Señora de la Candelaria, Arequipa 2015”. **Objetivo:** Determinar la eficacia de la enseñanza multimedia y de la charla magistral en el conocimiento sobre Higiene Oral en padres de familia, y en el Índice de Higiene Oral de O’Leary en sus hijos con síndrome de Down, autismo y retardo mental en el C.E.B.E. “Nuestra Señora de la Candelaria”. **Metodología:** Estudio experimental, longitudinal, prospectivo, comparativo, de campo, de nivel explicativo. Se conformó un universo, representado por 50 alumnos del C.E.B.E. “Nuestra Señora de la Candelaria” a los que se les mide el índice de higiene

oral de O'Leary y a sus respectivos 50 padres, a los que se les aplicó un cuestionario de preguntas. Dicho universo fue dividido en dos grupos de 25 respectivamente para realizar una comparación. **Resultados:** Antes de realizar la intervención con enseñanza multimedia, el 100% de los padres presentaron un conocimiento bajo, después de la intervención, un 64% presentaba un conocimiento bueno. Cuando se realizó la intervención con la charla magistral el 100% de los padres mostraron un nivel bajo, después de la intervención un 60% tenía un conocimiento regular. El grupo de niños, cuyos padres fueron sometidos a la enseñanza multimedia, mostraron al principio al 100% Índice de Higiene Oral deficiente, en tanto después de la intervención el 52% mostraron un Índice cuestionable. Mientras que el grupo de niños, cuyos padres fueron sometidos a la charla magistral, mostraron en un principio un 100% de Índice de Higiene Oral deficiente, y después de la intervención un 96% seguía deficiente. **Conclusiones:** Se afirma que el grupo sometido a la enseñanza multimedia obtuvo mayor conocimiento que el de la charla magistral, dichos conocimientos influenciaron positivamente en el Índice de Higiene de sus hijos.¹⁴

Pérez RM (Trujillo-2015), “Conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo, 2015”.

Objetivo: Determinar el Conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades especiales del distrito de Trujillo,

2015. **Metodología:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional. La muestra estuvo conformada por 192 padres de niños con habilidades especiales que tenían de 1 a 18 años y que estudien en alguna de las instituciones educativas especiales del distrito de Trujillo.

Resultados: Se encontró que el conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular (40.10%), existiendo diferencia significativa con el grupo de padres de 45 a más años (36.17%).

Conclusiones: El conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales fue regular siendo necesario implementar dentro de las actividades escolares cursos prácticos de higiene personal incluyendo la higiene bucal en padres y en niños con habilidades especiales.¹⁷

Muñoz VS (Chiclayo-2015), “Conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y su relación con la higiene bucal de los niños realizada en la ONG Mundo Amor, Chiclayo, Lambayeque, Perú, 2015”. **Objetivo:** Relacionar el Conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y la higiene bucal de estos mismos niños en la ONG Mundo Amor Chiclayo – Lambayeque - Perú. **Metodología:** La muestra fue de 70 padres y sus respectivos hijos con habilidades diferentes (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). En la primera parte de la investigación se evaluó el conocimiento sobre higiene bucal de los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario validado de 12 preguntas. En la segunda parte de la investigación se evaluó el Índice de higiene oral de los niños con habilidades diferentes. **Resultados:** Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular conocimiento en los padres, con un 66% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 73%. **Conclusiones:** Se estableció una relación estadísticamente significativa entre el IHO de los niños y el conocimiento de los padres, con un $p < 0,05$.¹⁸

Marchena ZE (Pimentel-2015), “Relación entre el Conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la Victoria - 2015”. **Objetivo:** Determinar si existe relación entre el Conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del Centro de Educación Básica Especial La Victoria – 2015. **Metodología:** Investigación de tipo cuantitativa, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 34 padres y sus respectivos hijos con habilidades diferentes. En la primera etapa de la investigación se evaluó el conocimiento sobre salud oral en los padres, para lo cual se aplicó un cuestionario de 16 preguntas. En la segunda etapa se evaluó el índice de higiene oral de los niños con habilidades diferentes utilizando el índice de Green y Vermillon. **Resultados:** Se encontró un conocimiento regular de los padres (52.9%), el índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo, con un 79.4%. **Conclusiones:** Existió una relación significativa directa de grado fuerte (0,693) entre el conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes.¹⁹

Cabellos DA (Lima-2006), “Relación entre el conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú”. **Objetivo:** Relacionar el conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y evaluar la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú. **Metodología:** La muestra fue de 90 padres y sus respectivos hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). En la primera fase de la investigación se evaluó el conocimiento sobre higiene bucal en los padres, para lo cual se utilizó como instrumento un cuestionario de 12 preguntas. En la segunda fase de la investigación se evaluó el índice de higiene oral de los niños con discapacidad. **Resultados:** Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un regular conocimiento en los padres, con un 68,9% y el Índice de higiene oral encontrado en los niños fue malo con un 88,9%. **Conclusiones:** Se estableció una relación estadísticamente significativa con un $p < 0,05$ y una correlación inversa regular, $p = -0,58$ con un $p < 0,05$ es decir un conocimiento regular en los padres relacionado con un IHO malo en los niños.²⁰

2.1.3. Locales:

Garrido Lecca FA (Tacna-2017), “Estado de salud bucodental de los alumnos con habilidades diferentes del C.E.B.E. Beata Ana Rosa Gattorno y su asociación con el conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre salud oral”.

Objetivo: Evaluar el estado de salud bucodental de los alumnos con habilidades diferentes y su asociación con el conocimiento de padres y/o cuidadores sobre salud oral.

Metodología: La investigación fue de tipo observacional, prospectiva, transversal y de nivel correlacional. La población fueron los alumnos con Síndrome de Down, retardo mental y autismo del CEBE “Beata Ana Rosa Gattorno”, los padres y/o cuidadores. **Resultados:** El índice de higiene oral de los niños con síndrome de Down es de 66.7%, el de los niños con retardo mental es de 58.8%. El 63.6% de los padres tienen un conocimiento regular, seguido de un 25% como bueno y sólo un 11.4% considerado como malo. **Conclusiones:** El conocimiento sobre salud oral de los padres es en su mayoría regular. Dicho conocimiento no está influenciado por las condiciones de edad, sexo o habilidad diferente.²¹

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Técnica Educativa Interactiva:

Las técnicas educativas son los procedimientos que se utilizan para facilitar la acción de las personas hacia el logro de sus capacidades, son consideradas estrategias constituidas por un grupo de contenidos sistemáticamente organizados e insertados, en una estructura creciente y evolutiva.^{13,24} Al referirse a interactivo se menciona la interacción mediante el diálogo bidireccional.²⁵

La técnica educativa interactiva es una herramienta para que el cirujano dentista trabaje con padres y madres de pacientes diagnosticados con trastorno de espectro autista, sobre la importancia de una correcta salud oral, promoviendo prácticas de empoderamiento, participación, acción y cultura de salud, dirigidos a la elevación de conocimiento sobre salud oral, de manera que se logre una mejor calidad de vida, para sus hijos y para sus familias.¹³
(Anexo 01 y 02)

2.2.1.1. Sesión educativa Nro. 01: Salud oral, higiene bucal y biopelícula dental

a) Salud Oral: Es la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.²⁹

b) Higiene bucal: La higiene oral es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana.³⁰

c) Biopelícula dental: El término biopelícula describe la comunidad microbiana relativamente indefinible asociada con una superficie dentaria o con cualquier material duro no descalcificante. En resumen, la placa dental como depósito microbiano natural representa una verdadera biopelícula compuesta de bacterias en una matriz constituida principalmente por polímeros bacterianos extracelulares o productos salivales o de exudado gingival.³¹

d) Distribución de la biopelícula dental: La cavidad bucal es considerada un ecosistema poblado por organismos diferentes, los cuales coexisten exitosamente en las superficies de los dientes, el surco gingival, la lengua, las amígdalas y las superficies mucosas que revisten toda la boca. Básicamente, según su distribución se clasificarían de la siguiente manera:

- Placa bacteriana supragingival: Definida como la placa dental localizada en el margen gingival o por encima de éste.
- Placa bacteriana subgingival: Es considerada la placa dental localizada por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival.³²

La distribución de biopelícula dental a nivel de la pieza dentaria, se da a través de sus cinco caras, una vestibular, una palatina o lingual, una mesial, una distal y oclusal en dientes posteriores e incisal en dientes anteriores. Sin embargo, la facilidad para la adhesión y el crecimiento de las bacterias será distinta en las superficies más expuestas a las fuerza de la masticación o al roce de la lengua, los labios o los carrillos, que en las superficies más protegidas, como son los espacios interproximales o el fondo de la fosas y fisuras de los dientes.³⁰

2.2.1.2. Sesión educativa Nro. 02: Control mecánico de la placa supragingival

a) Placa supragingival: La placa supragingival queda expuesta a la saliva y a los mecanismos de limpieza natural que existen en la cavidad bucal (autoclisis). Sin embargo, aunque estos mecanismos pueden eliminar los restos de alimento no eliminan la placa bacteriana de manera adecuada, por lo tanto es necesario el cepillado dental y el uso del hilo dental.³⁰

b) Método para el cepillado de dientes: No hay evidencia científica de la superioridad de una técnica de cepillado sobre otra. La eficacia de la técnica de higiene oral aumenta más con el entendimiento de los factores que la determinan que con los intentos de mejorar los artefactos y métodos. No hay que modificar la técnica que utilice un paciente si el control de placa es efectivo y no se está dañando sus tejidos orales.³³

c) Limpieza interdental: Los términos interproximal e interdental/interdentario pueden intercambiarse y se refieren al área que se encuentra por debajo del punto de contacto. El hilo dental es el método universal de higiene interdental, dado que puede aplicarse con eficacia en casi todas las situaciones clínicas. Sin embargo cuando se recomienda un método de higiene interdental deben considerarse factores como el contorno y la consistencia de los tejidos gingivales, el tamaño de la tronera interproximal, la posición y el alineado dentario, y la capacidad y motivación del paciente. En las personas con contornos y troneras gingivales normales, se recomendará el hilo o la cinta dental. En espacios interproximales abiertos y superficies radiculares expuestas deberán recomendarse métodos alternativos ya sean palillos o cepillos interproximales, se sugiere que sea el odontólogo quien recomiende el utensilio de limpieza interdental más apropiado para cada paciente.³⁴

d) Limpieza dental en pacientes con T.E.A.:

Para personas con problemas de destrezas, discapacitada física o mental y en niños preescolares y escolares, se debe indicar el uso de dispositivos como porta hilos, los cuales mantienen tenso el hilo mientras se pasa a través del punto de contacto entre los dientes, esta actividad debe ser realizada por el paciente o cuidador, guiado por la consejería y monitoreo del odontólogo a la auxiliar en salud oral.³⁵ El cepillado en niños y personas con T.E.A. va a variar y a ser individual. Por otro lado según datos bibliográficos y según lo observado, daremos las siguientes sugerencias, dividiendo a las personas con T.E.A. en grupos, según edad y severidad. En caso de que el niño no esté familiarizado con el hábito del cepillado de dientes, empezar introduciendo este hábito con ayuda de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación en niños pequeños e Historias sociales en niños más grandes. Fijarse de que la deglución sea la

correcta y que pueda escupir de manera correcta, de lo contrario acudir a un fonoaudiólogo, si puede escupir: realizar el cepillado con pasta dental de mínimo 1000 ppm de flúor, escupir el exceso. No enjuagar con agua. El cepillado es mínimo dos veces al día (al despertarse y antes de irse a dormir), el hilo dental se usa al menos 1 vez al día (antes de irse a dormir), se puede utilizar cepillos eléctricos en niños que tengan algún tipo de sensibilidad sensorial, caso contrario, utilizar el cepillo de dientes convencional. La técnica para enseñar a un niño con trastorno del espectro autista a cepillarse los dientes, consiste en presentar los utensilios de higiene oral mediante pictogramas y posteriormente en imagen real, luego se proceden a diferenciarlos de otros objetos de higiene personal, para posteriormente conocer la función de cada uno de ellos, finalmente se procede a utilizar juguetes para que el niño esté familiarizado, haciendo uso de la creatividad.⁵

2.2.1.3. Sesión educativa Nro. 03: Control químico de la placa supragingival

a) Flúor y biopelícula: La acción antibacteriana del flúor puede llegar a estratificarse en tres niveles definidos: alteración metabólica, alteración de crecimiento y reproducción y, por último, muerte celular. el flúor actúa a nivel del esmalte del diente en dos fases: preeruptiva posteruptiva, en resumen, podemos concluir que su efecto más importante sobre las bacterias de la biopelícula, es el posteruptivo, durante las reacciones de desmineralización y remineralización en la interfase diente-biopelícula, que lejos de ser una superficie inerte es una zona muy activa químicamente.³⁶

b) Uso de la pasta fluorada: Actualmente se acepta que la incorporación de la pasta dental fluorada en los hábitos de higiene oral diaria ha sido la verdadera responsable de la reducción en

la prevalencia de caries dental en el mundo. Por ello, los niños y niñas que no estén utilizando pastas dentales fluoradas no reciben estos beneficios preventivos. A partir del año 2003, a raíz de la publicación de múltiples revisiones sistemáticas [Marinho 2003, Tewtman 2003, Walsh 2010, Wong 2010, Santos/Nadanovsky 2013], la evidencia científica es contundente en relación a la efectividad de las pastas dentales con concentraciones de ≥ 1000 partes por millón (ppm) de flúor en la reducción de caries, tanto en la dentición permanente como en la primaria. En relación al riesgo de fluorosis, la evidencia indica que cepillarse con pastas de baja concentración de flúor (< 600 ppm) no disminuye el riesgo de fluorosis, pero sí aumenta significativamente el riesgo de caries dental [Santos/Oliveira 2013]. Por ello, en los niños y niñas de hasta 3 años no se debe colocar más que un “granito de arroz” o “raspadita”. Para niños y niñas de 3 años se sugiere una cantidad de pasta tamaño “alverjita”.³⁷

c) Colutorio bucal: A pesar de la naturaleza ideal de la pasta dentífrica como vehículo, la mayor parte de los agentes para control químico de la placa fueron evaluados y luego formulados en colutorios. Dentro de los agentes para el control químico de placa, Los agentes antimicrobianos eficaces poseen acción prolongada persistente en la boca (sustantividad). Hasta hoy, la clorhexidina es el agente antiplaca más eficiente. Se recomienda su uso solo cuando el odontólogo lo receta.

d) Consideraciones en una persona con T.E.A.:
Fijarse de que la deglución sea la correcta y que pueda escupir de manera correcta, de lo contrario acudir a un fonoaudiólogo. Si el niño puede escupir: realizar el cepillado con pasta dental y escupir el exceso, sin enjuagar con agua. La cantidad de pasta dental es de medio granito de arroz para 1 año de edad; un grano de arroz para 2 años y una alverjita para 3 años.⁵

2.2.1.4. Sesión educativa Nro. 04: Hábitos correctos en salud oral:

a) Hábito: La real academia española, define “hábito” como “modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias institivas”.³⁹

b) Características de un buen cepillado y uso del hilo dental: Los beneficios anti-caries de la pasta dental fluorada se potencian si el cepillado dental es supervisado [Marinho 2003, Twetman 2003] y si se realiza al menos 2 veces al día [Kumar 2016]. Para maximizar el efecto preventivo de la pasta dental, se sugiere que el niño no se enjuague con agua durante o después del cepillado, sino que sólo escupa el exceso [Toolkit 2014].³⁷ El tiempo de cepillado recomendado es de 2 minutos para obtener una adecuada remoción de placa bacteriana. La

eficacia de los cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana está determinada por factores como el tiempo de cepillado, la presión ejercida, la destreza del paciente, motivación, técnica y diseño del cepillo. Está indicado el primer cepillado del día antes de consumir alimento, para interrumpir la actividad metabólica de la placa bacteriana y un cepillado nocturno para inhibirla.⁴⁰ Cuando se cierran los espacios entre los molares (hacia los 3 años), se debe pasar el hilo dental antes del cepillado nocturno.⁴¹

c) Visitas periódicas al dentista: Cobra vital importancia la visita odontológica antes del primer año de vida para valorar el riesgo de caries, así como para explicar a los padres las medidas de prevención de la caries dental. Los niños y niñas que acuden tempranamente al odontólogo tiene más probabilidades de recibir cuidados orales apropiados ya que la visita odontológica precoz provee una excelente oportunidad para educar a

los padres (antes de que aparezca el problema) y de reducir el riesgo del niño a enfermedades bucales. Es por ello que todas las academias científicas internacionales recomiendan la primera visita dental de un niño durante el primer año de vida.⁴¹

d) Azúcar libre: Los azúcares libres incluyen los monosacáridos y los disacáridos añadidos a los alimentos y las bebidas por el fabricante, el cocinero o el consumidor, más los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes, los jugos de frutas y los concentrados de jugos de frutas. La Organización Mundial de la Salud OMS recomienda una ingesta reducida de azúcares libres a lo largo de toda la vida. Tanto en adultos como en niños, la OMS recomienda reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total.⁴²

e) Consideraciones en una persona con T.E.A.:

Los padres y responsables deben de elegir, planificar y ejecutar las acciones de higiene bucal, como rituales, es decir a la misma hora todos los días, y avisarles a los pequeños que a una hora determinada o en un momento determinado se realizara el cepillado dental. Al momento del ritual del cepillado dental, de ser posible la mamá o el papá debe de cepillarse los dientes primero, para dar el ejemplo a su hijo. Se recomienda la presencia de un espejo, en el cual el niño se pueda visualizar cepillándose los dientes, de manera que tendrá una doble imagen espejo. El cepillado es mínimo dos veces al día (al despertarse y antes de irse a dormir) El hilo dental se usa al menos 1 vez al día (antes de irse a dormir) La primera visita con el Odontopediatra es cuando aparezca el primer diente de leche, a los 6 meses aproximadamente. Siempre se debe acudir a utilizar pictogramas, para un mejor entendimiento de los niños o personas con T.E.A.

ya que ellos, son pensadores visuales, también se pueden usar libros sensoriales, es decir que tengan relieve y una mayor dinámica. En el caso de adolescentes, pueden funcionar también las historias sociales, en donde se explica a manera de historietas, una historia donde una persona asiste a un consultorio dental.⁵

2.2.1.5. Sesión educativa Nro. 05: Patología oral

a) Patología oral: En 1994, el Profesor de la Universidad de Leeds, Philip D Marsh propuso la teoría ecológica de la placa. En la cual se considera que el biofilm siempre está metabólicamente activo y que siempre está presente en la cavidad bucal de las personas. Se propone que la caries es una consecuencia del cambio en el ambiente intraoral que altera la homeostasis de la microflora residente oral y el hospedero. A través de la fermentación de los carbohidratos, estas bacterias pueden producir

ácidos que provocan la desmineralización del esmalte. Sin embargo, los mecanismos homeostáticos como la saliva y el mismo biofilm son capaces de regular el pH, recuperándose de esta baja transitoria del pH. Este ciclo es ubicuo y normal en la placa supragingival. Sin embargo, si ocurre un cambio prolongado en el ambiente oral, como una baja de pH o una disminución del flujo salival, entonces sucede un cambio en la composición del biofilm. Es así como ahora sabemos que la caries dental ocurre a consecuencia del cambio en la composición del biofilm oral provocado por la ingesta frecuente de carbohidratos fermentables, particularmente sacarosa.⁴³ El papel del biofilm dental, en la etiología de la gingivitis y periodontitis está bien establecido. el estudio principal de Lóe y col. (1965) demostró con claridad que la inflamación gingival se produce indudablemente después de la acumulación de la placa y que su eliminación puede revertir este proceso.³⁴

b) Caries dental: La caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible de los dientes, de etiología multifactorial que consiste en un proceso dinámico de desmineralización-rem mineralización que involucra la interacción entre el calcio y fósforo, las estructuras dentales y la saliva, en función de ácidos producidos por la fermentación de los carbohidratos por acción de los microorganismos orales. Es una enfermedad azúcar-dependiente.⁴⁴

c) Enfermedad periodontal: Las enfermedades periodontales son infecciones causadas por microorganismos que colonizan la superficie dentaria en el margen gingival o por debajo de él.⁴⁵

2.2.2. Trastorno del espectro autista:

a) Definición: La Organización Mundial de la Salud define los trastornos del espectro autista como un grupo de complejos trastornos del desarrollo cerebral, esta condición comienza en la infancia y persiste en la adolescencia y edad adulta.²

b) Diagnóstico: Los criterios diagnósticos del trastorno de espectro autista son: déficits persistentes en la comunicación social, presencia de patrones de comportamientos; intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo. Se diagnostica cuatro veces más frecuentemente en el sexo masculino que en el femenino.¹

c) Sintomatología: Los síntomas se reconocen normalmente durante el segundo año de vida, pero se pueden observar antes de los 12 meses si los retrasos del desarrollo son graves, o notar después de los 24 meses si los síntomas son más sutiles.¹

d) Comorbilidad: El trastorno del espectro autista se asocia frecuentemente a comorbilidades como deterioro intelectual, alteraciones estructurales del lenguaje, dificultades específicas del aprendizaje, trastornos de desarrollo de coordinación, trastornos de conducta alimentaria, así como otras afecciones médicas.¹

e) Pronostico: Solamente una minoría de individuos con trastorno de espectro autista vive y trabaja independientemente en la edad adulta, esto debido a que este trastorno no es un trastorno degenerativo y es normal que el aprendizaje y compensación continúen toda la vida.¹

f) Epidemiología: Durante la última década a nivel mundial el número de niños y niñas diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista (TEA) se elevó considerablemente, según la Organización Mundial de la Salud OMS, se calcula que 1 de cada 160 niños tiene Trastorno del espectro autista.² En el Perú, el

Registro Nacional de la Persona con Discapacidad a cargo del CONADIS al 2015 tiene inscritas un total de 141731 personas, de las cuales 2219 están diagnosticadas con trastornos del espectro autista (TEA), representando el 1,57% del total de los registros. De las personas con TEA inscritas 1783 (80,3%) son hombres y 436 (19,7%) son mujeres, la mayoría de las personas inscritas se ubican dentro del grupo etario de 6 a 13 años y en su minoría dentro del grupo etario de 45-59 años. No se ha reportado la proporción de niños nacidos con TEA con relación a la población en general, sin embargo conforme a información proporcionada por el Sector Salud se ha incrementado el número de diagnósticos y atenciones tempranas.³ Se diagnostica cuatro veces más frecuentemente en el sexo masculino que en el femenino.¹

g) Tratamiento: La evidencia científica y los datos epidemiológicos disponibles, no demuestran una causa concluyente e indican la existencia de múltiples factores, entre ellos los genéticos y ambientales. No hay cura para este trastorno, sin embargo, las intervenciones psicosociales y los programas de capacitación en todo ámbito educativo, tanto para el diagnosticado como para los padres, reducen las dificultades de comunicación y comportamiento social, y tienen un impacto positivo en la calidad de vida y el bienestar de estas personas.²

2.2.3. El trastorno del espectro autista en la odontología:

Las personas diagnosticadas con Trastorno del espectro autista son considerados pacientes con necesidades especiales en salud. La Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) ha definido necesidades especiales en salud como “toda condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional que requiere tratamiento médico,

intervención de atención en salud, y/o el uso de servicios o programas especializados”. Las personas con necesidades especiales en salud pueden estar en un mayor riesgo de enfermedades bucales a lo largo de su vida, por lo cual es muy importante aplicar en estas personas, esfuerzos y actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud.^{5,46}

2.2.4. Rol de los padres de personas con diagnóstico de trastorno del espectro autista:

La educación de los padres y/o responsables es fundamental para asegurar la supervisión necesaria de higiene bucal diaria.⁴⁶ En la formación de las personas con habilidades diferentes es la familia el primer ente protector de sus hijos con habilidades diferentes, según el Centro Ann Sullivan del Perú (CASP), la familia y en especial los padres son los mejores maestros para sus hijos, ya que los padres aportan un 70% en la educación y formación de hábitos, los cuales, les ayudarán a ser independientes, productivos y felices.⁴⁷

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Esta investigación es de tipo Prospectivo, Longitudinal, Analítico y experimental. El nivel de la investigación es Aplicativo.¹⁰ El estudio se ha realizado de manera preexperimental, con un diseño preprueba-posprueba con un solo grupo.¹¹

3.2. Ámbito de estudio:

3.2.1. Ámbito geográfico: Tacna, Tacna, Ciudad de Tacna.

3.2.2. Ámbito Físico: Centro Especializado en Autismo Kolob Tacna, con dirección en Av. Pinto 1841.

3.2.3. Ámbito Temporal: Año 2018

3.3. Población

La población estuvo formada por 45 padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna, que hayan inscrito a sus hijos en el año 2018. La selección del grupo de estudio se ha basado en los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Padres que firmen el consentimiento informado. (Anexo 03)
- Padres que asistan a todas las sesiones educativas de la técnica educativa interactiva.

Criterios de exclusión:

- Padres que sean dentistas.
- Padres con algún tipo de condición física o mental que limite el proceso de aprendizaje.

Dentro de los 45 padres, 2 padres son dentistas, 2 padres tienen alguna dificultad física o mental que limita su proceso de aprendizaje, 1 padre no firmó el consentimiento informado y 8 padres no asistieron a todas las sesiones educativas de la técnica educativa interactiva, por lo tanto 13 padres fueron excluidos de la investigación, obteniéndose una población de estudio de 32 padres.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica de recolección de datos es la encuesta y el instrumento de medición es un cuestionario de conocimiento sobre salud oral, compuesto por un total de 20 preguntas con respuestas cerradas (Anexo 04), el cual distribuye sus preguntas en cinco dimensiones de conocimientos relacionados con:

- Biopelícula dental.
- Control mecánico de placa supragingival.
- Control químico de la placa supragingival.
- Hábitos correctos en Salud oral.
- Patología Oral.

Este instrumento es original, por lo que debe reunir los requisitos esenciales de validez y confiabilidad.

3.4.1. Análisis de validez:

a) Validez de contenido: Se realizó mediante juicio de jueces, los cuales evaluaron el instrumento de medición. La evaluación fue sometida, posteriormente, a un estadístico de prueba DPP (distancia de puntos múltiples), para medir la validez de contenido del instrumento.^{10,11} (Anexo 05 y 06)

b) Validez de criterio: Se realizó una prueba piloto con 20 sujetos, se utilizó el estadístico de correlación de Pearson.^{10,11} (Anexo 06)

c) Validez de constructo: Se realizó un análisis factorial confirmatorio; ya que se buscó corroborar las 5 dimensiones que por cuestiones teóricas se presuponen deben estar dentro de la técnica educativa interactiva.^{10,11} (Anexo 06)

3.4.2. Análisis de confiabilidad:

Se aplicó una prueba piloto de 20 padres de familia del centro especializado de autismo Kolob Tacna, una vez aplicado el instrumento, se hizo uso de la herramienta denominada Alfa de Cronbach, para confirmar la confiabilidad del instrumento de medición.^{10,11} (Anexo 07)

3.5. Procedimientos de recolección de datos:

Se entrega una carta de presentación de parte de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann dirigido al Lic. Mauricio Enmanuel Vargas Sánchez, Director General del Centro Especializado en Autismo Kolob Tacna, para que se brinden las facilidades del caso, requeridos en la ejecución de tesis de la Srta. Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña. (Anexo 08). La recolección de datos estuvo a cargo del investigador. Al culminar el estudio se solicita al Centro Especializado en Autismo Kolob Tacna, una constancia que certifique la ejecución y culminación de la tesis, dentro de sus instalaciones. (Anexo 09)

La investigación se realizó en tres fases:

3.5.1. Primera Fase:

Se determina el conocimiento sobre salud oral, a través de un cuestionario aplicado a los padres participantes, antes de la ejecución de la técnica educativa interactiva.

3.5.2. Segunda Fase:

Se ejecuta la técnica educativa interactiva, cuyo objetivo es lograr cambios positivos en el conocimiento sobre salud oral de los padres.

3.5.3. Tercera Fase:

Se evalúa la influencia de la técnica educativa interactiva a través de la aplicación del mismo cuestionario.

3.6. Procesamiento y análisis de datos:

Una vez realizada la recolección de datos, se procedió a la revisión de cada una de la fichas para la verificación de datos, revisando que no existan omisiones o errores, posteriormente los datos se clasificaron, asignando códigos para su tabulación en la computadora, el recuento de datos se realizó manual y electrónicamente, para finalmente presentar la información en tablas y gráficos estadísticos.

Los datos fueron procesados y analizados, utilizando los programas Microsoft Office Excel 2010 y IBM SPSS STATISTICS 2018 versión 25, en donde se generaron resultados mediante análisis de estadística descriptiva e inferencial.

Para realizar la comprobación de hipótesis, se aplicó una prueba paramétrica tipo “t” de Student.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA 01

**INFLUENCIA DE LA TECNICA EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO
AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE
AUTISMO KOLOB TACNA 2018**

| Conocimiento sobre Salud oral | | Aplicación de Técnica Educativa Interactiva | | | | Verificación de hipótesis |
|----------------------------------|---------|--|---------------|-----------|---------------|---|
| | | Antes | | Después | | Nivel de significación |
| | | n | % | n | % | $\alpha = 5\% = 0,05$ |
| C | (0-10) | 23 | 71,88 | 0 | 0,00 | Prueba paramétrica "t" de Student Ho: $p \geq 0,05$ H1: $p < 0,05$ |
| B | (11-13) | 8 | 25,00 | 9 | 28,13 | |
| A | (14-17) | 1 | 3,13 | 20 | 62,50 | |
| AD | (18-20) | 0 | 0,00 | 3 | 9,38 | |
| Total | | 32 | 100,00 | 32 | 100,00 | P = 2,1522E-21 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

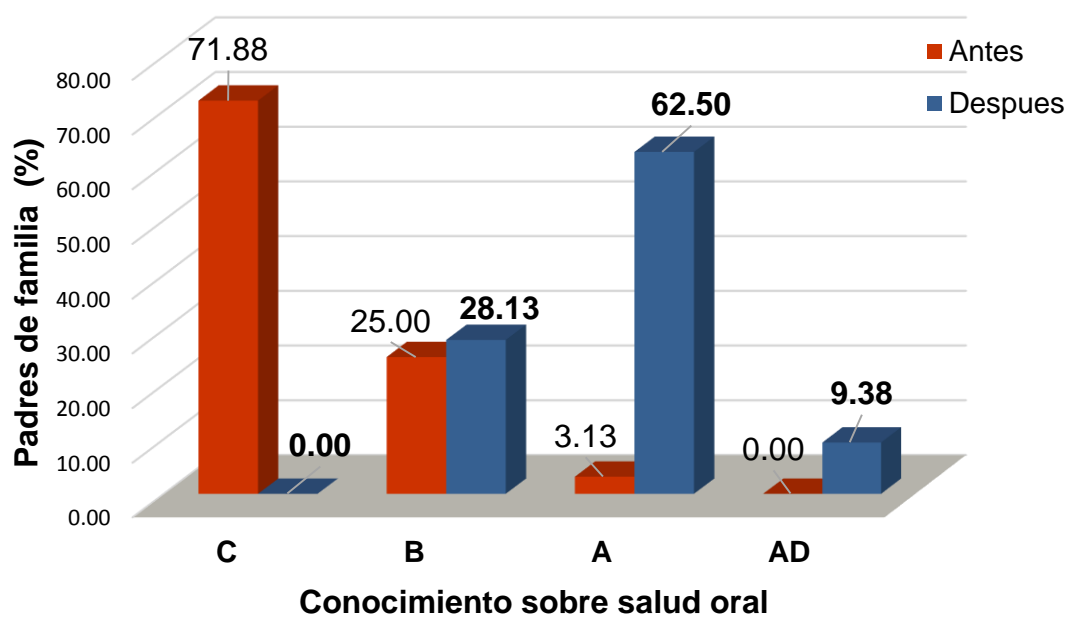
En esta tabla se describe la diferencia del conocimiento sobre salud oral de los padres antes y después de la aplicación de la técnica educativa interactiva. Se observa que antes de la aplicación de dicha técnica el 100% de los padres tenían un conocimiento C, B o A (71,88%, 25,00% y 3,13% respectivamente); sin embargo después de la aplicación de dicha

técnica los padres obtuvieron un conocimiento B, A o AD (28,13%, 62,50 y 9,38% respectivamente).

Para realizar una prueba paramétrica, los datos deben ser numéricos y proceder de una población con normalidad. La población investigada cumple con estos supuestos. Posteriormente se continúa con la contrastación de hipótesis, formulándose la hipótesis nula e investigativa, estableciendo un nivel de significancia de 0,05 y empleando la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas. Siendo rechazada la hipótesis nula, si p valor es menor o igual que 0,05, o aceptándose la misma, si p valor es mayor o igual que 0,05.

GRÁFICO 01

INFLUENCIA DE LA TECNICA EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018



Fuente: Cuestionario de conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

TABLA 02

**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA
2018, ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA
EDUCATIVA INTERACTIVA**

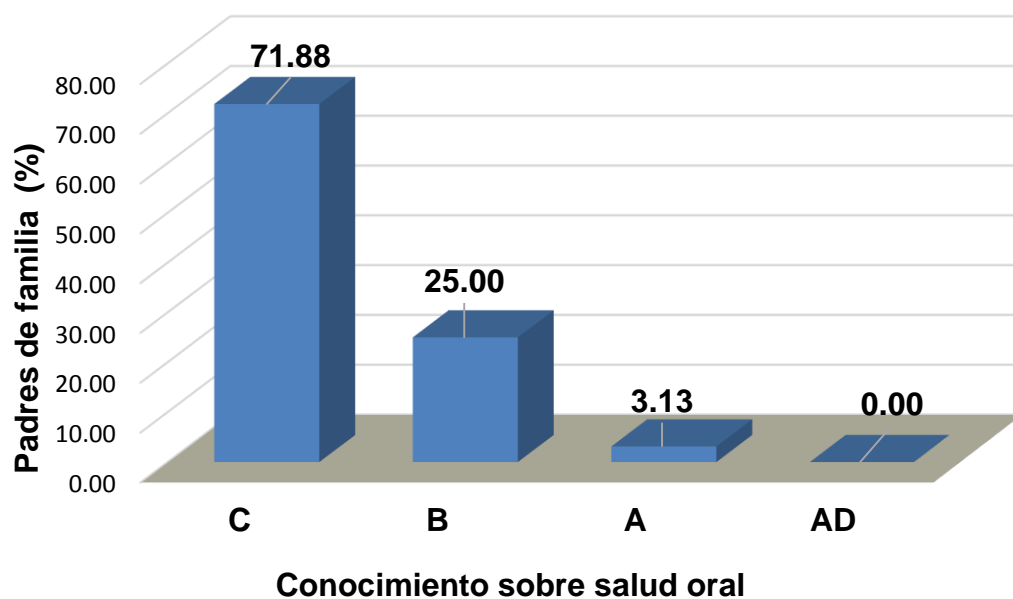
| Conocimiento sobre salud oral antes de la aplicación de la Técnica educativa interactiva | Padres de familia | |
|---|--------------------------|---------------|
| | n | % |
| C | 23 | 71,88 |
| B | 8 | 25,00 |
| A | 1 | 3,13 |
| AD | 0 | 0,00 |
| Total | 32 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

En la tabla podemos observar que antes de la aplicación de la técnica educativa interactiva, del total de 32 padres de pacientes con trastorno del espectro autista en, 23 padres tenían un conocimiento “C” sobre salud oral (71,88%), 8 padres tenían un conocimiento “B” (25,00%), y 1 padres tenían un conocimiento “A” (3,13%). Ningún padre calificó con un conocimiento AD.

GRÁFICO 02

CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018, ANTES DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA EDUCATIVA INTERACTIVA



Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

TABLA 03

**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA
2018, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA
EDUCATIVA INTERACTIVA**

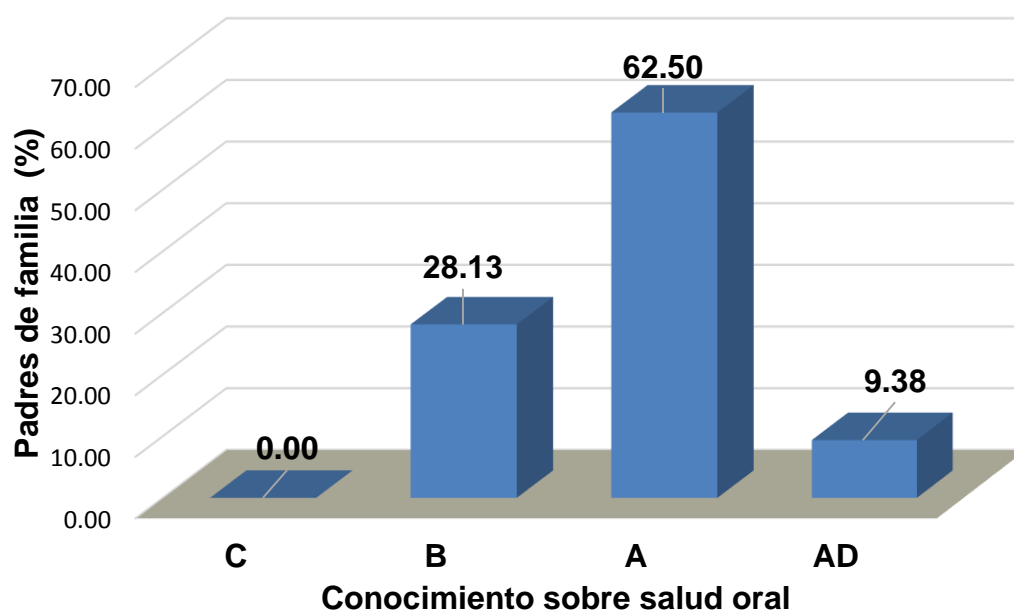
| Conocimiento sobre salud oral después de la aplicación de la Técnica educativa interactiva | Padres de familia | |
|---|--------------------------|---------------|
| | n | % |
| C | 0 | 0,00 |
| B | 9 | 28,13 |
| A | 20 | 62,50 |
| AD | 3 | 9,38 |
| Total | 32 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

En la tabla observamos que después de la aplicación de la técnica educativa interactiva, 9 de los 32 padres fueron calificados con un conocimiento “B” (28,13%), 20 padres lograron un conocimiento “A” (62,50%) y 3 padres alcanzaron un conocimiento “AD” (9,38%). Ningún padre obtuvo un conocimiento “C”

GRÁFICO 03

**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA
2018, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA
EDUCATIVA INTERACTIVA**



Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

SUPUESTOS QUE DEBE CUMPLIR:

A) VERIFICAR LA NORMALIDAD:

1) Formular la hipótesis:

H_0 : Los datos proceden de una población normal

H_1 : Los datos no proceden de una población normal

2) Nivel de significancia

$$\alpha = 5\% = 0,05$$

3) Decisión

Según Kolmogorov-Smirnov: $P=0,325$, el cual es un valor mayor al nivel de significancia ($\alpha=0,05$), entonces se acepta H_0 , por lo tanto se concluye que los datos proceden de una población con Distribución Normal, y se puede aplicar una prueba paramétrica.

| Estadístico de prueba | valores | Interpretación |
|-----------------------|---------|----------------------|
| Kolmogorov-Smirnov | 0,325 | Presentan normalidad |
| gl | 32 | |
| Sig. | 0,325 | $P \geq 0,05$ |

B) VERIFICAR LA HIPOTESIS DE LA POBLACIÓN

1) Formular la hipótesis:

Hi: La técnica educativa interactiva influye en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018.

Ho: La técnica educativa interactiva no influye en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018.

2) Nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$

3) Estadístico de prueba: Se determinó trabajar con la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas.

Prueba de muestras emparejadas

| | Diferencias emparejadas | | | | | | Sig. (bilateral) |
|--------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|--|----------|---------------|---------------------|
| | Media | Desv. Desviación | Desv. Error promedio | 95% de intervalo de confianza de la diferencia | | t | |
| | | | | Inferior | Superior | gl | |
| Nota: Antes - Después | -7,781 | 1,862 | ,329 | -8,453 | -7,110 | -23,641 31 | ,000 |

4) Lectura de P valor:

Ho: ($p \geq 0,05$): No se rechaza Ho

H1: ($p < 0,05$): Se rechaza Ho

P= 2,1522E-21; $\alpha = 0,05$: $P < 0,05$, entonces se rechaza Ho

5) Decisión:

Los resultados dan como valor de p: (2,1522E-21), el cual es un número menor que el nivel de significancia (0,05), por lo cual se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que la técnica educativa interactiva si influye en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna 2018.

4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar la influencia de la técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna. Se brindó, además, una herramienta educativa que sirva como una estrategia de enseñanza-aprendizaje en salud oral, empoderando a los padres y a las familias de las personas diagnosticadas con autismo.

No hay otros estudios relacionados al tema realizados en el centro especializado de autismo Kolob. Existe solo un estudio relacionado a la salud oral en pacientes especiales, realizado en la ciudad de Tacna. A nivel nacional existen investigaciones que estudian el conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes especiales. A nivel internacional, se puede encontrar estudios en educación para salud oral como medida preventiva, aplicada en grupos de padres de niños con trastorno del espectro autista.

En primer lugar, debemos observar los resultados de la aplicación del cuestionario en los padres, quienes son objetos de este estudio. Se realizó un cuestionario antes de la aplicación de la técnica educativa

interactiva para evaluar el conocimiento previo que tenían los padres respecto a la salud oral, para luego aplicar dicha técnica y volver a realizar dicho cuestionario para calificar el conocimiento aprendido luego de la técnica educativa interactiva. La calificación del cuestionario se dio en escala vigesimal de 0 a 20, tomando valores “C” o deficiente cuando se obtiene un valor de 0 a 10 puntos; “B” o regular cuando se obtiene un valor de 11 a 13 puntos; “A” o bueno cuando se obtiene un valor de 14 a 17 puntos y “AD” o muy bueno cuando se obtiene un valor de 18 a 20 puntos

El impacto de esta técnica educativa interactiva se ve mejor detallada en la Tabla 01, donde podemos observar que antes de la aplicación de esta técnica todos los padres tenían un conocimiento “C”, “B” o “A”. Sin embargo, luego de su aplicación, el 100% de los padres obtuvieron un conocimiento “B”, “A” o “AD”. Esto demuestra la influencia positiva de esta técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral de los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista. Esto concuerda con los estudios de Abdallah EA, Metwalli NE, Badran⁶ quienes encontraron una diferencia significativa en el aumento de respuestas correctas en el cuestionario sobre salud oral, antes y después de la aplicación de su programa preventivo; Bermejo S¹⁴

quien en su estudio, después de aplicar una enseñanza multimedia en salud oral, paso de un resultado de 100% de conocimiento bajo (en el cuestionario) a un 64% de padres que obtuvieron un conocimiento bueno y Muñoz WE y Mattos MA²⁸ quien después de ejecutar una técnica educativa, aumento la media de conocimientos de sus participantes de 6,57 a 11,88.

Por otra parte, respecto al conocimiento sobre salud oral antes de la aplicación de la técnica educativa interactiva (Tabla 02), se observó la mayoría de los padres tenían un conocimiento "C", con un 71,88%, seguido de un 25% de padres con un conocimiento "B", y por último un 3,13% con un conocimiento "A". Ningún padre fue calificado al inicio con un conocimiento "AD". Esto concuerda con los estudios realizados por Hernández JL y Javier FVL²², quienes encontraron un conocimiento malo o "C" en un 47,9%, seguido de un conocimiento regular o "B" en un 39,6% y bueno "A" en un 12,5%. Tenazoa T²³ quien después de aplicar un cuestionario sobre salud oral encontró que del 100% de los participantes 41,7% tenía un conocimiento malo o "C", 33,3% un conocimiento regular o "B" y 25% un conocimiento bueno o "A".

Por otro lado, existen estudios que difieren en parte con estos resultados, ya que al ejecutar y evaluar un cuestionario de conocimiento

sobre salud oral, encontraron en su mayoría, un conocimiento regular o “B”, como Magoo J, Shetty A, Chandra P, Anandkrishna L, Kamath P e lyengar U⁷ quienes encontraron un 23,1% de conocimiento malo o “C”, seguido de un 76,9% de conocimiento regular o “B”; Mina CE⁸ quien encontró en su investigación que del 100% de sus participantes, 15% tenía un conocimiento malo o “C”, seguido de un 73,2% de conocimiento regular o “B” y 11,8% de conocimiento bueno o “A”; Carrillo NR¹⁵ encontró por su parte una mayoría de conocimiento regular o “B” en un 62,1%, Luna Y¹⁶ encontró en su mayoría un conocimiento regular o “B” representado por un 56,4%; Pérez RM¹⁷ encontró en su mayoría un conocimiento regular o “B” representado por un 40,10%; Muñoz VS¹⁸ encontró en su mayoría un conocimiento regular o “B” representado por un 66%; Marchena ZE¹⁹ encontró en su mayoría un conocimiento regular o “B” representado por un 52,9%; Cabellos DA²⁰ encontró en su mayoría un conocimiento regular o “B” representado por un 68,9%; y Garrido Lecca FA²¹ encontró en su mayoría un conocimiento regular o “B” representado por un 63,6%.

Como se puede observar, la gran mayoría de estudios concuerda con la presente investigación, ya que la mayoría de padres oscila entre un conocimiento malo "C" o regular "B", siendo muy poco el porcentaje de padres con un conocimiento bueno "A" o "AD".

Luego de aplicada la técnica educativa interactiva, se apreció un gran cambio en cuanto al conocimiento de los padres respecto a la salud oral, tal como se evidencia en la Tabla 03, donde se evalúa el conocimiento de los padres en estudio, luego de la aplicación de la técnica educativa interactiva. Se puede observar que un 9,38% de los padres tiene un conocimiento muy bueno o "AD", un 62,50% de los padres tienen un conocimiento bueno o "A", un 28,13% tiene un conocimiento regular o "B" y ningún padre tiene un conocimiento malo o "C". Esto concuerda con el estudio realizado por Bermejo S¹⁸, quien luego de la aplicación de su metodología de enseñanza multimedia, obtuvo un 8% de padres con un Conocimiento excelente o "AD", un 64% de padres con un conocimiento bueno o "A", seguido de un 24% de padres con un conocimiento regular o "B" y por último en este estudio si hubo un 4% de padres aun con un conocimiento malo. De la misma forma concuerda con las investigaciones realizadas por Abdallah EA, Metwalli NE, Badran⁶ y Muñoz y Mattos MA²⁸ quienes tambien encontraron diferencias

estadísticas significativas en el conocimiento sobre salud oral, antes y después de aplicado un tipo de estrategia educativa en padres.

Por todo lo observado, además de la realización de la verificación y contrastación de hipótesis mediante la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas, se demuestra que la técnica educativa interactiva utilizada en esta investigación tuvo una influencia positiva en el conocimiento sobre salud oral en los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna en el año 2018.

CONCLUSIONES

PRIMERA

Existe una influencia positiva de la técnica educativa interactiva en el conocimiento sobre salud oral en los padres, ya que todos mostraron una mejoría significativa en el conocimiento sobre salud oral. Antes de la técnica educativa interactiva, el 100% de los padres fueron calificados con un conocimiento entre "C" y "A", posteriormente a la aplicación de dicha técnica, el 100% de los padres fueron calificados con un conocimiento entre "B" y "AD".

SEGUNDA

El conocimiento sobre salud oral de los padres ANTES de la aplicación de la técnica educativa interactiva muestra resultados entre un nivel "C" (71,88%), "B" (25%) y "A" (3,13%). Determinando con esto que ANTES, el 100% de los padres tenían un conocimiento entre "C" y "A", mientras que ninguno presentó un conocimiento "AD".

TERCERA

El conocimiento sobre salud oral de los padres DESPUÉS de la aplicación de la técnica educativa interactiva muestra resultados entre un nivel "B" (28,13%), "A" (62,50%) y "AD" o muy bueno (9,38%) Determinando que DESPUÉS de la aplicación de la técnica educativa interactiva el 100% de los padres mejoro su conocimiento sobre salud oral, y ninguno presentó un conocimiento "C", con lo cual se confirma la influencia positiva de la técnica educativa interactiva en los padres.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios posteriores evaluando la influencia de la técnica educativa interactiva en poblaciones más grandes de padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista.
- Realizar estudios longitudinales de la influencia de la técnica educativa interactiva en el conocimiento, prácticas y actitudes sobre salud oral aplicada a padres de personas con trastorno de espectro autista.
- Promover la creación y aplicación de estrategias educativas de enseñanza-aprendizaje en educación para la salud oral, basadas en evidencia científica, con el fin de actualizar y generar un enfoque más salutogénico, orientado mayoritariamente hacia la prevención y la promoción de la salud oral.
- Dirigir esfuerzos en odontología preventiva hacia las personas con necesidades especiales en salud y poblaciones vulnerables mediante la aplicación de diversas metodologías, las cuales deben ser adecuadas a la realidad o contexto en el que se desea trabajar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. *Criterios y códigos diagnósticos. Trastornos del neurodesarrollo*. En: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5.^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. pp. 31-86.
2. Organización mundial de la Salud OMS [Internet]. Nota informativa, Abril 2017. [Citado: 2018 Junio 10]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
3. Consejo Nacional para la integración de la persona con discapacidad. Plan Nacional para la persona con Trastorno del Espectro autista 2019-2021. Lima: CONADIS; 2019.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *Pediatr.Dent.*2012;34 (special issue):16
5. Kramer S. *Generalidades de Discapacidad y Odontología*. En: Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), Manual de cuidados especiales en Odontología. Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud. Santiago: SENADIS; 2015. pp.9-16.

6. Abdallah EA, Metwalli NE, Badran. Efectividad de un programa educativo y preventivo en Salud Oral para mejorar el Conocimiento y prácticas de higiene oral en un grupo de niños autistas egipcios y sus padres. *Future Dental Journal*, 2018; 4(1): 23-29
7. Magoo J, Shetty A, Chandra P, Anandkrishna L, Kamath P e lyengar U. Conocimiento, actitudes y práctica del cuidado de la salud bucal en padres de niños con trastorno del espectro autista. *Journal of Adv. Cl. and Research Insights*, 2015; 1(4): 1-5.
8. Mina CE. Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación especial del Norte (INEEN) y su asociación con el Conocimiento de los padres sobre salud oral. [Tesis para optar el título de Odontología]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2016.
9. Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger G. Visión 2020 de la FDI. Delinear el futuro de la Salud Bucodental. Switzerland: World Dental Federation; 2015.
10. Supo JE. Seminarios de Investigación científica. 2ª. Ed. Lima: Creospace Independent Publishing Platform; 2014.
11. Hernández R, Fernandez R, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ª. ed. McGraw-Hill. México, D.F., 2001.

12. Espinoza Usaqui EM, Pachas Barrionuevo FdM. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Revista Estomatológica Herediana, 2013, 23(2): 101-108.
13. Inocente Díaz ME, Pachas Barrionuevo FM. Educación para la Salud en Odontología. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22(4): 232-241.
14. Bermejo S. Eficacia de la enseñanza multimedia y de la charla magistral en el Conocimiento sobre higiene oral, en padres de familia, y en el índice de higiene oral de O'leary en sus hijos con síndrome de Down, autismo y retardo mental del C.E.B.E. Nuestra Señora de la Candelaria, Arequipa 2015 . [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2015.
15. Carrillo Saavedra NR. 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 del Rimac en el año 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.

16. Luna Cauna Y. Relación 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 para optar el título de Cirujano Dentista]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
17. Pérez RM. “Conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo, 2015”. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.
18. Muñoz VS. Conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños con habilidades diferentes y su relación con la higiene bucal de los niños realizada en la ONG Mundo Amor, Chiclayo, Lambayeque, Perú, 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2017
19. Marchena ZE. Relación entre el Conocimiento sobre salud bucal de los padres y el índice de higiene oral en niños con habilidades diferentes del centro de educación básica especial la Victoria – 2015. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2015.

20. Cabellos DA. Relación entre el Conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
21. Garrido Lecca FA. Estado de salud bucodental de los alumnos con habilidades diferentes del C.E.B.E. Beata Ana Rosa Gattorno y su asociación con el Conocimiento de los padres y/o cuidadores sobre salud oral. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Tacna: Universidad Privada de Tacna; 2017.
22. Hernández JL, Javier Negrón FVL. Conocimiento sobre salud bucal de las madres e higiene oral de niños con discapacidad intelectual en centros educativos básicos especiales de la ciudad de Iquitos- 2016. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Iquitos: Universidad Peruana del Oriente; 2017.
23. Tenazoa T. Conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades especiales en el Centro Educativo Básico Especializado Iquitos 2017. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Iquitos: Universidad Científica del Perú; 2017.

24. Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Capacitación en estrategias y técnicas didácticas [Internet]. México: Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo; [citado 2019 febrero 20]. Disponible en: http://sitios.itesm.mx/va/dide/documentos/inf-doc/Est_y_tec.PDF
25. Diccionarios.es [Internet]. España; [citado 2018 diciembre 17]. Disponible en: <https://definicion.de/conocimiento/>
26. Ministerio de Educación del Perú. Diseño Curricular de Educación Básica [Internet]. Lima: [citado 2019 enero 11]. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/normatividad/reglamentos/DisenoCurricularNacional.pdf>
27. Plataforma Educativa de Recursos Digitales. Carpeta Pedagógica [Internet]. Madrid; [citado 2019 enero 10]. Disponible en: <https://carpetapedagogica.com/escaladecalificaciondelosaprendizajes>
28. Muñoz WE y Mattos MA Técnica educativa para mejorar los conocimientos de salud oral de madres y reducir el índice de higiene oral de preescolares. *International Journal of Odontostomatology*, 2015; 9(2): 321-327.

29. Organización mundial de la Salud OMS [Internet]. Nota informativa, Abril 2012. [Citado: 2018 Junio 10]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
30. Secretaria distrital de salud. Institución Universitaria colegios de Colombia UNICOC. Guía de Práctica Clínica en Salud Oral. Bogotá: Secretaria distrital de Salud; 2010.
31. Lang NP, Mombelli A, Attstrom R. *Placa dental y cálculos*. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 4.^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 85-108.
32. Sarduy L, González ME. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. Revista Científica Villa Clara. Mediacentro Electrónica [Publicación periódica en línea]. 2016. Jul-Sep [citado: 2018 Abril 22]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300002.
33. Gil F, Aguilar MJ, Cañamas MV, Ibañez P. Periodoncia para el higienista dental. *Periodoncia*, 2005; 15(1): 43-58.

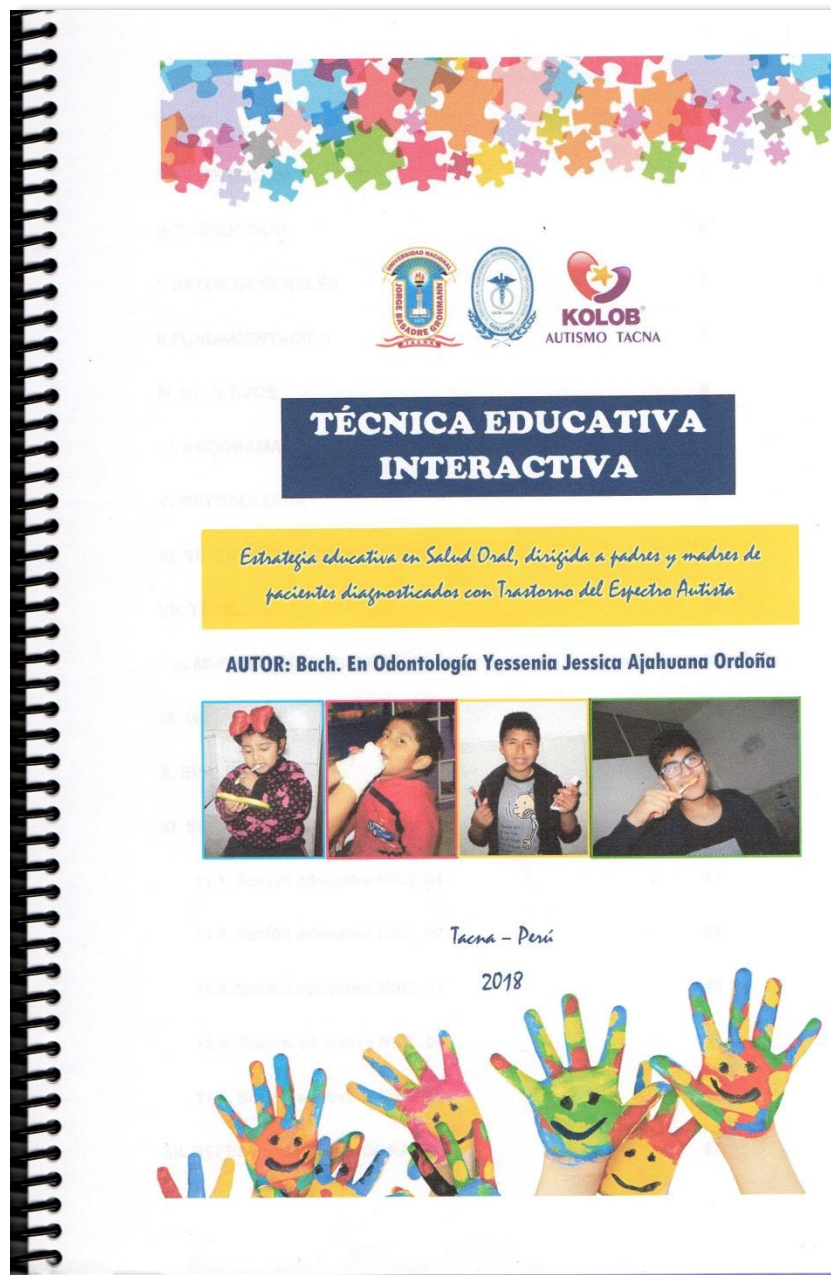
34. Echeverría JJ, Sanz M. *Control mecánico de la placa supragingival*.
En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 4.^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 471-486.
35. Hujoel P, Cunha J, Banting D, Loesche W. Dental flossing and interproximal Caries: a systematic review. *Journal of Dental Research*. 2006; 85(4):298-305.
36. Almerich JM. *Fundamentos y concepto actual de la actuación preventiva y terapéutica del flúor*. En: Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones. 4.^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005. p.105-130
37. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental en Niñas y Niños. Lima: Dirección General de intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2017.
38. Addy M. *Uso de antisépticos en la terapia periodontal*. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 4.^a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 487-512.

39. Real Academia Española. Diccionario [Internet]. Madrid: [citado 2018 septiembre 21]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
40. Tirapelli C, de Carvalho JF, Ribas JP, Panzeri H. Dental plaque removal efficacy of three toothbrushes with different designs: a comparative analysis. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 2006; 4(2):105-111.
41. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Guía de Salud Bucal infantil para pediatras [Internet]. *Revista de Odontopediatría Latinoamericana* [Citado: 2018 Mayo 10]. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia-de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Web.pdf>.
42. Organización mundial de la Salud. Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños: resumen. [Publicación periódica en línea] 2015. [Citado: 2018 Mayo 10]; WHO/NMH/NHD/15.2:[8 pp]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/154587>
43. Uribe S. Hacia un nuevo modelo del rol del Biofilm en la caries dental y salud oral [Internet]. *Revista Oral-B News América Latina*; 2015 [citado: 2018 Junio 10]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275891656_EL_nuevo_rol_del_biofilm_en_la_caries_dental_un_enfoque_basado_en_evidencias.

44. Henostroza G, Henostroza N. *Concepto, teorías y factores etiológicos de la caries dental*. En: Henostroza G. Diagnóstico de caries dental. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Estomatología "Roberto Beltrán Neira"; 2005. pp.13-28.
45. Socransky S, Haffajee AD. *Microbiología de la enfermedad periodontal*. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 4.a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 110-156.
46. Pinto da Silva LC, Siqueira Lobao D. *Manejo de pacientes con necesidades especiales* En: Asociación Latinoamericana de Odontopediatría, Manual de referencia para procedimientos clínicos en Odontopediatría. Sao Paulo: Livraria Santos Editora Ltda.; 2014. p.272-273.
47. Caballero R. Efecto del programa "Fortaleciendo mis roles paternos" en las actitudes de las familias (padres) de hijos con habilidades diferentes del centro ASPADIS, Huánuco, 2016. [Trabajo de investigación para optar el título profesional de licenciada en Psicología]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2016.

ANEXOS

ANEXO 01: TÉCNICA EDUCATIVA INTERACTIVA



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| PRESENTACION | 2 |
| INTRODUCCION | 5 |
| I. DATOS GENERALES | 8 |
| II. FUNDAMENTACIÓN | 8 |
| III. OBJETIVOS | 9 |
| IV. PROGRAMACIÓN DE SESIONES EDUCATIVAS | 10 |
| V. METODOLOGÍA | 11 |
| VI. SECUENCIA METODOLÓGICA | 15 |
| VII. TÉCNICAS | 16 |
| VIII. MEDIOS Y MATERIALES | 18 |
| IX. META | 26 |
| X. EVALUACIÓN | 26 |
| XI. SESIONES EDUCATIVAS | 27 |
| 11.1. Sesión educativa NRO. 01 | 27 |
| 11.2. Sesión educativa NRO. 02 | 34 |
| 11.3. Sesión educativa NRO. 03 | 45 |
| 11.4. Sesión educativa NRO. 04 | 51 |
| 11.5. Sesión educativa NRO. 05 | 62 |
| XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 67 |

PRESENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define los trastornos del espectro autista como un grupo de complejos trastornos del desarrollo cerebral, esta condición comienza en la infancia y persiste en la adolescencia y edad adulta. La evidencia científica y los datos epidemiológicos disponibles, no demuestran una causa concluyente e indican la existencia de múltiples factores, entre ellos los genéticos y ambientales. No hay cura para este trastorno, sin embargo, las intervenciones psicosociales y los programas de capacitación en todo ámbito educativo, tanto para el diagnosticado como para los padres, reducen las dificultades de comunicación y comportamiento social, y tienen un impacto positivo en la calidad de vida y el bienestar de estas personas.^{1,2}

En el año 2017, la Organización Mundial de la Salud estimó una tasa media de prevalencia mundial de Trastorno de espectro autista de 62 por cada 10 000 habitantes, lo que significa que un niño de cada 160 padece este trastorno.² En el Perú, según el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, al 31 de agosto del 2018, se encuentran inscritas un total de 219 249 personas, de las cuales 4 528 están diagnosticadas con trastornos del espectro autista, representando el 2.06% del total de los registros. El incremento anual de las inscripciones de las personas con trastorno del espectro autista, ha sido notorio en los últimos años, pasando de 345 en el año 2008 hasta 4 528 en el año 2018, haciéndose evidente la creciente incidencia de esta condición.³

Las personas diagnosticadas con Trastorno del espectro autista son considerados pacientes con necesidades especiales en salud. La Asociación Americana de Odontopediatría ha definido necesidades especiales en salud como "toda condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional que requiere tratamiento médico, intervención de atención en salud, y el uso de servicios o programas especializados". Estos individuos presentan un mayor riesgo de padecer enfermedades bucales a lo largo de su vida es por eso que las actividades dirigidas a los padres en promoción, prevención y educación para la salud es fundamental para asegurar la supervisión necesaria de higiene bucal diaria, y así poder mantener una adecuada salud oral.⁴

En sentido amplio, prevención es cualquier medida que permita reducir la probabilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión, su fin último es mantener la salud evitando la enfermedad. Por otro lado, la carta de Ottawa define la promoción de la salud como “el proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y puedan así mejorarla”. El objetivo de la prevención es evitar la enfermedad, mientras que el de la promoción es maximizar los niveles de salud. Si la prevención tiene como objetivo evitar la enfermedad, la promoción de la salud trata de mejorar y aumentar los niveles de salud positiva.⁵

La Educación para la Salud (EpS) por su lado, es considerada una herramienta fundamental para lograr las estrategias que plantea la promoción de la Salud. Educar en salud implica generar un cambio de conducta a través de mensajes que fomenten el control de factores de riesgo de tipo conductual por medio de la aplicación de diversas metodologías, teorías y modelos adecuados a la realidad o contexto en el que deseamos aplicarlos.⁶ Para el cumplimiento de dicho cometido, la ejecución de técnicas educativas es una de las más efectivas estrategias de la educación en salud, definida como una herramienta o instrumento constituido por un grupo de contenidos sistemáticamente organizados e insertado en una estructura creciente y evolutiva centrada en la prevención y promoción de la salud.⁷

Diversas investigaciones y estudios internacionales, demuestran la efectividad de las estrategias y programas educativos aplicados en padres de familia, en la elevación de conocimientos, siendo un primer paso para desarrollar hábitos saludables en la familia, repercutiendo y mejorando la calidad de vida de sus integrantes.^{6,7}

En el Perú, El Ministerio de Salud del Perú, ha creado el plan nacional concertado de salud 2007-2020, dentro de este plan la comisión del programa nacional de salud bucal, mediante un conjunto de actividades, refuerza, implementa y ejecuta guías técnicas en salud bucal, empero, a la actualidad, no existen documentos o guías técnicas en salud oral dirigidas a las personas con algún tipo de discapacidad, mucho menos a personas con trastorno del espectro autista, ni para sus familias.⁸

Durante el año 2017, se aplicó un cuestionario sobre salud oral, en padres de pacientes diagnosticados con trastorno del espectro autista del centro especializado de autismo Kolob Tacna, para evaluar el conocimiento existente sobre salud oral. El cuestionario consta de 12 preguntas y se encuentra validado por Cabellos DA⁹. Después de la evaluación del mismo, se concluyó que el 70% de los padres tenía un regular conocimiento sobre salud oral y el 30% restante un conocimiento malo. Es por estos resultados, por la importancia de la ejecución de actividades dirigidas a la promoción, prevención y educación en salud oral en pacientes con necesidades especiales, y por la falta de información sobre salud oral en las familias de personas con trastorno del espectro autista, que se decide crear una técnica educativa interactiva.

Para la creación de la técnica educativa interactiva se utilizaron como técnicas de recolección de datos la documentación; entrevistas no estructuradas a padres, docentes, responsables y la observación de campo tanto participativa como no participativa en los alumnos inscritos y padres del centro especializado en autismo Kolob Tacna. Los instrumentos de medición fueron fichas, cuadernos de apuntes, grabaciones de audio y videograbaciones. Una vez terminada la recolección de datos, se procedió a elaborar una estrategia donde se recopila toda la información y se fundamenta la misma con bibliografía apropiada, dicha recopilación lleva el nombre de: Técnica Educativa Interactiva¹⁰

La técnica educativa interactiva, creada por la autora de este documento, es una herramienta para que el cirujano dentista trabaje con padres y madres de pacientes diagnosticados con trastorno de espectro autista, sobre la importancia de una correcta salud oral, promoviendo prácticas de empoderamiento, participación, acción y cultura de salud dirigidos a la elevación de conocimiento sobre salud oral para un mejor calidad de vida.⁸ Esta estrategia educativa consta de cinco sesiones educativas grupales, con una duración 35 minutos, que comprenden los temas de: Salud Oral, Higiene Bucal y Biopelícula dental; Control mecánico de placa supragingival; Control químico de placa supragingival; Hábitos correctos en Salud Oral y Patología Oral.

Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña

Autora

INTRODUCCIÓN

La Salud oral es la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.¹¹ La Higiene Bucal es definida como aquellas medidas de control de placa bacteriana personalizada, que, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias.¹² En la cavidad bucal, los depósitos bacterianos han sido denominados placa dental o placa bacteriana y más recientemente biopelícula dental.¹³

El término biopelícula describe la comunidad microbiana relativamente indefinible asociada con una superficie dentaria o con cualquier material duro no descamativo. Según la estructura de la placa bacteriana, la podemos dividir en placa supragingival y placa subgingival.^{13,14} La placa supragingival queda expuesta a la saliva y a los mecanismos de limpieza natural que existen en la cavidad bucal (autoclisis). Sin embargo, aunque estos mecanismos pueden eliminar los restos de alimento, no eliminan la placa bacteriana de manera adecuada, por lo tanto se deben utilizar métodos de control mecánico y químico de placa supragingival, como el uso del cepillo dental, hilo dental y los dentífricos con flúor en concentración apropiada.¹⁴

Los hábitos cobran vital importancia para un apropiado control de placa bacteriana. Las visitas periódicas al dentista, una dieta equilibrada, así como una adecuada técnica de cepillado, favorecen una eficiente higiene bucal. Se ha comprobado que el desequilibrio entre una dieta cariogénica y una deficiente higiene bucal, desemboca en el desarrollo de caries y enfermedad periodontal.¹⁵

La responsabilidad de llevar una adecuada higiene bucal en personas con trastorno del espectro autista, recae mayoritariamente en los padres de estas personas, resulta, según el grado de severidad, una tarea que puede llegar a ser complicada y que depende, muchas veces, del grado de colaboración que presente la persona diagnosticada con T.E.A.¹⁶ Es por eso que se vuelve vital que en primer lugar, sean los padres, familiares y responsables de

estas personas, las que deben de reforzar hábitos adecuados para una buena salud oral, al recordar y practicar estos hábitos, en sus propios hogares y en las instituciones que los reciben, generan en las personas con T.E.A. un modelo a seguir, no se puede pretender que los niños ejecuten acciones correctas como un buen cepillado dental, si los padres de estos o sus profesores no lo practican de manera adecuada. Por lo mismo, es altamente recomendable llevar al niño T.E.A. a su primera cita con el Odontopediatra, durante la aparición del primer diente, el cual sucede a los 6 meses aproximadamente.

Los 3 elementos de higiene bucal indispensables para absolutamente todas las personas, incluidos las personas T.E.A son: Cepillo dental y dentífrico o pasta dental (usados desde la aparición de la primera pieza dentaria) y la adición del hilo dental entre los 2 años y medio a 3 años. Así como son importantes los utensilios de higiene oral, también es importante la dieta que lleva el niño o persona con T.E.A. se deben tomar precauciones y en la medida de lo posible evitar o controlar el consumo de alimentos con azúcar libre, según la OMS, el azúcar libre se encuentra en casi todos los alimentos envasados, como galletas, harinas, fideos, arroz, gaseosa, bebidas energizantes o jugos de fruta envasados, también lo encontramos en los zumos de fruta muy concentrados con el jugo de naranja por la cantidad de fructosa, también en los jarabes, y en la miel.¹⁷

La presentación clínica de una persona con T.E.A. es muy variada en cada caso y única en cada persona, se pueden presentar alteraciones en la conducta, trastornos selectivos de alimentación, alteraciones en la deglución y masticación, alteraciones en la comunicación verbal y no verbal, deficiencias en el desarrollo cognitivo y psicomotriz, así como otras comorbilidades médicas. Estas comorbilidades influyen en la atención de higiene bucal que se da a cada niño o persona con T.E.A., esto quiere decir que si bien es necesario que todos los niños con T.E.A. utilicen los 3 elementos indispensables: cepillo, pasta dental e hilo dental, cada niño lo hará en un tiempo determinado, en una frecuencia y cantidad apropiada y siguiendo un proceso que vaya de la mano con los objetivos de otras terapias como las terapias de lenguaje, fonación o de psicomotricidad que lleve el paciente. Es importante, entonces, llevar un tratamiento integral, y que los tratamientos que se prescriban al paciente, sean, replicados en casa, con ayuda de los padres o responsables.

Finalmente, de no llevar a cabo estas recomendaciones, aumenta la probabilidad de que el niño con T.E.A. sufra de caries dental y enfermedad periodontal, cuyo tratamiento especializado puede llegar a ser más traumático y costoso, que el tratamiento preventivo, el cual está a mejor alcance.

I. DATOS GENERALES

- 1.1. **Ámbito de estudio:** Centro especializado en Autismo Kolob Tacna
- 1.2. **Unidad de estudio:** Padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista.
- 1.3. **Tipo de sesiones educativas:** Grupales
- 1.4. **Duración de cada sesión educativa:** 35 Minutos.
- 1.5. **Autor:** Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

II. FUNDAMENTACIÓN

Las personas diagnosticadas con Trastorno del espectro autista son considerados pacientes con necesidades especiales en salud (NES). La Asociación americana de Odontopediatría AAPD ha definido necesidades especiales en salud como "toda condición o limitación física, del desarrollo, mental, sensorial, conductual, cognitiva o deterioro emocional que requiere tratamiento médico, intervención de atención en salud, y/o el uso de servicios o programas especializados". Las personas con necesidades especiales en salud pueden presentar alteraciones cognitivas, psicomotrices y de desarrollo, aumentando su susceptibilidad de padecer enfermedades bucales, por lo cual es muy importante la instrucción de una correcta higiene oral.⁴

La educación de los padres y/o responsables es fundamental para asegurar la supervisión necesaria de higiene bucal diaria.¹⁸ En la formación de las personas con habilidades diferentes es la familia el primer ente protector de sus hijos con habilidades diferentes, según el Centro Ann Sullivan del Perú CASP, la familia y en especial los padres son los mejores maestros para sus hijos, ya que los padres aportan un 70% en la educación y formación de hábitos, los cuales, les ayudaran a ser Independientes, productivos y felices.¹⁹

III. OBJETIVOS

3.1. General:

Promover contenidos conceptuales sobre salud oral, mediante la aplicación de las cinco sesiones educativas de la técnica educativa interactiva para elevar el conocimiento de los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna 2018

3.2. Específicos:

Explicar, a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna, la definición salud oral, higiene bucal y biopelícula dental, dirigido a elevar sus conocimientos sobre salud oral.

Explicar, a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna, el control mecánico de la placa supragingival, dirigido a elevar sus conocimientos sobre salud oral.

Explicar, a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna, el control químico de la placa supragingival, dirigido a elevar sus conocimientos sobre salud oral.

Explicar, a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna, hábitos correctos en salud oral, dirigido a elevar sus conocimientos sobre salud oral.

Explicar, a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna, la patología oral, dirigido a elevar sus conocimientos sobre salud oral.

IV. PROGRAMACIÓN DE SESIONES EDUCATIVAS

La técnica educativa interactiva se aplicó en padres que hayan inscrito a sus hijos en el programa AULAS del centro especializado en autismo Kolob Tacna.

Dentro del programa AULAS, se encuentran 7 salones: 3 salones en el turno mañana y 4 salones en el turno tarde.

Cada sesión educativa se trabajó en cada salón, por separado, con los respectivos padres, en fechas distintas. Se optó por trabajar con estos grupos de padres ya establecidos, ya que se encontraban divididos, según características similares, cualidad que es importante a la hora de impartir una estrategia educativa.

En el siguiente recuadro se presenta el número total de padres participantes de la técnica educativa interactiva:

| SALONES DEL PROGRAMA AULAS DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO KOLOB TACNA | Turno | Número de padres participantes en la TÉCNICA EDUCATIVA INTERACTIVA |
|--|--------|--|
| Exploradores | Mañana | 5 |
| Talentedos | Mañana | 7 |
| Constructores | Mañana | 3 |
| Descubridores A | Tarde | 3 |
| Descubridores B | Tarde | 5 |
| Ingeniosos A | Tarde | 4 |
| Ingeniosos B | Tarde | 5 |

V. METODOLOGIA

5.1. Metodologías activas:

El tipo de metodología aplicada en la técnica educativa interactiva, son las metodologías activas, las cuales tienen como finalidad planificar y diseñar experiencias y actividades de aprendizaje coherentes con los resultados esperados, teniendo en cuenta los espacios y recursos necesarios; así mismo facilitar, guiar, motivar y ayudar a los padres de familia en su proceso de aprendizaje. De este modo las metodologías activas utilizadas se convertirán en el vehículo a través del cual los padres de familia aprenderán nuevos conocimientos o reforzarán los ya adquiridos mejorando así su conocimiento y su interés por una correcta salud oral.²⁰

Los tipos de metodologías utilizados son:

- a) Formación de grupos pequeños o grandes, para orientar la participación de los padres de familia.
- b) Trabajo individual para proponer alternativas de solución frente a algún problema presentado.
- c) Toma de apuntes.
- d) Participación grupal e individual guiada a dar solución a diversas preguntas de interés común que promuevan la reflexión.

5.2. Recursos Didácticos:

Los recursos didácticos, son las herramientas o instrumentos de apoyo que se utilizan para educar, facilitan los procesos de planificación, enseñanza y aprendizaje y nos aproximan a la realidad. Los recursos didácticos se pueden presentar de 5 maneras: recursos impresos, recursos audiovisuales, recursos auditivos, recursos informáticos y recursos realistas.²¹

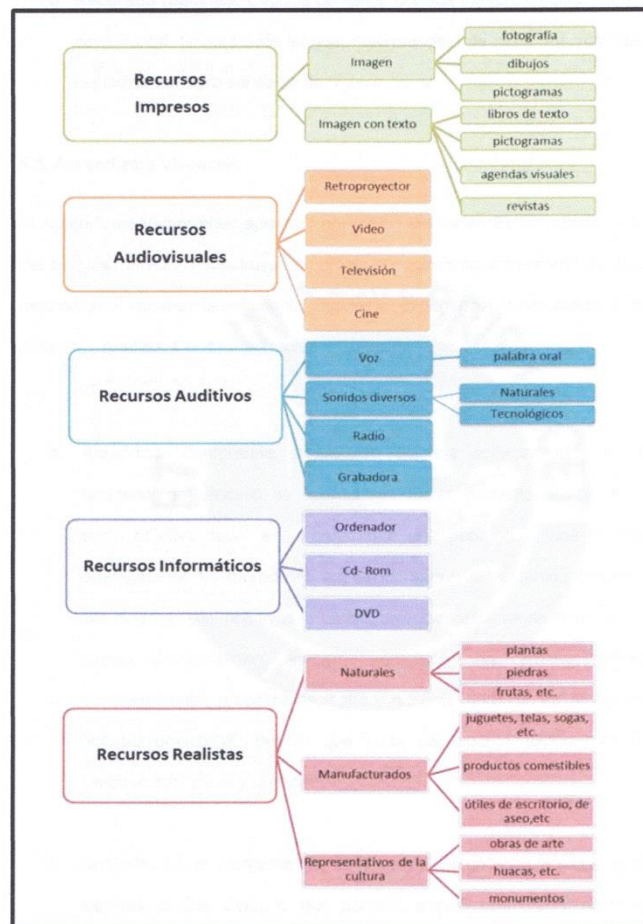


Figura 1. Clasificación de los recursos didácticos.

En la técnica educativa interactiva se hace uso de los siguientes recursos didácticos:

- a. **Recursos impresos:** Imágenes, Pictogramas, tríptico, Storybook "Visitando al dentista"
- b. **Recurso audiovisual:** Diapositivas en proyector multimedia, videos.
- c. **Recurso auditivo:** Utilización de Voz.
- d. **Recursos realistas:** Cepillos dentales, cepillos interproximales, hilo dental, cinta dental, limpiador de lengua, macromodelo de boca, macromodelo de cepillo dental, libro sensorial de higiene bucal.

5.3. Aprendizaje Vivencial:

El Aprendizaje Vivencial es aprender por medio del hacer. Es un proceso a través del cual los individuos construyen su propio conocimiento, adquieren habilidades y realzan sus valores, directamente desde la experiencia. Comprende 4 fases: Actividad, Análisis, Conceptualización y Conexión.²²

- a. **Actividad:** Comprende el ejercicio de una actividad elegida por el facilitador del proceso de aprendizaje. Es el momento del hacer. Tiene como objetivo llevar a un grupo o a una persona, a una experiencia posibilitadora de aprendizaje específico según el contenido programático del curso y sus objetivos. Pueden seleccionarse varias técnicas, como juegos, dramatización, ejercicios verbales y no verbales, simulación comportamental, procesos decisorios, etc. Este momento es movilizador de energía emocional, puesto que cada participante expone libremente sentimientos, ideas y opiniones.²²
- b. **Análisis:** Es el momento del proceso de Diagnóstico en que el grupo expresa lo que vivió, lo que percibió siendo estimulado, contenido y escuchado por el facilitador. Es el relato de la situación vivenciada. Aquí el

VI. SECUNDARIZACIÓN: "cómo" es más importante que el "qué". En este procesamiento, el facilitador, como oyente y analista, va a "dar un cierre" a lo que fue dicho, lo que fue expresado por el grupo.²²

c. Conceptualización: Una vez realizado el procesamiento, donde el facilitador organizó el pensamiento del grupo, tornando consciente lo que fue vivido y dicho (momento de concientización), se construye el Mapa Cognitivo. Aquí se incluyen informaciones y fundamentos teóricos referentes a las informaciones de los participantes, las informaciones relativas al contenido teórico y perceptivo, y de los facilitadores de contenido. Es una etapa importante en el proceso de aprendizaje: organiza la experiencia y busca la comprensión de su significado.²²

d. Conexión: Considerando que el proceso fue vivido hasta entonces de forma abierta y concientizadora, se puede hacer una correlación con lo real. Se parte de la actividad lúdica y, a partir de lo que fue construido y conceptualizado, se buscan experiencias "allá afuera", profesionales o personales, y se expone a una posibilidad de cambio. Es el momento de la generalización y aplicabilidad para el futuro.²²

VI. SECUENCIA METODOLÓGICA

Cada sesión de aprendizaje se desarrollará teniendo en cuenta el siguiente proceso:

6.1. Inicio:

En esta primera parte se incentiva y/o motiva a los estudiantes, para lograr que su atención se centre en el desarrollo de la actividad, facilitando el dialogo e invitando a los alumnos a anticiparse al tema, consiguiendo de esta forma la recuperación de sus saberes previos y contrastarlos con el nuevo aprendizaje logrando así al conflicto cognitivo en las estructuras mentales de los estudiantes. En este momento se realizarán interrogantes, se mostrarán imágenes, etc.²⁰

6.2. Desarrollo:

Es la parte donde se da la construcción del conocimiento mediante experiencias directas (que implican la utilización de sus sentidos), y donde se interioriza la nueva información, además a través de la construcción del conocimiento se desarrolla un proceso de análisis e interpretación de las diferentes situaciones presentadas en las cuales el estudiante podrá asimilarlas y comprenderlas. En este momento se hace uso de recursos audiovisuales.²⁰

6.3. Final:

En esta última parte se da la generalización o extensión, de lo aprendido. Se realiza una síntesis donde se reforzarán las ideas básicas trabajadas. En este momento se realizarán interrogantes, se hace uso de recursos didácticos de ser necesario.²⁰

VII. TECNICAS

7.1. La observación:

La observación es una técnica clave y de suma importancia a emplear en nuestro trabajo de investigación puesto que está dirigida de manera intencional, selectiva e interpretativa que permitirá obtener una información relevante antes, durante y después de la aplicación de la técnica educativa interactiva.²²

7.2. Orientación grupal e individual:

Se realizará con los padres que demuestren una dificultad en los aprendizajes brindados, o necesiten una orientación permanente para lograr los objetivos de cada sesión de aprendizaje.²²

7.3. Diálogo:

Técnica que favorece la apropiación de información mediante una conversación fluida con los padres de familia que nos permitirá ir reconociendo la información que ellos van adquiriendo, mediante la realización de preguntas.²²

7.4. Entrevista:

Acto comunicativo organizado a través de la formulación de preguntas y respuestas que se establecerá con los directivos del centro especializado en Autismo Kolob Tacna, los docentes y padres de familia; para tratar asuntos relacionados a la aplicación de la técnica educativa interactiva.²²

7.5. Motivación:

La motivación es una de las técnicas más importantes dentro de cada actividad de aprendizaje ya que permite predisponer a los alumnos para el desarrollo de las sesiones de aprendizaje, además estará presente durante todo el proceso de la misma, para lograr mejores resultados.²⁰

7.6. Didáctica:

Son las herramientas o instrumentos de apoyo que utilizan toda persona que pretende educar, en la planificación de la acción didáctica para facilitar los procesos de enseñanza y aprendizaje y aproximarse a la realidad para conseguir aprendizajes significativos de acuerdo a las condiciones de los estudiantes (padres de familia). Los recursos didácticos que se utilizaran en el programa educativo son de tipo impresos (imágenes, pictogramas, tríptico, storybook "Visitando al dentista"), audiovisuales (diapositivas, videos), auditivo (utilización de voz), realistas (utensilios de higiene bucal, macromodelos de boca y cepillo, libro sensorial de higiene bucal).²¹

7.7. Aprendizaje vivencial:

El Aprendizaje Vivencial es aprender por medio del hacer. Es un proceso a través del cual los individuos construyen su propio conocimiento, adquieren habilidades y realzan sus valores, directamente desde la experiencia. Se analizara las características de los utensilios de higiene bucal que posee y usa de manera frecuente el padre de familia y la de su menor hijo diagnosticado con trastorno de espectro autista. Se realiza una prueba de la técnica de cepillado dental en vivo, utilizada por el padre de familia en su menor hijo diagnosticado con trastorno de espectro autista. Se trabajará en un ambiente acondicionado y ambientado.²²

VIII. MEDIOS Y MATERIALES

Los medios y materiales utilizados son los siguientes:

8.1. Medios humanos:

a. Investigador responsable de la creación y aplicación de la técnica educativa interactiva:

Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

8.2. Materiales

- a. Imágenes.
- b. Pictogramas.
- c. Tríptico.
- d. Libro sensorial de Higiene Bucal.
- e. Storybook "Visitando al dentista".
- f. Cuaderno de apuntes.
- g. Utensilios de higiene bucal.
- h. Macromodelos de Boca y cepillo dental.
- i. Papel bond.
- j. Papeles de colores.
- k. Cartulinas de colores.
- l. Cartulinas.
- m. Lapiceros.
- n. Goma.
- o. Tijera.
- p. Folders.

8.3. Materiales usados para cada sesión educativa

- Especificaciones generales: Uso de pictogramas y de un tríptico.

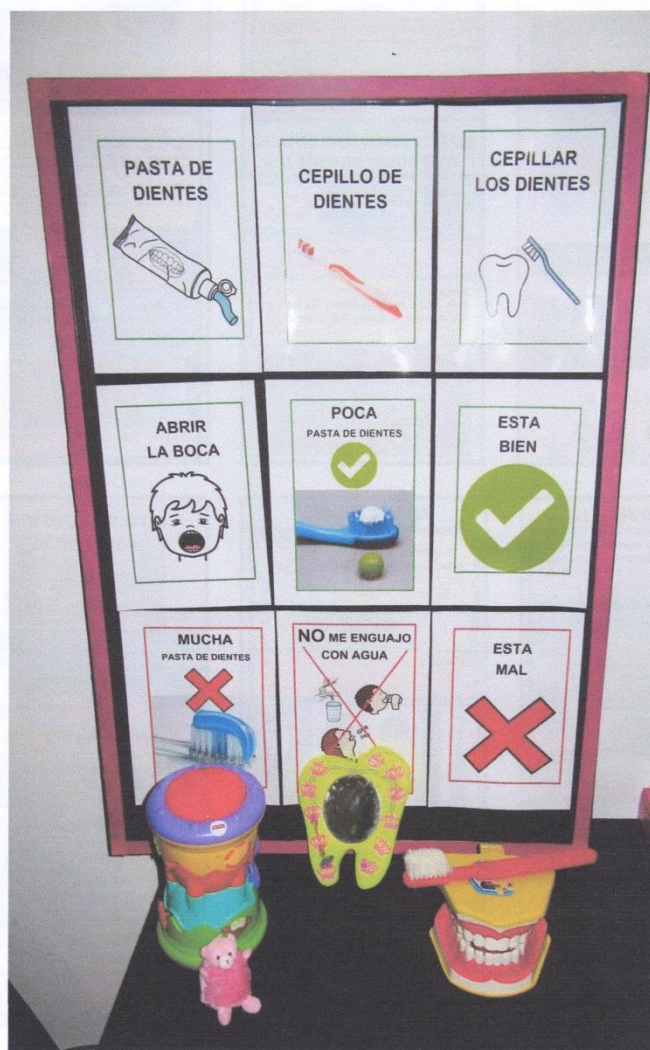


Figura 2. Panel con 9 pictogramas. Más abajo se puede observar juguetes, espejo y Macromodelo de boca y cepillo dental, todos instrumentos y materiales usados en la aplicación de la técnica educativa interactiva.

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

DIETA

LA INFORMACIÓN GENERAL DE LA SALUD RECOMIENDA:

- EVITAR TODO TIPO DE AZÚCAR LIBRE HASTA LOS DOS AÑOS DE EDAD. Posteriormente se RECOMIENDA TANTO EN NIÑOS COMO ADULTOS consumir menos del 10% de energía calórica diaria en la dieta diaria, esto es igual a 1 CUCHARADA DE AZÚCAR o 100 calorías.
- Evitar todo el azúcar de alimentos y bebidas procesadas, jarabes, miel y zumos de frutas.
- El consumo excesivo de azúcares libres propiamente a CARIES, DIABETES, OBESIDAD.

Organización Mundial de la Salud

La primera visita al dentista u Odontopediatra debe ser desde la aparición del primer diente (aproximadamente a los 6 meses de edad) y como máximo antes de cumplir el primer año de edad.

Posteriormente, se recomienda que visite a su dentista, 2 veces al año.

Cuando aparecen los primeros dientes conviene usar cepillo de dientes.

Es necesario cepillar los dientes todos los días, al menos 2 veces al día (antes de dormir y al levantarse).

El cepillado debe durar lo que sea necesario para lograr cepillar todos los dientes por todos lados.

Realice el cepillado de dientes a la misma hora y de la misma manera todos los días. Repase el cepillado realizado por su hijo.

El uso del hilo dental se realiza a partir de los 2 años y medio - 3 años.

PATOLOGÍA BUCAL RELACIONADA CON UNA DEFICIENTE HIGIENE BUCAL

Cuando la higiene bucal es deficiente, podemos desarrollar enfermedades bucales, como la CARIES DENTAL Y LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

La caries dental es una enfermedad infecciosa que afecta al diente.

Las enfermedades periodontales son infecciones causadas por microorganismos a nivel de la unión. Aquí se encuentran la gingivitis y la periodontitis.

PROGRAMA EDUCATIVO "PROTEJAMOS SU SONRISA"

Programa educativo sobre Higiene Bucal dirigido a padres y madres de familia.

Dr. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña

AUTOR: Bach. En Odontología Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña

BIOPELICULA DENTAL

Placa bacteriana

La biopelícula dental son los microorganismos que se encuentran en la superficie de los dientes, los cuales se alimentan de los restos de alimentos.

Por eso, debemos cepillar TODOS los dientes y la lengua.

La biopelícula dental se puede acumular en las 5 caras del diente.

3 caras del diente los limpiamos con el cepillo dental y las 2 caras restantes con el hilo dental.

HIGIENE BUCAL

La Higiene bucal es definida como aquellas medidas de control de biopelícula dental personalizada.

Estas medidas pueden ser: Físicas y Químicas

La higiene bucal también incluye la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos orales.

MEDIDAS FÍSICAS

Las medidas físicas de higiene bucal comprenden: cepillo dental, hilo dental, cepillo interproximal.

El cepillado dental nos ayuda a eliminar los microorganismos y restos de alimentos.

La mejor técnica de cepillado es aquella individualizada y acorde a la edad de la persona.

CEPILLO DE DIENTES

MEDIDAS QUÍMICAS

CEPILLO INTERPROXIMAL

CEPILLO INTERPROXIMAL

MEDIDAS QUÍMICAS

Las medidas químicas de higiene bucal comprenden: dentífrico con FLUOR y colutorios bucales.

El dentífrico debe tener una concentración mínima de 1000 ppm de fluor para que tenga un efecto preventivo sobre la caries dental.

El fluor protege y fortalece los dientes.

Los colutorios bucales tienen indicaciones precisas, son recetados por los dentistas.




IDENTIFICADO PASTA DENTAL CON FLUOR




MEDIDAS QUÍMICAS




COLUTORIO BUCAL

Figura 3. Ambas caras del Tríptico que se entregó a todos los participantes, al finalizar la técnica educativa interactiva.

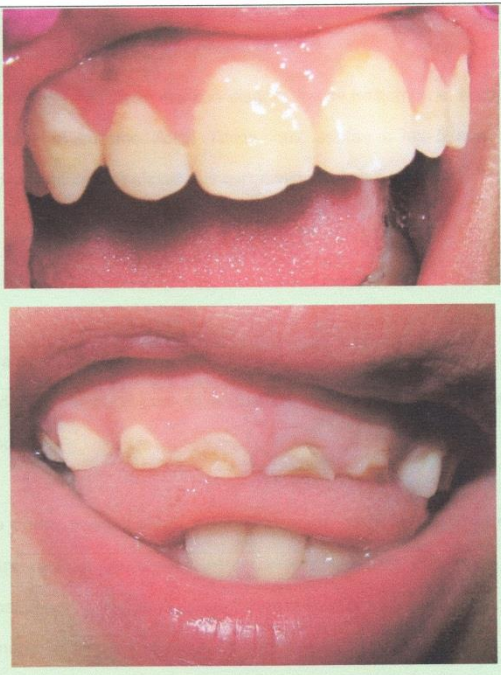
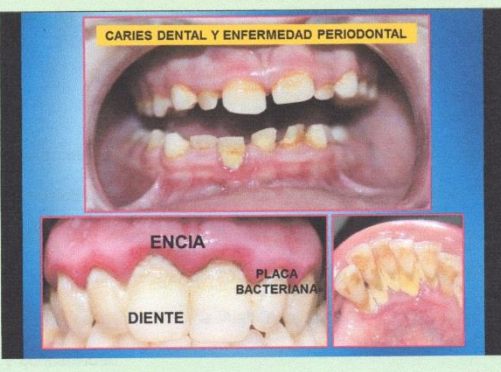
- Especificaciones por cada sesión educativa:

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| Sesión educativa Nro. 01 Salud oral, higiene bucal y biopelícula dental | Imágenes |  |
| | Diapositivas en power point |  |
| | Macromodelo de boca |  |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Sesión educativa Nro. 02:</p> | <p>Cepillo dental, cepillo interproximal hilo dental, limpiador lingual.</p> |  |
| <p>Control mecánico de la placa supragingival</p> | <p>Diapositivas en power point</p> |  |
| | <p>Macromodelo de boca</p> |  |

| | | |
|--|--|---|
| <p>Sesión educativa Nro. 03:</p> | <p>Dentífrico de distintas marcas y concentraciones, colutorio bucal</p> |  |
| <p>Control químico de la placa supragingival</p> | <p>Diapositivas en power point</p> |   |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| | Pictogramas |  |
| | Alimentos cariogénicos y alimentos no cariogénicos |  |
| Sesión educativa Nro. 04: | Diapositivas en power point |  |
| Hábitos correctos en Salud oral | Libro sensorial de Higiene oral |  |
| | Storybook "Tengo una cita con el dentista" |  |

| | |
|--|---|
| <p>Sesión educativa Nro. 05: <i>Patología oral</i></p> | <p>Imágenes</p>  |
| <p>Diapositivas en power point</p> |  |



IX. META

Se espera que el 100% de los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna, que asistan a las 5 sesiones educativas de la técnica educativa interactiva eleven sus conocimientos sobre salud oral.

X. EVALUACIÓN

En la técnica educativa interactiva la evaluación tiene como finalidad proporcionar la máxima información posible acerca del estado en el cual se encuentran los padres con respecto al conocimiento sobre higiene bucal.

10.1. Evaluación de conocimiento sobre salud oral antes de la aplicación de la técnica educativa interactiva: En primera instancia se realiza una evaluación del conocimiento sobre salud oral, antes de la aplicación de la técnica educativa interactiva mediante un cuestionario de 20 preguntas con respuestas cerradas, desarrolladas por la Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña y que cumplen los requisitos de validez y confiabilidad.

10.2. Evaluación de conocimiento sobre salud oral después de la aplicación de la técnica educativa interactiva Posteriormente se aplicará una evaluación del conocimiento sobre salud oral, después de la aplicación de la técnica educativa interactiva mediante el mismo cuestionario de 20 preguntas con respuestas cerradas, desarrolladas por la Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña y que cumplen los requisitos de validez y confiabilidad.

XI. SESIONES EDUCATIVAS

SESION EDUCATIVA NRO. 01

1. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. **Título de la sesión:** "SALUD ORAL, HIGIENE BUCAL Y BIOPELICULA DENTAL"

1.2. **Ámbito de estudio:** Centro especializado en autismo Kolob, Tacna.

1.3. **Unidad de estudio:** Padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna.

1.4. **Duración:** 35 minutos.

1.5. **Autor:** Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

2. APRENDIZAJES ESPERADOS:

El padre de familia logra definir salud oral, higiene bucal y biopelícula dental, identifica las zonas de la boca que se deben cepillar, identifica en cuantas caras de la pieza dentaria se puede acumular biopelícula dental.

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE APRENDIZAJE:

| MOMENTO | METODOLOGÍA | TECNICA | ACTIVIDADES | RECURSOS | TIEMPO |
|-------------------|---|--|--|---|-------------|
| INICIO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación, diálogo - Motivación - Recursos auditivos - Recursos impresos. | <ul style="list-style-type: none"> - Motivación: Se muestra una imagen de dientes con presencia de biopelícula dental. - Saberes previos. ¿Saben que es la biopelícula dental? - Conflicto cognitivo: ¿Por qué se forma la biopelícula dental? - Sistematización de la información - Se explicara sobre: <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Definición de salud oral e higiene bucal b. Definición de biopelícula dental. c. Zonas de la boca que se deben cepillar. d. Zonas de la pieza dentaria donde se podría acumular la biopelícula dental. | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Imágenes. | 5 minutos |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Entrevista. - Orientación grupal e individual. - Recursos auditivos. - Recursos audiovisuales. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Metacognición: ¿Qué aprendiste hoy? - Evaluación: Se llenara una ficha de evaluación. - Retroalimentación: <ol style="list-style-type: none"> a. ¿Cuál es la definición de salud oral e higiene bucal? b. ¿Cuál es la definición de biopelícula dental? c. ¿Cuáles son las zonas de la boca que debemos de cepillar? d. ¿En cuántas caras del diente se podría acumular biopelícula dental? | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Diapositivas en proyector multimedia. - Macromodelo de boca. | 15 minutos. |
| CIERRE | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Diálogo. - Orientación grupal e individual. - Recursos auditivos. - Recursos audiovisuales. - Recursos impresos. | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Ficha de evaluación. - Diapositivas en proyector multimedia. | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Ficha de evaluación. - Diapositivas en proyector multimedia. | 15 minutos. |

4. CONTENIDOS DE LA SESION EDUCATIVA NRO. 01: "SALUD ORAL, HIGIENE BUCAL Y BIOPELICULA DENTAL"

Salud Oral:

Es la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal.¹¹

Higiene Bucal:

La real academia española define higiene como "la parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de salud y la prevención de enfermedades", define el termino oral como "perteneciente o relativo a la boca" y define bucal como "perteneciente o relativo a la boca".²³ La higiene oral es definida como aquellas medidas de control de placa personalizada, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, que también incluyen la limpieza de la lengua y el mantenimiento de los tejidos y estructuras dentarias. Consiste en la combinación de medidas físicas y químicas para controlar la formación de la placa bacteriana.¹²

Biopelícula dental

En la cavidad bucal, los depósitos bacterianos han sido denominados placa dental o placa bacteriana. Los productos de la dieta disueltos en la saliva son una fuente importante de nutrientes para las bacterias de la placa bacteriana. Inmediatamente después de la inmersión de las superficies duras no descalcificadas en el medio líquido de la cavidad bucal, la adsorción de las macromoléculas lleva a la formación de una biopelícula. El termino biopelícula describe la comunidad microbiana relativamente indefinible asociada con una superficie dentaria o con cualquier material duro no descalcificativo. En resumen, la placa dental como depósito microbiano natural representa una verdadera biopelícula compuesta de bacterias en una matriz constituida

principalmente por polímeros bacterianos extracelulares o productos salivales o de exudado gingival.¹³

La composición de la biopelícula oral puede variar debido a la ingesta frecuente de carbohidratos fermentables, particularmente sacarosa. Esta ingesta de carbohidratos altera la ecología de la flora residente bucal, seleccionando aquellas especies más acidogénicas y ácido-tolerantes, que son las responsables de la caries dental.¹⁵ La coagregación constituye uno de los principales factores de virulencia de las bacterias que posibilita el crecimiento y maduración de la biopelícula, pero esta no solo se establece entre microorganismos de la misma especie; dentro de estas comunidades microbianas pueden habitar virus, hongos, protozoos, archaeas, entre otros. Los investigadores asumen que aunque se considere a las bacterias como los principales anfitriones de las biopelículas, sus cohabitantes actúan generando condiciones en el ecosistema que proporcionan un entorno favorecedor para que estos microorganismos puedan expresar toda su posibilidad de virulencia.²⁴

Distribución de la biopelícula dental

La cavidad bucal es considerada un ecosistema poblado por organismos diferentes, los cuales coexisten exitosamente en las superficies de los dientes, el surco gingival, la lengua, las amígdalas y las superficies mucosas que revisten toda la boca.²⁴

Básicamente, según su distribución se clasificarían de la siguiente manera:

- *Placa bacteriana supragingival: Definida como la placa dental localizada en el margen gingival o por encima de éste.*
- *Placa bacteriana subgingival: Es considerada la placa dental localizada por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival.¹³*

La distribución de biopelícula dental a nivel de la pieza dentaria, se da a través de sus cinco caras, una vestibular, una palatina o lingual, una mesial, una distal y oclusal en dientes posteriores e incisal en dientes anteriores. Sin embargo, la facilidad para la adhesión y el crecimiento de las bacterias será distinta en las superficies más expuestas a las fuerza de la masticación o al roce de la lengua, los labios o los carrillos, que en las superficies más protegidas, como son los espacios interproximales o el

fondo de la fosas y fisuras de los dientes. Además de las superficies dentarias y las mucosas, hay una localización anatómica de especial interés que es el surco gingival, el cual está formado por una pared dura y otra blanda, estando además en contacto con el fluido crevicular, que influirá en la colonización a este nivel.¹²

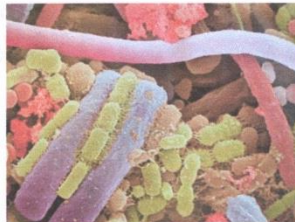


Figura 4. Lo que anteriormente se llamaba placa bacteriana o placa dental, hoy se conocen como Biofilm o biopelícula dental.

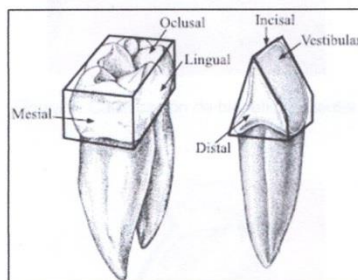


Figura 5. Se observan una pieza anterior y una molar o pieza posterior, y las 5 caras que presentan cada una de ellas.



Figura 6. La biopelícula dental se acumula principalmente en los dientes. También existe acumulación de placa bacteriana a nivel de la lengua y surco gingival.

Placa bacteriana en lengua

El dorso de la lengua alberga gran cantidad de microorganismos. Estas bacterias pueden ser fuente de diseminación bacteriana a otras partes de la cavidad bucal, por ejemplo, a las superficies dentales. Por lo tanto, se ha incluido el cepillado lingual como parte de la higiene personal diaria junto con el cepillado y el uso de hilo dental, ya que estas medidas podrían reducir el reservorio potencial de microorganismos que contribuyen a la formación de la placa (Christen y Swanson, 1978).¹⁴

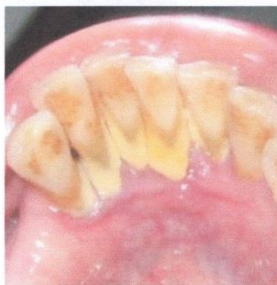


Figura 7. Calcificación de biopelícula dental.



Figura 8. Para la limpieza de la lengua, se puede utilizar el cepillo de dientes o un raspador lingual, como se observa en la imagen.

5. FICHA DE EVALUACIÓN

Evaluación Nro. 01



1. ¿Qué es la biopelícula dental?
2. ¿Qué zonas de la boca, debemos cepillar?
3. ¿En cuántas caras del diente, se puede acumular biopelícula dental?
4. ¿Qué es la higiene bucal?

SESION EDUCATIVA NRO. 02

1. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. **Título de la sesión:** "CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA SUPRAGINGIVAL"

1.2. **Ámbito de estudio:** Centro especializado en autismo Kolob, Tacna.

1.3. **Unidad de estudio:** Padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna.

1.4. **Duración:** 35 minutos.

1.5. **Autor:** Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

2. APRENDIZAJES ESPERADOS:

El padre de familia logra reconocer la utilidad del cepillado dental, realiza una correcta técnica de cepillado dental, identifica elementos para la limpieza interdental, reconoce la función del hilo dental.

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE APRENDIZAJE:

| MOMENTO | METODOLOGÍA | TÉCNICA | ACTIVIDADES | RECURSOS | TIEMPO |
|-------------------|---|--|--|--|-------------|
| INICIO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Diálogo - Motivación - Recursos auditivos. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Motivación: Se muestra un cepillo dental, cepillo interproximal e hilo dental. - Saberes previos. ¿Para qué sirve el cepillo dental? ¿Cómo se usa el hilo dental? - Conflicto cognitivo: ¿Cuál es la importancia de una correcta técnica de cepillado? ¿Qué es la limpieza interdientaria? | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Cepillo dental. - Cepillo interproximal. - Hilo dental. | 5 minutos |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. - Aprendizaje vivencial. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Entrevista. - Orientación grupal e individual. - Recursos auditivos. - Recursos audiovisuales. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Sistematización de la Información - Se explicara sobre: <ul style="list-style-type: none"> a. Utilidad del cepillado dental. b. Técnica correcta de cepillado dental. c. Elementos de limpieza interdientaria. d. Función del hilo dental. | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Diapositivas en proyector multimedia. - Video. - Cepillos dentales. - Cepillos interproximales. - Hilos dentales. - Macromodelo de boca y cepillo dental. - Cepillo dental e hilo dental del padre de familia. | 15 minutos. |
| CIERRE | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Diálogo. - Orientación grupal e individual. - Recursos auditivos. - Recursos audiovisuales. - Recursos impresos. | <ul style="list-style-type: none"> - Metacognición: ¿Qué aprendiste hoy? - Evaluación: Se llenara una ficha de evaluación. - Retroalimentación: <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Cuál es la importancia del cepillado dental? b. ¿Cuál es la técnica correcta de cepillado dental? c. ¿Qué es limpieza interdientaria? d. ¿Cuál es la función del hilo dental? | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Ficha de evaluación. - Diapositivas en proyector multimedia. | 15 minutos. |

4. CONTENIDO DE LASESION EDUCATIVA NRO. 02: "CONTROL MECÁNICO DE LA PLACA SUPRAGINGIVAL"

Placa supragingival:

La placa supragingival queda expuesta a la saliva y a los mecanismos de limpieza natural que existen en la cavidad bucal (autoclisis). Sin embargo, aunque estos mecanismos pueden eliminar los restos de alimento no eliminan la placa bacteriana de manera adecuada, por lo tanto es necesario el cepillado dental y el uso del hilo dental.

Método para el cepillado de dientes:

No hay evidencia científica de la superioridad de una técnica de cepillado sobre otra. La eficacia de la técnica de higiene oral aumenta más con el entendimiento de los factores que la determinan que con los intentos de mejorar los artefactos y métodos. No hay que modificar la técnica que utilice un paciente si el control de placa es efectivo y no se está dañando sus tejidos orales.²⁵

| Propuesta de cepillado según la evolución psicomotriz del niño | | | |
|---|--|--|--------------------|
| De 0-3 años | De 4 a 7 años | De 8 a 14 años | Mayores de 15 años |
| Padres: Técnica de Starkey. Hijos: Técnica Horizontal o de Zapatero. | Padres: Técnica de Starkey. Hijos: Técnica del Rojo al Blanco | Técnica de deslizamiento y/o Técnica rotatoria | Técnica de Bass. |

Tabla 01: Elaboración propia

Limpieza interdientaria

Los términos interproximal e interdental/interdentario pueden intercambiarse y se refieren al área que se encuentra por debajo del punto de contacto. Se han utilizado numerosos métodos de higiene interdental desde el hilo dental hasta auxiliares de higiene eléctricos o cepillos interproximales. El hilo dental es el método universal de

higiene interdental, dado que puede aplicarse con eficacia en casi todas las situaciones clínicas. Sin embargo cuando se recomienda un método de higiene interdental deben considerarse factores como el contorno y la consistencia de los tejidos gingivales, el tamaño de la tronera interproximal, la posición y el alineado dentario, y la capacidad y motivación del paciente. En las personas con contornos y troneras gingivales normales, se recomendará el hilo o la cinta dental. En espacios interproximales abiertos y superficies radiculares expuestas deberán recomendarse métodos alternativos ya sean palillos o cepillos interproximales, se sugiere que sea el odontólogo quien recomiende el utensilio de limpieza interdental más apropiado para cada paciente, según sus propias características anatómicas y fisiológicas.¹⁴

Hilo dental

Los estudios clínicos demuestran que cuando el cepillado dental se realiza junto con el uso del hilo dental se elimina más placa de las superficies proximales que si se cepillara solamente (Reitman y col., 1980; Kinane y col., 1992). Cuando se los utiliza correctamente eliminan hasta el 80% de la placa proximal. Incluso hasta la placa subgingival puede ser eliminada, ya que el hilo dental puede introducirse hasta 2-3, 5 mm por debajo del extremo superior de la papila (Waerhaug, 1981).¹⁴ Para personas con problemas de destrezas, discapacitada física o mental y en niños preescolares y escolares, se debe indicar el uso de dispositivos como porta hilos, los cuales mantienen tenso el hilo mientras se pasa a través del punto de contacto entre los dientes, esta actividad debe ser realizada por el paciente o cuidador, guiado por la consejería y monitoreo del odontólogo a la auxiliar en salud oral.²⁶



Figura 9. Porta hilo dental.

Limpieza dental en personas con T.E.A.:

El cepillado en niños y personas con T.E.A. va a variar y a ser individual, se sugiere atención con un especialista en Odontopediatría. Por otro lado según datos bibliográficos y según lo observado, daremos las siguientes sugerencias, dividiendo a las personas con T.E.A. en grupos, según edad y severidad:

| Indicaciones para el control mecánico de la placa supragingival en pacientes con T.E.A. |
|---|
| 1. En caso de que el niño no esté familiarizado con el hábito del cepillado de dientes, empezar introduciendo este hábito con ayuda de: <ul style="list-style-type: none">- Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación en niños pequeños.- Historias sociales en niños más grandes |
| 2. Fijarse de que la deglución sea la correcta y que pueda escupir de manera correcta, de lo contrario acudir a un fonoaudiólogo. |
| 3. Si puede escupir: realizar el cepillado con pasta dental de mínimo 1000 ppm de flúor, escupir el exceso. No enjuagar con agua. |
| 4. Si no puede escupir correctamente: Fortalecer la musculatura con ayuda de terapias con el fonoaudiólogo e ir aumentando la cantidad de pasta dental, según vaya mejorando el deglución y la acción de escupir del niño. |
| 5. La cantidad de pasta dental es de medio granito de arroz para 1 año de edad; un grano de arroz para 2 años y una alverjita de 3 años en adelante. |
| 6. El cepillado es mínimo dos veces al día (al despertarse y antes de irse a dormir) El hilo dental se usa al menos 1 vez al día (antes de irse a dormir) |
| 7. A continuación presentación una secuencia de un método de enseñanza para poder enseñar a cepillar los dientes, a aquellos niños que aún no tienen el hábito de cepillarse los dientes. |



Figura 10. Primero se debe enseñar a conocer los utensilios de higiene oral, esto mediante pictogramas, como se observa en la imagen.



Figura 11. El niño observa primero el pictograma (imagen visual) y luego de asimilarlo se le presenta el objeto (imagen en físico)



Figura 12. El niño observa primero el pictograma (imagen visual) y luego de asimilarlo se le presenta el objeto (imagen en físico)

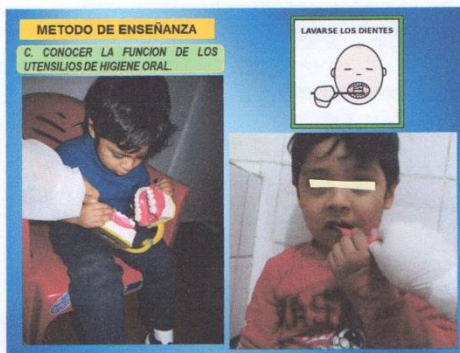


Figura 16. En tercer lugar, se le debe enseñar al niño a conocer la función de los objetos de higiene oral, esto lo realizaremos mediante macromodelos o juguetes de dientes y bocas con ayuda de un cepillo que solo cumpla esa función.



Figura 17. Se puede observar como el niño aprende y comprende la función e importancia del cepillo de diente jugando y de manera divertida.



Figura 18. En cuarto lugar se procede a realizar un plan secuenciado motor.



Figura 19. El plan secuenciado motor es una serie de pasos en pictogramas numerados que se colocan en el baño, en el caso del plan secuenciado motor de higiene oral.



Figura 20. Acompañamos al niño y paso por paso, se realizan las acciones de cepillado de dientes, siguiendo el orden numérico.

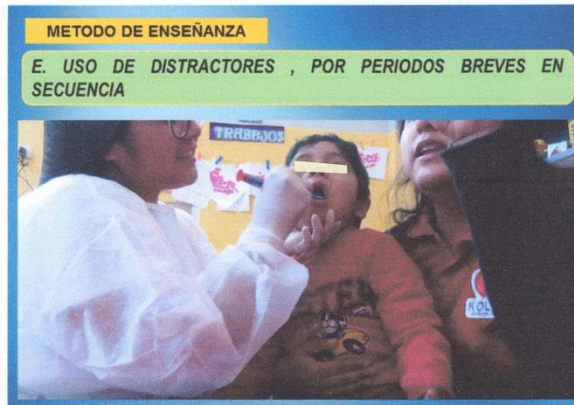


Figura 21. Es muy importante realizar estas acciones, con ayuda de distractores, en la imagen se observa que el niño está prestando atención a un juguete ajeno al cepillado dental. Muchas veces el cepillado efectivo se realizara entre dos personas como se observa en la imagen.

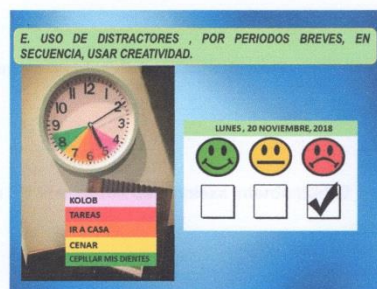


Figura 22. Se puede utilizar la creatividad como pintar relojes cerca al baño para que el niño se ubique en tiempo-espacio, y espere con buena voluntad la hora de cepillarse los dientes.



Figura 23. Se puede hacer uso de calendarios por días que el niño se cepilla y días que no se cepilla, acordando con el niño, un premio si participa de manera voluntaria.

5. FICHA DE EVALUACIÓN

Evaluación Nro. 02



1. ¿Para qué sirve el cepillado de los dientes?
2. ¿Cuál es la mejor técnica de cepillado dental?
3. ¿Cuáles son los elementos de limpieza interdental?
4. ¿Cuál es la función del hilo dental?

SESION EDUCATIVA NRO. 03

1. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. **Título de la sesión:** "CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA SUPRAGINGIVAL"

1.2. **Ámbito de estudio:** Centro especializado en autismo Kolob, Tacna.

1.3. **Unidad de estudio:** Padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna.

1.4. **Duración:** 35 minutos.

1.5. **Autor:** Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

2. APRENDIZAJES ESPERADOS:

El padre de familia logra reconocer la función del flúor, identifica las características adecuadas de un buen dentífrico, y reconoce las indicaciones de un colutorio bucal.

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE APRENDIZAJE:

| MOMENTO | METODOLOGÍA | TECNICA | ACTIVIDADES | RECURSOS | TIEMPO |
|-------------------|---|--|---|--|-------------|
| INICIO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Diálogo. - Motivación. - Recursos auditivos. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Motivación: Se muestra un dentífrico y un colutorio bucal. - Saberes previos. Al comprar un dentífrico ¿Qué observamos en él? - Conflicto cognitivo: ¿Cuáles son las características que deben poseer, un dentífrico correcto? ¿Qué indicaciones tiene un colutorio bucal? | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Dentífrico. - Colutorio bucal. | 5 minutos |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. - Aprendizaje vivencial. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Entrevista. - Orientación grupal e individual. - Recursos auditivos. - Recursos audiovisuales. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Sistematización de la información - Se explicara sobre: <ul style="list-style-type: none"> a. Función del fluor. b. Características adecuadas de un dentífrico. c. Indicaciones de un colutorio bucal. | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Diapositivas en proyector multimedia. - Dentífrico. - Colutorio bucal. - Dentífrico y colutorio del padre de familia. | 15 minutos. |
| CIERRE | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Diálogo. - Orientación grupal e individual. - Recursos auditivos. - Recursos audiovisuales. - Recursos impresos. | <ul style="list-style-type: none"> - Metacognición: ¿Qué aprendiste hoy? - Evaluación: Se llenara una ficha de evaluación. - Retroalimentación: <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Cual es la función del fluor, con respecto a la higiene bucal? b. ¿Cuáles son las características adecuadas de un buen dentífrico? c. ¿Cuáles son las indicaciones de un colutorio bucal? | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Diapositivas en proyector multimedia. - Ficha de evaluación. | 15 minutos. |

4. CONTENIDO DE LA SESION EDUCATIVA NRO. 03: "CONTROL QUÍMICO DE LA PLACA SUPRAGINGIVAL"

El concepto de control químico de la placa puede ser justificado como recurso para superar insuficiencias de la limpieza mecánica.²⁷

Flúor y biopelícula

La acción antibacteriana del flúor puede llegar a estratificarse en tres niveles definidos: alteración metabólica, alteración de crecimiento y reproducción y, por último, muerte celular. el flúor actúa a nivel del esmalte del diente en dos fases: preeruptiva posteruptiva, en resumen, podemos concluir que su efecto más importante sobre las bacterias de la biopelícula, es el posteruptivo, durante las reacciones de desmineralización y remineralización en la interfase diente-biopelícula, que lejos de ser una superficie inerte es una zona muy activa químicamente.²⁸

Uso de pasta dental fluorada

Actualmente se acepta que la incorporación de la pasta dental fluorada en los hábitos de higiene oral diaria ha sido la verdadera responsable de la reducción en la prevalencia de caries dental en el mundo. Por ello, los niños y niñas que no estén utilizando pastas dentales fluoradas no reciben estos beneficios preventivos. A partir del año 2003, a raíz de la publicación de múltiples revisiones sistemáticas [Marinho 2003, Tewtman 2003, Walsh 2010, Wong 2010, Santos/Nadanovsky 2013], la evidencia científica es contundente en relación a la efectividad de las pastas dentales con concentraciones de ≥ 1000 partes por millón (ppm) de flúor en la reducción de caries, tanto en la dentición permanente como en la primaria. En relación al riesgo de fluorosis, la evidencia indica que cepillarse con pastas de baja concentración de flúor (< 600 ppm) no disminuye el riesgo de fluorosis, pero sí aumenta significativamente el riesgo de caries dental [Santos/Oliveira 2013]. Por ello, en los niños y niñas de hasta 3 años no se debe colocar más que un "granito de arroz" o "raspadita". Para niños y niñas mayores de 3 años (a cuya edad hay mayor capacidad para escupir y menor riesgo de tragarse la pasta), se sugiere una cantidad de pasta tamaño "alverjita".²⁹

Colutorio bucal

A pesar de la naturaleza ideal de la pasta dentífrica como vehículo, la mayor parte de los agentes para control químico de la placa fueron evaluados y luego formulados en colutorios. Estos varían en cuanto a sus componentes, pero son menos complejos que los dentífricos. Dentro de los agentes para el control químico de placa, Los agentes antimicrobianos eficaces poseen acción prolongada persistente en la boca (sustantividad). Se recomienda su uso solo cuando el odontólogo lo receta. Hasta hoy, la clorhexidina es el agente antiplaca más eficiente.²⁷ Usos clínicos de la clorhexidina:

- Cómo auxiliar para la higiene bucal y la profilaxis profesional.
- Uso bucal posquirúrgico, incluso después de cirugía periodontal o alisado radicular.
- Para pacientes con fijación intermaxilar.
- Para beneficiar la higiene bucal y la salud gingival en discapacitados mentales y físicos.
- Individuos con compromiso de la salud general y predisposición para infecciones bucales.
- Pacientes con alto riesgo de caries.
- Ulceración bucal recurrente.
- Usuarios de aparatos ortodóncicos fijos o removibles.
- Uso en estomatitis por prótesis.
- Enjuague e irrigación preoperatorios inmediatos.
- Irrigación subgingival.²⁷

Indicaciones para el control químico de la placa supragingival en pacientes con T.E.A.

1. En caso de que el niño no esté familiarizado con el hábito del cepillado de dientes, empezar introduciendo este hábito con ayuda de:
 - Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación en niños pequeños.
 - Historias sociales en niños más grandes
2. Fijarse de que la deglución sea la correcta y que pueda escupir de manera correcta, de lo contrario acudir a un fonoaudiólogo.
3. Si puede escupir: realizar el cepillado con pasta dental de mínimo 1000 ppm de flúor, escupir el exceso. No enjuagar con agua.
4. Si no puede escupir correctamente: Fortalecer la musculatura con ayuda de terapias con el fonoaudiólogo e ir aumentando la cantidad de pasta dental, según vaya mejorando el deglución y la acción de escupir del niño.
5. La cantidad de pasta dental es de medio granito de arroz para 1 año de edad; un grano de arroz para 2 años y una alverjita de 3 años en adelante.
6. El cepillado es mínimo dos veces al día (al despertarse y antes de irse a dormir) El hilo dental se usa al menos 1 vez al día (antes de irse a dormir)
7. Después de cepillarse los dientes, solo se debe escupir la totalidad de exceso de pasta dental y saliva, más NO debe enjuagarse con agua. Solo se escupe, no se enjuaga con agua.



Figura 24. Tamaño adecuado de porción del dentífrico en el cepillo dental infantil. En Niños de 1 año: una raspada; Niños de 2 años: un grano de arroz; Niños de 3 años a más: una alverjita. Mayores de 3 años se utiliza la cantidad de 1 alverjita y media.

5. FICHA DE EVALUACIÓN

Evaluación Nro. 03



1. ¿Cuál es la función del flúor?

2. ¿Cuál es la cantidad de flúor que debe tener una pasta dental para que tenga un efecto preventivo sobre la caries?

3. ¿Cuáles son las indicaciones de colutorio bucal?

SESION EDUCATIVA NRO. 04

1. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. **Título de la sesión:** "HÁBITOS CORRECTOS EN SALUD ORAL"

1.2. **Ámbito de estudio:** Centro especializado en autismo Kolob, Tacna.

1.3. **Unidad de estudio:** Padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna.

1.4. **Duración:** 35 minutos.

1.5. **Autor:** Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

2. APRENDIZAJES ESPERADOS:

El padre de familia identifica los momentos correctos de cepillado dental, reconoce la importancia de visitas periódicas al dentista, reconoce el tiempo adecuado de un correcto cepillado dental, identifica la importancia de evitar el agua durante y después del cepillado dental, reconoce la edad para empezar a utilizar el hilo dental y logra definir "azúcar libre"

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE APRENDIZAJE:

| MOMENTO | METODOLOGIA | TECNICA | ACTIVIDADES | RECURSOS | TIEMPO |
|------------|---|---|---|--|-------------|
| INICIO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Diálogo - Motivación - Recursos auditivos. - Recursos impresos. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Motivación. Se presenta alimentos cariogénicos al padre de familia. - Saberes previos. ¿Sabem que es un alimento cariogénico? - ¿Cuándo es la primera visita al dentista? - Conflicto cognitivo: ¿Qué hábitos correctos o dañinos influyen en la higiene bucal? | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Imágenes. - Paquetes de galletas. - Caramelos. - Leche. - Zumo de frutas. - Azúcar. | 5 minutos |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. - Aprendizaje vivencial. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Entrevista. - Orientación individual. - Recursos auditivos. - Recursos impresos. - Recursos audiovisuales. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Sistematización de la información - Se explicara sobre: <ol style="list-style-type: none"> Momentos correctos para el cepillado dental. Tiempo adecuado de un correcto cepillado dental. Edad adecuada para empezar a utilizar el hilo dental. Importancia de evitar el sigua durante y después del cepillado dental. Importancia de visitas periódicas al dentista. Definición de azúcar libre. | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Pictogramas. - Diapositivas en proyector multimedia. - Paquetes de galletas. - Caramelos. - Leche. - Zumo de frutas - Azúcar. Gaseosa. - Libro sensorial de Higiene oral. - Storybook "Tengo una cita con el dentista" | 15 minutos. |
| CIERRE | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Diálogo. - Orientación individual. - Recursos auditivos. - Recursos impresos. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Metacognición: ¿Qué aprendiste hoy? - Evaluación: Se llenara una ficha de observación. - Retroalimentación: <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuándo es más importante cepillarse los dientes? Como mínimo ¿Cuánto tiempo debe durar un correcto cepillado? ¿A partir de qué edad se empieza a utilizar el hilo dental? Durante o después del cepillado dental ¿Es necesario enjuagarse con agua? ¿Cuál es la importancia de las visitas periódicas al dentista? ¿Qué es azúcar libre? | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Imágenes. - Ficha de evaluación. | 15 minutos. |

4. CONTENIDO DE LA SESION EDUCATIVA NRO. 04: "HÁBITOS CORRECTOS EN SALUD ORAL"

La real academia española, define "hábito" como "modo especial de proceder o conducirse, adquirido por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas".²³

Características de un correcto cepillado dental y uso del hilo dental

Los beneficios anti-caries de la pasta dental fluorada se potencian si el cepillado dental es supervisado [Marinho 2003, Twetman 2003] y si se realiza al menos 2 veces al día [Kumar 2016]. Para maximizar el efecto preventivo de la pasta dental, se sugiere que el niño no se enjuague con agua durante o después del cepillado, sino que sólo escupa el exceso [Toolkit 2014].²⁹

El tiempo de cepillado recomendado es de 2 minutos para obtener una adecuada remoción de placa bacteriana. La eficacia de los cepillos dentales en la remoción de placa bacteriana está determinada por factores como el tiempo de cepillado, la presión ejercida, la destreza del paciente, motivación, técnica y diseño del cepillo. Esta indicado el primer cepillado del día antes de consumir alimento, para interrumpir la actividad metabólica de la placa bacteriana y un cepillado nocturno para inhibirla.³⁰ Cuando se cierran los espacios entre los molares (hacia los 3 años), se debe pasar el hilo dental antes del cepillado nocturno.³¹

Visitas periódicas al dentista

Cobra vital importancia la visita odontológica antes del primer año de vida para valorar el riesgo de caries, así como para explicar a los padres las medidas de prevención de la caries dental. Los niños y niñas que acuden tempranamente al odontólogo tiene más probabilidades de recibir cuidados orales apropiados ya que la visita odontológica precoz provee una excelente oportunidad para educar a los padres (antes de que aparezca el problema) y de reducir el riesgo del niño a enfermedades bucales. Es por ello que todas las academias científicas internacionales recomiendan la primera visita dental de un niño durante el primer año de vida.³¹

Azúcar libre

Los azúcares libres incluyen los monosacáridos y los disacáridos añadidos a los alimentos y las bebidas por el fabricante, el cocinero o el consumidor, más los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes, los jugos de frutas y los concentrados de jugos de frutas. La Organización Mundial de la Salud OMS recomienda una ingesta reducida de azúcares libres a lo largo de toda la vida. Tanto en adultos como en niños, la OMS recomienda reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total.¹⁷



Figura 25. Las gaseosas, bebidas azucaradas, zumos o jugos de fruta o bebidas energizantes son bebidas altamente cariogénicas.



Figura 26. Pan, postres, alimentos refinados, altamente cariogénicos.



Figura 27. Jarabes, ketchup o zumos de frutas concentrados, son ejemplos de alimentos ricos en azúcar.

Indicaciones para mejorar los hábitos en higiene bucal en pacientes con T.E.A.

1. Los padres y responsables deben de elegir, planificar y ejecutar las acciones de higiene bucal, como rituales, es decir a la misma hora todos los días, y avisarles a los pequeños que a una hora determinada o en un momento determinado se realizara el cepillado dental.
2. Al momento del ritual del cepillado dental, de ser posible la mamá o el papá debe de cepillarse los dientes primero, para dar el ejemplo a su hijo.
3. Se recomienda la presencia de un espejo, en el cual el niño se pueda visualizar cepillándose los dientes, de manera que tendrá una doble imagen espejo.
4. El cepillado es mínimo dos veces al día (al despertarse y antes de irse a dormir) El hilo dental se usa al menos 1 vez al día (antes de irse a dormir)
5. Después de cepillarse los dientes, solo se debe escupir la totalidad de exceso de pasta dental y saliva, más NO debe enjuagarse con agua. Solo se escupe.
6. La primera visita con el Odontopediatra es cuando aparezca el primer diente de leche, a los 6 meses aproximadamente.
7. Siempre se debe acudir a utilizar pictogramas, para un mejor entendimiento de los niños o personas con T.E.A. ya que ellos, son pensadores visuales, también se pueden usar libros sensoriales, es decir que tengan relieve y una mayor dinámica.
8. En el caso de adolescentes, pueden funcionar también las historias sociales, en donde se explica a manera de historietas, una historia donde una persona asiste a un consultorio dental.



Figura 28. Al momento de realizar las acciones de higiene bucal, presentarle al niño la ayuda de un espejo, para que pueda visualizarse y guarde una doble imagen visual de la actividad.

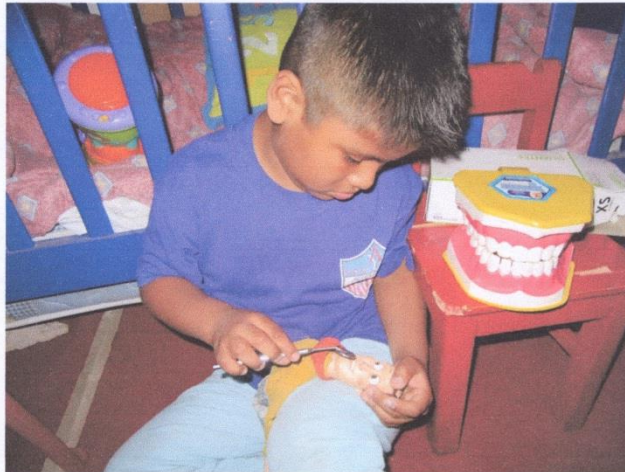


Figura 29. Siempre presentar las actividades de higiene bucal como un juego para el niño, con ayuda de juguetes, sin presionarlos, con paciencia y mucho amor.



Figura 30. Libro sensorial de higiene bucal, el cual tiene figuras a relieve para una mejor dinámica y didáctica con el lector.

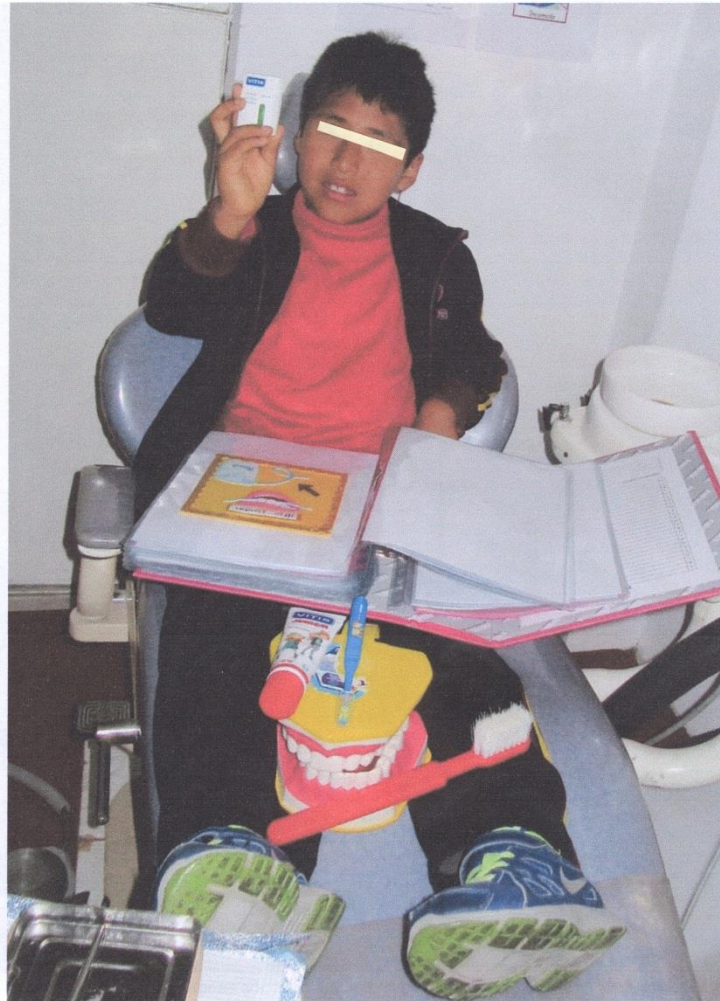


Figura 31. Los libros sensoriales, son como se observa en la imagen, hojas con pictogramas o dibujos grandes a relieve, que brinden al niño una experiencia sensorial y en el cual existan actividades guiadas que el niño pueda realizar.

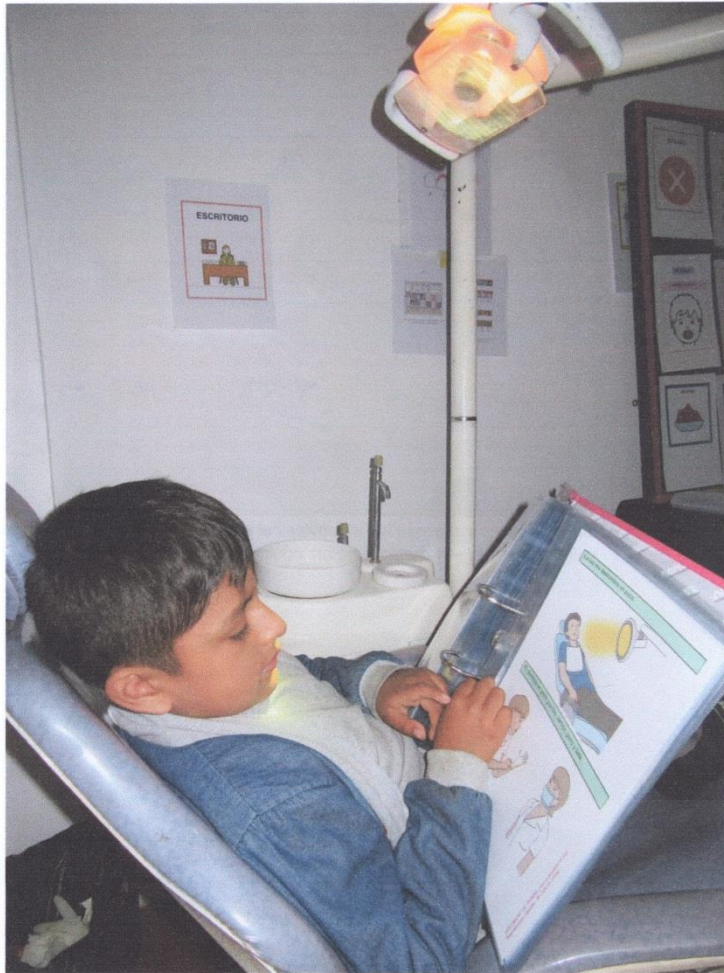


Figura 32. Las historias sociales, son historietas en donde se explica mediante dibujos una situación social (como la visita al odontólogo) que el niño con T.E.A. va a realizar. En la imagen se observa como el niño ve una imagen con un paciente recostado en el sillón dental y una luz que se dirige hacia su rostro, al igual que está sucediendo en ese momento en la vida real.

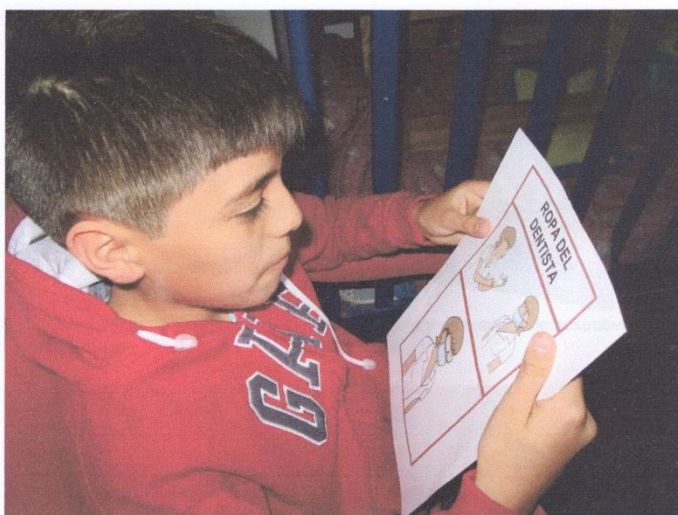


Figura 33. Los pictogramas de la vestimenta del dentista, para que cuando el niño vea al profesional odontólogo, no se asombre y le sea más familiar.



Figura 34. Los pictogramas que muestran la imagen de un dentista, son de ayuda, para que el niño vea al profesional odontólogo de manera familiar.

Figura 37. Los instrumentos dentales deben ser presentados de manera gráfica con pictogramas después en foto, primero los instrumentos de menor complejidad, después los de punta roma.



Figura 35. Es importante actuar con calma, paciencia y de manera demostrativa con un niño con T.E.A.



Figura 36. Es importante recordar que las texturas de los guantes pueden causar alteraciones en una persona con T.E.A. por lo cual se debe estar preparado para ello y actuar con calma.



Figura 37. Los instrumentos dentales deben ser presentados de preferencia, primero en pictograma y después en físico, primero los instrumentos de extremos redondeados y después los de punta roma.

5. FICHA DE EVALUACIÓN

Evaluación Nro. 04



1. ¿Cuándo es más importante cepillarse los dientes?
2. Como mínimo ¿Cuánto tiempo debe durar un correcto cepillado?
3. ¿A partir de qué edad se empieza a utilizar el hilo dental?
4. Durante o después del cepillado dental ¿Es necesario enjuagarse con agua?
5. ¿Cuál es la importancia de las visitas periódicas al dentista?
6. ¿Qué es azúcar libre?

SESION EDUCATIVA NRO. 05

1. DATOS INFORMATIVOS:

1.1. **Título de la sesión:** "PATOLOGIA ORAL"

1.2. **Ámbito de estudio:** Centro especializado en autismo Kolob, Tacna.

1.3. **Unidad de estudio:** Padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna.

1.4. **Duración:** 35 minutos.

1.5. **Autor:** Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

2. APRENDIZAJES ESPERADOS:

El padre de familia identifica la patología bucal relacionada con una deficiente higiene bucal. Logra definir enfermedad periodontal y caries dental.

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE APRENDIZAJE:

| MOMENTO | METODOLOGÍA | TECNICA | ACTIVIDADES | RECURSOS | TIEMPO |
|-------------------|---|--|---|---|-------------|
| INICIO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación - Dialogo - Motivación - Recursos auditivos. - Recursos impresos. - Recursos realistas. | <ul style="list-style-type: none"> - Motivación: Se presenta imágenes de caries y enfermedad periodontal. - Saberes previos. ¿Qué enfermedades ocasiona una deficiente higiene bucal? - Conflicto cognitivo: ¿Qué es la caries? ¿Qué es enfermedad periodontal? - Sistematización de la Información | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Imágenes. | 5 minutos |
| DESARROLLO | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Entrevista. - Orientación individual. - Recursos auditivos. - Recursos impresos. - Recursos audiovisuales. | <ul style="list-style-type: none"> - Se explicara sobre: <ul style="list-style-type: none"> a. Patología bucal relacionada con una deficiente higiene bucal. b. Definición de caries dental. c. Definición de enfermedad periodontal. | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Imágenes. - Diapositivas en proyector multimedia. | 15 minutos. |
| CIERRE | <ul style="list-style-type: none"> - Metodologías activas. - Recursos didácticos. | <ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Dialogo. - Orientación individual. - Recursos auditivos. - Recursos impresos. | <ul style="list-style-type: none"> - Metacognición: ¿Qué aprendiste hoy? - Evaluación: Se llenara una ficha de observación. - Retroalimentación: <ul style="list-style-type: none"> a. ¿Cuál es la patología relacionada con una deficiente higiene bucal? b. ¿Qué es la caries dental? c. ¿Qué es enfermedad periodontal? | <ul style="list-style-type: none"> - Voz. - Imágenes. - Ficha de evaluación. - Triptico final de higiene bucal. | 15 minutos. |

4. CONTENIDO DE LA SESION EDUCATIVA NRO. 05: "PATOLOGÍA ORAL"

Patología oral

En 1994, el Profesor de la Universidad de Leeds, Philip D Marsh propuso la teoría ecológica de la placa. En la cual se considera que el biofilm siempre está metabólicamente activo y que siempre está presente en la cavidad bucal de las personas. La teoría ecológica de la caries dental propone que la caries es una consecuencia del cambio en el ambiente intraoral que altera la homeostasis de la microflora residente oral y el hospedero. A través de la fermentación de los carbohidratos, estas bacterias pueden producir ácidos que provocan la desmineralización del esmalte. Sin embargo, los mecanismos homeostáticos como la saliva y el mismo biofilm son capaces de regular el pH, recuperándose de esta baja transitoria del pH. Este ciclo es ubicuo y normal en la placa supragingival. Sin embargo, si ocurre un cambio prolongado en el ambiente oral, como una baja de pH producto de la ingesta de carbohidratos o una disminución del flujo salival, entonces sucede un cambio en la composición del biofilm. Es así como ahora sabemos que la caries dental ocurre a consecuencia del cambio en la composición del biofilm oral provocado por la ingesta frecuente de carbohidratos fermentables, particularmente sacarosa.¹⁵

El papel del biofilm dental, en la etiología de la gingivitis y periodontitis está bien establecido y ha sido analizado y comprobado a detalle. El estudio principal de Loe y col. (1965) demostró con claridad que la inflamación gingival se produce indudablemente después de la acumulación de la placa y que su eliminación puede revertir este proceso.¹⁴

Definición de caries dental

La caries dental es una enfermedad infecciosa, transmisible de los dientes, de etiología multifactorial que consiste en un proceso dinámico de desmineralización-remineralización que involucra la interacción entre el calcio y fósforo, las estructuras dentales y la saliva, en función de ácidos producidos por la fermentación de los carbohidratos por acción de los microorganismos orales.³²

Definición de enfermedad periodontal.

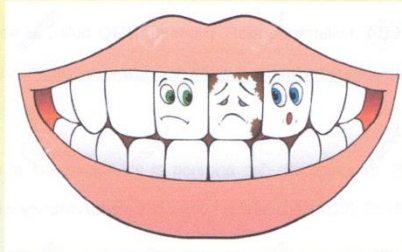
Las enfermedades periodontales son infecciones causadas por microorganismos que colonizan la superficie dentaria en el margen gingival o por debajo de él.³³

Caries dental y Enfermedad periodontal en pacientes con T.E.A.

1. Según diversos estudios, la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en personas con T.E.A. es similar al de las personas sin T.E.A.
2. En las personas con T.E.A. presentan, en su mayoría, mayor cantidad de biopelícula dental, debido a una incorrecta técnica de cepillado, por alteraciones en la psicomotricidad y desarrollo cognitivo del niño.
3. Los cepillos eléctricos, están recomendados, solo si el niño, no presenta hipersensibilidad auditiva.

5. FICHA DE EVALUACIÓN

Evaluación Nro. 05



1. ¿Con que enfermedades está relacionada una mala higiene bucal?
2. ¿Qué es la caries dental?
3. ¿Qué es la enfermedad periodontal?

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. American Psychiatric Association. *Criterios y códigos diagnósticos. Trastornos del neurodesarrollo*. En: American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5.ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. pp. 31-86.
2. Organización mundial de la Salud OMS [Internet]. Nota informativa, Abril 2017. [Citado: 2018 Junio 10]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
3. Consejo Nacional para la Integración de la persona con discapacidad. Plan Nacional para la persona con Trastorno del Espectro Autista 2019-2021. Lima: CONADIS; 2019
4. Kramer S. *Generalidades de Discapacidad y Odontología*. En: Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS), Manual de cuidados especiales en Odontología. Atención Odontológica de Personas en Situación de Discapacidad que requieren Cuidados Especiales en Salud. Santiago: SENADIS; 2015. pp.9-16.
5. Cuenca E. *Principios de la prevención y promoción de la salud en odontología*. En: Cuenca E, Baca P. Odontología preventiva y comunitaria. 3.ª ed. Madrid: Masson Elsevier; 2005. pp.1-17.
6. Inocente-Díaz ME, Pachas-Barrionuevo FM. Educación para la Salud en Odontología. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22(4): 232-241.
7. Castro CL, Rafael MJ, Chunga J, Vargas N. Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre loncheras en madres de preescolares 2008. Revista Peruana Enfermería investigación y desarrollo. 2013; 11(2): 24-33.
8. Espinoza EM, Pachas FdM. Programas preventivos promocionales de salud bucal en el Perú. Revista Estomatológica Herediana, 2013, 23(2): 101-108.

9. Cabellos DA. Relación entre el Conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para optar el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
10. Supo JA. Seminarios de Investigación Científica. 2ª ed. Lima: Createspace Independent Publishing Platform; 2014.
11. Observatorio Nacional de la Discapacidad. Informe temático N° 3 "Situación de las personas con Trastornos del Espectro Autista en el Perú" [Internet]. Lima: Consejo Nacional de Integración para las Personas con Discapacidad; 2016 [citado 2018 septiembre 20]. Disponible en: <http://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/index.php/informacion-de-base/infornes/nacional/tematicos/328-informe-tematico-3-situacion-de-las-personas-con-trastornos-del-espectro-autista-en-el-peru.html>
12. Secretaria distrital de salud. Institución Universitaria colegios de Colombia UNICOC. Guía de Práctica Clínica en Salud Oral. Bogotá: Secretaria distrital de Salud; 2010.
13. Lang NP, Mombelli A, Attstrom R. *Placa dental y cálculos*. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 4.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 85-108.
14. Echeverría JJ, Sanz M. *Control mecánico de la placa supragingival*. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 4.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 471-486.
15. Uribe S. Hacia un nuevo modelo del rol del Biofilm en la caries dental y salud oral: Estrategias basadas en evidencias [Internet]. Revista Oral-B News América Latina; 2015 [citado: 2018 Junio 10]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275891656_EL_nuevo_rol_del_biofilm_en_la_caries_dental_al_un_enfoque_basado_en_evidencias.

16. Abdallah EA, Metwalli NE, Badran. Efectividad de un programa educativo y preventivo en Salud Oral para mejorar el Conocimiento y prácticas de higiene oral en un grupo de niños autistas egipcios y sus padres. *Future Dental Journal*, 2018; 4(1): 23-29.
17. Organización mundial de la Salud. Directriz: Ingesta de azúcares para adultos y niños: resumen. [Publicación periódica en línea] 2015. [Citado: 2018 Mayo 10]; WHO/NMH/NHD/15.2:[8 pp]. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/154587>
18. Pinto da Silva LC, Siqueira D. *Manejo de pacientes con necesidades especiales* En: Asociación Latinoamericana de Odontopediatría, Manual de referencia para procedimientos clínicos en Odontopediatría. Sao Paulo: Livraria Santos Editora Ltda.; 2014. p.272-273.
19. Caballero R. Efecto del programa "Fortaleciendo mis roles paternos" en las actitudes de las familias (padres) de hijos con habilidades diferentes del centro ASPADIS, Huánuco, 2016. [Trabajo de investigación para optar el título profesional de licenciada en Psicología]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2016.
20. Díaz WK, Paz LA. Programa educativo "ECOVIDA" para mejorar la educación ambiental en los alumnos de cuarto grado de educación primaria de la I.E.P.E.Gran Unidad Escolar "José Faustino Sánchez Carrión", de la ciudad de Trujillo, 2014. [Trabajo de investigación para optar el título Licenciado en Educación Primaria]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
21. Tello MC. El uso de los recursos didácticos utilizados por los docentes del CEBE FAP OMG en la enseñanza de habilidades comunicativas a los niños con trastorno del espectro autista en el área de comunicación. [Trabajo de investigación para optar el título Licenciado en Educación con especialidad en Educación para el Desarrollo]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017.
22. Organization World Health. Pan American Health Organization. Proceso vivencial de aprendizaje [Internet]. [citado: 22 de Mayo de 2018]. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10903:2015-proceso-vivencial-aprendizaje&Itemid=42210&lang=en.

23. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2017 [actualización 2017 diciembre; citado 2018 abril 15]. Disponible en: <http://dle.rae.es/index.html>.

24. Sarduy L, González ME. La biopelícula: una nueva concepción de la placa dentobacteriana. Revista Científica Villa Clara. Mediceletrónica [Publicación periódica en línea]. 2016. Jul-Sep [citado: 2018 Abril 22]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300002.

25. Gil F, Aguilar MJ, Cañamas MV, Ibañez P. Periodoncia para el higienista dental. Periodoncia y Osteointegración, 2005; 15(1): 43-58.

26. Hujuel P, Cunha J, Banting D, Loesche W. Dental flossing and interproximal Caries: a systematic review. Journal of Dental Research. 2006; 85(4):298-305.

27. Addy M. *Uso de antisépticos en la terapia periodontal*. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 4.ª ed. Madrid: Medica Panamericana; 2003. p. 487-512.

28. Almerich JM. *Fundamentos y concepto actual de la actuación preventiva y terapéutica del flúor*. En: Cuenca Sala E, Baca García P. Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones. 4.ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005. p.105-130

29. Ministerio de Salud (MINSa). Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Caries Dental en Niñas y Niños. Lima: Dirección General de intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2017.

30. Tirapelli C, de Carvalho JF, Ribas JP, Panzeri H. Dental plaque removal efficacy of three toothbrushes with different designs: a comparative analysis. Oral Health and Preventive Dentistry. 2006; 4(2):105-111.

31. Asociación Latinoamericana de Odontopediatría. Guía de Salud Bucal infantil para pediatras [Internet]. Revista de Odontopediatría Latinoamericana [Citado: 2018 Mayo 10]. Disponible en: https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia-de_salud-bucal-infantil-para-pediatras-Web.pdf.
32. Henostroza G, Henostroza N. *Concepto, teorías y factores etiológicos de la caries dental*. En: Henostroza G. Diagnóstico de caries dental. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Estomatología "Roberto Beltrán Neira"; 2005. pp.13-28.
33. Socransky S, Haffajee AD. *Microbiología de la enfermedad periodontal*. En: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e Implantología Odontológica. 4.a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2003. p. 110-156.

ANEXO 02
CONSTANCIAS DE VALIDACION DE LA TECNICA EDUCATIVA
INTERACTIVA



UNIVERSIDAD NACIONAL
"JORGE BASADRE GROHMANN"
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



Tacna,

CONSTANCIA

Yo, Fernando Mauricio Copada Selgado
Identificado con DNI Nro. 46823898
con grado académico Título Profesional
de profesión Cirujano Dentista
ejerciendo actualmente como Jefe del Servicio de Odontología
en la institución Clinica La Luz - Tacna

Por medio de la presente hago constatar que he revisado y validado el instrumento "Técnica educativa interactiva", cuyo autor es la Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña, a efectos de su aplicación en el trabajo de investigación titulado: INFLUENCIA DE LA TECNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018

Atentamente,

Firma del Juez Experto
DNI: 46823898



UNIVERSIDAD NACIONAL
 "JORGE BASADRE GROHMANN"
 ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



Tacna,

CONSTANCIA

Yo, Fionella Andía Martínez

Identificado con DNI Nro. 47986998
 con grado académico Título Profesional
 de profesión Cirujano Dentista
 ejerciendo actualmente como Docente
 en la institución UPT

Por medio de la presente hago constatar que he revisado y validado el instrumento "Técnica educativa interactiva", cuyo autor es la Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña, a efectos de su aplicación en el trabajo de investigación titulado: INFLUENCIA DE LA TECNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018

Atentamente,

Fionella Andía Martínez
 Especialista en Odontopediatría
 y Rehabilitación Oral
 COP 2005 RNE 146 RNE 170

Firma del Juez Experto

DNI: 47986998



UNIVERSIDAD NACIONAL
"JORGE BASADRE GROHMANN"
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



Tacna,

CONSTANCIA

Yo, EDGARDO JAVIER BERRIOS QUINA
Identificado con DNI Nro. 00417653
con grado académico TITULO PROFESIONAL
de profesión CIRUJANO DENTISTA
ejerciendo actualmente como DCCENTE
en la institución UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
Por medio de la presente hago constatar que he revisado y validado el instrumento
"Técnica educativa interactiva", cuyo autor es la Bach. Yessenia Jessica Ajahuana
Ordoña, a efectos de su aplicación en el trabajo de investigación titulado: INFLUENCIA
DE LA TECNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD ORAL EN PADRES DE
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA
DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018

Atentamente,


Firma del Juez Experto
DNI: 00417653-.....



UNIVERSIDAD NACIONAL
"JORGE BASADRE GROHMANN"
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



Tacna,

CONSTANCIA

Yo, LANCHIPA ALE, Alberto Patricio

Identificado con DNI Nro. 29624292

con grado académico Doctor

de profesión PSICÓLOGO

ejerciendo actualmente como DOCENTE

en la institución UNIVERSIDAD NACIONAL "JORGE BASADRE G"

Por medio de la presente hago constatar que he revisado y validado el instrumento "Técnica educativa interactiva", cuyo autor es la Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña, a efectos de su aplicación en el trabajo de investigación titulado: INFLUENCIA DE LA TECNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018

Atentamente,

Firma del Juez Experto

DNI: 29624292.....

ANEXO 03: CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO ESPECIALIZADO

EN AUTISMO KOLOB TACNA



Presentacion:

Sr. Padre de Familia

Presente.

Reciba mi cordial saludo; Usted ha sido invitado a participar en la investigación INFLUENCIA DE LA TECNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018. La presente investigación tiene como objetivo principal, determinar la influencia de la técnica educativa interactiva en **Salud Oral** en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado

Kolob, Tacna 2018, para lo cual se examinara el Conocimiento sobre higiene oral, de los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del centro especializado en autismo Kolob Tacna. La investigadora responsable de este estudio es la Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña, de la Escuela Profesional de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, teniendo como asesor principal al Cirujano Dentista Carlos Enrique Valdivia Silva, docente asociado de la Escuela Profesional de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

Participación: Su participación consistirá en la **resolución de 2 cuestionarios**, para medir el Conocimiento en salud oral; el cual se resolverá en fechas distintas, que serán previamente informadas por la responsable de la investigación. A su vez, el padre de familia será instruido en la enseñanza de **una técnica educativa interactiva en salud oral**, las fechas de las sesiones educativas de la técnica educativa interactiva, serán programadas conjuntamente con las tutoras (tías) de los salones correspondientes.

Beneficios: Usted recibirá instrucción en Salud oral que repercutirá en el mejoramiento de las estrategias en salud Oral, en beneficio de sus hijos. Su participación también permitirá generar informaciones oportunas en términos de beneficio social, a otros padres de familia, grupos y asociaciones que buscan incentivar y va a difundir el conocimiento científico, profesional y técnico, en favor de una mejor calidad de vida para las personas con trastorno de espectro autista y la de sus familiares.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tiene la libertad de preguntar las preguntas que desee, como también decidir no participar, si no lo desea; esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva en las presentaciones y publicaciones de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y su participación en las sesiones educativas de la técnica educativa interactiva en salud oral, serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Los materiales audiovisuales (fotografías, videos) serán utilizados con fines investigativos y podrán ser usados por la investigadora.

Conocimiento de resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación, los cuales serán también descritos en un informe dirigido al Lic. Mauricio Enmanuel Vargas Sánchez, fundador y director del Centro Especializado en Autismo Kolob Tacna, al culminar la investigación.

➤ **Investigadora responsable:**

Bach. AJAHUANA ORDOÑA, YESSERIA JESSICA

➤ **Asesor principal del Investigador:**

C.D. VALDIVIA SILVA, CARLOS ENRIQUE

➤ **Teléfono/Celular:**

954736291

➤ **Correo electrónico:**

tk_teens@hotmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con DNI _____,
Acepto participar voluntariamente en la investigación INFLUENCIA DE LA TECNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018, cuya investigadora responsable es la Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

Me han indicado que mi participación consistirá en responder dos cuestionarios, los cuales se tomaran en fechas distintas; y que seré participante de una instrucción de la técnica educativa interactiva.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación será codificada, por lo tanto será anónimas. He sido informado que puedo decidir no participar, si no lo deseo, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Así mismo Los materiales audiovisuales (fotografías, videos) serán utilizados con fines investigativos y podrán ser usados por la investigadora.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y Fecha:

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en poder de cada parte

ANEXO 04

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL

Fecha:

Nombres y Apellidos de la Madre o Padre:

Sexo de la Madre o Padre:

Edad de la Madre o Padre:.....

Grado de instrucción de la Madre o Padre:

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro autista del **Centro Especializado en Autismo Kolob-Tacna**, los cuales repercutirán en el mejoramiento de las estrategias en salud oral dirigidas hacia los padres, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

I. Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (X) dentro del paréntesis, por favor conteste solo una respuesta.

1) La biopelícula dental es:

- a) restos de dulces y comidas. ()
- b) manchas blanquecinas en los dientes. ()
- c) restos de alimentos y microorganismos. ()
- d) restos de dulces y frituras. ()
- e) No sé. ()

- 2) ¿Qué zonas de la boca debemos cepillar?
- a) Solo los dientes. ()
 - b) Solo la lengua. ()
 - c) Solo la encía. ()
 - d) Todas las superficies bucales. ()
 - e) No sé. ()
- 3) ¿Qué es Higiene Bucal?
- a) Es mantener la boca con un buen aliento. ()
 - b) Es controlar la formación de biopelícula dental. ()
 - c) Es no comer dulces. ()
 - d) Es cepillarme los dientes. ()
 - e) No sé. ()
- 4) ¿Cuál es la mejor técnica, para el cepillado de los dientes?
- a) Técnica circular o de Fones. ()
 - b) Técnica de Bass modificada. ()
 - c) Técnica vertical rotatoria/ de barrido/ de Stillman modificada. ()
 - d) Una técnica individualizada y acorde con la edad de una persona. ()
 - e) No sé. ()
- 5) ¿En cuántas caras de un diente, se puede acumular la biopelícula dental?
- a) 2 ()
 - b) 3 ()
 - c) 4 ()
 - d) 5 ()
 - e) 6 ()
- 6) ¿Para qué sirve el cepillado de los dientes?
- a) Para tener los dientes blancos. ()
 - b) Para eliminar microorganismos y restos de alimentos. ()
 - c) Para quitar las manchas amarillas de los dientes. ()
 - d) Para tener un buen aliento. ()
 - e) No sé. ()

7) Qué elementos de higiene bucal, sirven, solo para la limpieza interdentaria?

- a) Hilo dental, cinta dental y cepillo dental. ()
- b) Cepillo interproximal, hilo dental y dentífrico con flúor. ()
- c) Cepillo interproximal, hilo dental y cinta dental. ()
- d) Cepillo interproximal, cepillo dental e hilo dental. ()
- e) No sé. ()

8) ¿Cuál es la función del flúor?

- a) El flúor fortalece y protege a los dientes. ()
- b) El flúor debilita al diente. ()
- c) El flúor mancha el diente. ()
- d) El flúor restaura al diente. ()
- e) No sé. ()

9) ¿Cuál es la función del hilo dental?

- a) Remueve la biopelícula y promueve la caries. ()
- b) Remueve la biopelícula entre diente-diente y diente-encía. ()
- c) Remueve restos de alimentos de la lengua. ()
- d) Remueve restos de alimentos de los labios. ()
- e) No sé. ()

10) ¿Cuánto de flúor debe tener una pasta dental, para que tenga un efecto preventivo sobre la caries?

- a) 550 ppm ()
- b) 850 ppm ()
- c) 1000 ppm ()
- d) 1100 ppm ()
- e) No sé. ()

11) Durante el día ¿Cuántas veces se debe usar el colutorio bucal?

- a) Una vez. ()
- b) Dos veces. ()
- c) Tres veces. ()
- d) Solo cuando me lo indique el dentista. ()
- e) No sé. ()

12) ¿Cuándo es más importante cepillarse los dientes?

- a) Después de las comidas. ()
- b) Al despertar en la mañana. ()
- c) Antes de irse a dormir. ()
- d) Todas las anteriores. ()
- e) No sé. ()

13) Como mínimo, ¿Cuánto tiempo debe durar un correcto cepillado?

- a) 30 segundos. ()
- b) Entre 1 y 2 minutos. ()
- c) Entre 2 y 3 minutos. ()
- d) Entre 5 a 10 minutos. ()
- e) No sé. ()

14) Durante o después del cepillado, ¿Nos enjuagamos con agua?

- a) Si. ()
- b) No. ()
- c) Depende del tipo de cepillo dental. ()
- d) Depende del tipo de dentífrico. ()
- e) No sé. ()

15) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?

- a) Al erupcionar el primer diente. ()
- b) Cuando tenga edad suficiente. ()
- c) Cuando le duela algún diente. ()
- d) Cuando le salgan todos sus dientes. ()
- e) No sé. ()

16) ¿Desde qué edad, se debe utilizar el hilo dental?

- a) Desde el primer año de edad. ()
- b) Desde los tres años de edad. ()
- c) Desde los cinco años de edad. ()
- d) Desde los seis años de edad. ()
- e) No sé. ()

17) ¿Qué es un azúcar libre?

- a) Es el azúcar presente en las frituras. ()
- b) Es el azúcar, la miel, jarabes y zumos de frutas. ()
- c) Es el azúcar presente en las golosinas. ()
- d) Es el azúcar presente en las frutas. ()
- e) No sé. ()

18) La acumulación de biopelícula dental, nos podría ocasionar enfermedades como:

- a) Caries dental. ()
- b) Gingivitis. ()
- c) Periodontitis. ()
- d) Todas las anteriores. ()
- e) No sé. ()

19) ¿Qué es la caries dental?

- a) Es una picadura en los dientes. ()
- b) Es una mancha blanca en el diente. ()
- c) Es un dolor en la boca. ()
- d) Es una enfermedad infectocontagiosa que afecta al diente. ()
- e) No sé. ()

20) La enfermedad periodontal es:

- a) el dolor de diente. ()
- b) la enfermedad de las encías. ()
- c) inflamación del labio. ()
- d) inflamación de la lengua. ()
- e) No sé. ()

**SOLUCIONARIO DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE
SALUD ORAL**

1. c
2. d
3. b
4. d
5. d
6. b
7. c
8. a
9. b
- 10.c
- 11.d
- 12.d
- 13.c
- 14.b
- 15.a
- 16.b
- 17.b
- 18.d
- 19.d
- 20.b

ANEXO 05

VALIDACION DE INSTRUMENTO A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTOS



ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION



I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez Experto: Erpede Solgado Fernando Mevencia
- 1.2. Grado Académico: Título Profesional
- 1.3 Profesión: Cirujano Dentista
- 1.4. Institución donde labora: Clinica La Luz - Tarma
- 1.5. Cargo que desempeña: Jef. del Servicio
- 1.6 Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL
- 1.7. Autor del instrumento: Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña

II. VALIDACIÓN:

| Nº | INDICADOR | CRITERIOS | Deficiente 0 - 20% | Baja 21 - 40% | Regular 41 - 60% | Buena 61 - 80% | Muy Buena 81 - 100% |
|-----|------------------------------------|--|-----------------------|------------------|---------------------|-------------------|------------------------|
| 1. | CLARIDAD DE LA REDACCION | Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible | | | | | 85 |
| 2. | OBJETIVIDAD | Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación. | | | | | 95 |
| 3. | PERTINENCIA | Es útil y adecuado. Las preguntas tienen que ver con el tema | | | | | 95 |
| 4. | ORGANIZACIÓN | Existe una secuencia lógica de las preguntas | | | | | 85 |
| 5. | SUFICIENCIA | Se tiene la suficiente cantidad y calidad de ítems para consolidar el concepto general | | | | | 95 |
| 6. | INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las estrategias científicas | | | | | 90 |
| 7. | CONSISTENCIA | Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función del avance de la ciencia | | | | | 98 |
| 8. | COHERENCIA INTERNA | Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación. | | | | | 100 |
| 9. | METODOLOGIA | Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso de investigación. | | | | | 95 |
| 10. | INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD) | Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta | | | | | 85 |
| 11. | LENGUAJE | Esta acorde al nivel del que será entrevistado | | | | | 90 |

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 92

3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones: _____

Tacna,


Firma del Juez Experto
GIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 30408

Firma del Juez Experto
DNI: 46823898...



ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION



I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez Experto: Andrés Martín Escalá
- 1.2. Grado Académico: Título Profesional
- 1.3 Profesión: Cirujano Dentista
- 1.4. Institución donde labora: U.P.T.
- 1.5. Cargo que desempeña: Docente
- 1.6 Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL
- 1.7. Autor del instrumento: Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

II. VALIDACIÓN:

| Nº | INDICADOR | CRITERIOS | Deficiente 0 - 20% | Baja 21 - 40% | Regular 41 - 60% | Buena 61 - 80% | Muy Buena 81 - 100% |
|-----|------------------------------------|--|-----------------------|------------------|---------------------|-------------------|------------------------|
| 1. | CLARIDAD DE LA REDACCION | Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible | | | | ✓ 80 | |
| 2. | OBJETIVIDAD | Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación. | | | | | ✓ 90 |
| 3. | PERTINENCIA | Es útil y adecuado. Las preguntas tienen que ver con el tema | | | | | ✓ 90 |
| 4. | ORGANIZACIÓN | Existe una secuencia lógica de las preguntas | | | | | ✓ 90 |
| 5. | SUFICIENCIA | Se tiene la suficiente cantidad y calidad de ítems para consolidar el concepto general | | | | | ✓ 90 |
| 6. | INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las estrategias científicas | | | | ✓ 80 | |
| 7. | CONSISTENCIA | Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función del avance de la ciencia | | | | | ✓ 90 |
| 8. | COHERENCIA INTERNA | Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación. | | | | ✓ 80 | |
| 9. | METODOLOGIA | Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso de investigación. | | | | ✓ 80 | |
| 10. | INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD) | Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta | | | | ✓ 80 | |
| 11. | LENGUAJE | Esta acorde al nivel del que será entrevistado | | | | ✓ 80 | |

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 85

3.2. Opinión:

FAVORABLE ✓ DEBE MEJORAR _____ NO FAVORABLE _____

3.3. Observaciones: _____

Tacna,

Fiorella Andia Martínez
Especialista en Odontopediatria
y Rehabilitación Oral

COP 20945 RNE 746 RNE 1761

Firma del Juez Experto

DNI: 42.976.997



ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION



I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez Experto: BERRIOS QUIMA EDUARDO JAVIER
- 1.2. Grado Académico: TITULO PROFESIONAL
- 1.3 Profesión: CIRUJANO DENTISTA
- 1.4. Institución donde labora: UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMAN
- 1.5. Cargo que desempeña: DOCENTE
- 1.6 Denominación del Instrumento: CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL.
- 1.7. Autor del instrumento: Bach. Yessenia Jessica Ajahuan

II. VALIDACIÓN:

| Nº | INDICADOR | CRITERIOS | Deficiente 0 - 20% | Baja 21 - 40% | Regular 41 - 60% | Buena 61 - 80% | Muy Buena 81 - 100% |
|-----|------------------------------------|--|-----------------------|---------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|
| 1. | CLARIDAD DE LA REDACCION | Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible | | | | | 95 |
| 2. | OBJETIVIDAD | Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación. | | | | | 90 |
| 3. | PERTINENCIA | Es útil y adecuado. Las preguntas tienen que ver con el tema | | | | | 89 |
| 4. | ORGANIZACIÓN | Existe una secuencia lógica de las preguntas | | | | | 85 |
| 5. | SUFICIENCIA | Se tiene la suficiente cantidad y calidad de ítems para consolidar el concepto general | | | | | 90 |
| 6. | INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las estrategias científicas | | | | | 90 |
| 7. | CONSISTENCIA | Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función del avance de la ciencia | | | | | 98 |
| 8. | COHERENCIA INTERNA | Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación. | | | | | 95 |
| 9. | METODOLOGIA | Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso de investigación. | | | | | 90 |
| 10. | INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD) | Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta | | | | | 90 |
| 11. | LENGUAJE | Esta acorde al nivel del que será entrevistado | | | | | 85 |

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 91

3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones: _____

Tacna,



Firma del Juez Experto
DNI: 00417653



ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA
VALIDACION DE JUICIO EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACION



I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del Juez Experto:

LANCHIPA DE ALBERTO PATRUCO

1.2. Grado Académico:

D.O.C.T.A.

1.3 Profesión:

P. SICOLOGO

1.4. Institución donde labora:

UNJ.O.G.

1.5. Cargo que desempeña:

D.O.CENTE

1.6 Denominación del Instrumento:

1.7. Autor del instrumento: Bach. Yessenia Jessica Ajahuana Ordoña.

II. VALIDACIÓN:

| Nº | INDICADOR | CRITERIOS | Deficiente 0 - 20% | Baja 21 - 40% | Regular 41 - 60% | Buena 61 - 80% | Muy Buena 81 - 100% |
|-----|------------------------------------|--|-----------------------|---------------------|------------------------|----------------------|---------------------------|
| 1. | CLARIDAD DE LA REDACCION | Los ítems están formulados con lenguaje apropiado y entendible | | | | | 90 |
| 2. | OBJETIVIDAD | Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación. | | | | | 90 |
| 3. | PERTINENCIA | Es útil y adecuado. Las preguntas tienen que ver con el tema | | | | | 90 |
| 4. | ORGANIZACIÓN | Existe una secuencia lógica de las preguntas | | | | 80 | |
| 5. | SUFICIENCIA | Se tiene la suficiente cantidad y calidad de ítems para consolidar el concepto general | | | | 80 | |
| 6. | INTENCIONALIDAD | Adecuado para valorar aspectos de las estrategias científicas | | | | 80 | |
| 7. | CONSISTENCIA | Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función del avance de la ciencia | | | | / | |
| 8. | COHERENCIA INTERNA | Entre dimensiones, indicadores, ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación. | | | | | 95 |
| 9. | METODOLOGIA | Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso de investigación. | | | | | 95 |
| 10. | INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD) | Entre la comprensión del ítem y la expresión de la respuesta | | | | | 95 |
| 11. | LENGUAJE | Esta acorde al nivel del que será entrevistado | | | | | 90 |

III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

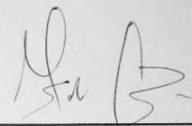
3.1. Valoración total cuantitativa: 80.5

3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones: _____

Tacna,



Firma del Juez Experto

DNI: 8628292

ANEXO 06

ANÁLISIS DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO

El procedimiento para el análisis de validez de contenido se realizará mediante juicio de expertos. Para ello se consultó a profesionales que conocen o han investigado temas similares o que acrediten conocer el tema salud oral, luego seleccionando cuatro (4) docentes para la evaluación de validez de contenido de dicha variable, los expertos se les entregó un formato pidiéndoles que evalúen los ítems en forma general.

Evaluación del instrumento en forma general por criterios según el estadístico de prueba DPP (Distancia de puntos múltiples).

Los expertos calificaron en valores de uno a cinco, para la forma general. (Deficiente = 1, Baja= 2, Regular = 3, buena = 4, Muy buena = 5)

Cuadro N° 1

Escala de puntajes de los expertos de la ficha de observación para la variable nivel de conocimiento sobre higiene bucal

| INDICADOR | CRITERIOS | EXPERTO 01 | EXPERTO 02 | EXPERTO 03 | EXPERTO 04 |
|-----------------------------------|--|------------|------------|------------|------------|
| 1.CLARIDAD DE LA REDACCION | Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 2.OBJETIVIDAD | Está expresado en conductas observables. | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 3. PERTINENCIA | Adecuado al avance de la ciencia y tecnología. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 4.ORGANIZACIÓN | Existe una organización lógica. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 5.SUFICIENCIA | Comprende los aspectos en cantidad y calidad suficiente. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 6.INTENSIONALIDAD | Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados. | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 7.CONSISTENCIA | Basado en aspecto teórico-científico. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 8.COHERENCIA | Entre los índices, indicadores y las dimensiones. | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 9.METODOLOGÍA | La estrategia responde al propósito de la investigación. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 10.APLICACIÓN | Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 11.LENGUAJE | Esta acorde al nivel del que será entrevistado. | 5 | 5 | 5 | 5 |

Fuente: Elaboración por autor, basada en la ficha de los expertos.

Una vez recabada la información se aplicó la prueba DPP para determinar el índice de validez de contenido en forma general, la fórmula es la siguiente:

$$DPP = \sqrt{(X - Y1)^2 + (X - Y2)^2 + (X - Y3)^2 + \dots + (X - Y11)^2}$$

$$DPP = \sqrt{(5 - 4.80)^2 + (5 - 4.60)^2 + (5 - 5)^2 + \dots + (5 - 5)^2}$$

$$DPP = 4,468$$

Además

$$Dmax = \sqrt{(X1 - 1)^2 + (X2 - 1)^2 + (X3 - 1)^2 + \dots + (X11 - 1)^2}$$

$$Dmax = 12,45$$

La Dmax hallada fue de 12,65 luego se procede a dividir entre el máximo valor de la escala, lo que nos da un valor de $12,45/4 = 3,1125$

Con el valor hallado anteriormente la nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmax. Dividiendo en intervalos iguales entre sí, llamándose con las letras A;B;C;D;E.

Cuadro N° 2
Calificación de validez del instrumento nivel de conocimiento
sobre salud oral

| Nueva escala | | Intervalo | Significado |
|--------------|--------------|-----------|----------------------------------|
| 0.000 | 2.490 | A | Adecuación Total |
| 2.490 | 4.980 | B | Adecuación en gran medida |
| 4.980 | 7.470 | C | Adecuación promedio |
| 7.470 | 9.960 | D | Adecuación escasa |
| 9.960 | 12.450 | E | Inadecuación |

Fuente: elaboración por autor, Tomado del libro “Estadística inferencial” Cleto de la torre Dueñas, Yeny M. Accostupa Quispe, (2013, p19) Editorial Moshera- lima, 1° edición.

Interpretación:

Según el cuadro y los procesos que figuran en el anexo 01, la prueba estadística de validez del (*DPP*) es *4,468* y cae dentro del Intervalo B [2.490 – 4.980]. Por tanto el instrumento tiene una validez de “Adecuación en gran medida” entonces supera la prueba de validez (validez de contenido) por lo cual podemos decir que el instrumento puede pasar a la siguiente etapa que es la aplicación a la muestra piloto.

VALIDEZ DE CRITERIO:

Una vez ejecutada la muestra piloto, se procede a realizar la validez de criterio que en una medida del grado en que una prueba está relacionada con algún criterio, es de decir que el criterio con el que se compara tiene un valor intrínseco como medida de algún rasgo o característica. También la validez de criterio del instrumento de medición se realiza comparándola con algún criterio externo, este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento; cuando más se relacione los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez será mayor y mejor para beneficio del investigador. Mostrando un ejemplo sería, Se desea realizar un cuestionario para saber las preferencias electorales de los votantes de Tacna en las elecciones municipales y regionales de 2018, puede validarse en criterio, aplicando la encuesta dos o tres días antes de la elección y comparar los resultados con los resultados finales de la misma. Interpretación según el estadístico : se procederá el estadístico de correlación de Pearson (r) y por lo tanto su interpretación más inmediata se fundamentara en el denominado coeficiente de

determinación(R^2) que es simplemente el cuadrado de la correlación y que indica la proporción de varianza del criterio que queremos pronosticar con el test. Así un test con un coeficiente de 0.5 indicara que explica un 25% de la variabilidad o diferencias individuales en el criterio, mientras que el 75% restante se debe a variables diferentes del test.

$$r^2 = \frac{S_y^2}{S^2}$$

Dónde: S_y^2 : es la varianza de los pronósticos

S^2 : es la varianza del criterio

Cuadro N° 3

Escala de puntajes de las correlaciones y el coeficiente de determinación según los aportes de las preguntas con la variable conocimiento sobre salud oral.

| (Preg 01 + preg 02 +... + Preg 20) → | Conocimiento sobre salud oral | |
|---|-------------------------------|---|
| | Correlación de Pearson (r) | Coefficiente de determinación (r ²) |
| Preguntas de la prueba sobre conocimiento de salud oral | | |
| Pregunta N° 01 | 0.862 | 0.743 |
| Pregunta N° 02 | 0.097 | 0.009 |
| Pregunta N° 03 | 0.474 | 0.225 |
| Pregunta N° 04 | 0.869 | 0.755 |
| Pregunta N° 05 | 0.111 | 0.012 |
| Pregunta N° 06 | 0.662 | 0.438 |
| Pregunta N° 07 | 0.796 | 0.634 |
| Pregunta N° 08 | 0.117 | 0.014 |
| Pregunta N° 09 | 0.325 | 0.106 |
| Pregunta N° 10 | 0.273 | 0.075 |
| Pregunta N° 11 | 0.529 | 0.280 |
| Pregunta N° 12 | 0.641 | 0.411 |
| Pregunta N° 13 | 0.382 | 0.146 |
| Pregunta N° 14 | 0.532 | 0.283 |
| Pregunta N° 15 | 0.865 | 0.748 |
| Pregunta N° 16 | 0.592 | 0.350 |
| Pregunta N° 17 | 0.683 | 0.466 |
| Pregunta N° 18 | 0.260 | 0.068 |
| Pregunta N° 19 | 0.735 | 0.540 |
| Pregunta N° 20 | 0.558 | 0.311 |

Fuente: Elaboración propia, basada en la prueba aplicado a los padres de familia.

Interpretación: Según el cuadro N°03, nos muestra la magnitud de las correlaciones es decir cuál es el aporte de cada uno de las preguntas de la prueba con el resultado total de su variable conocimiento sobre salud oral en los PPF y cómo podemos apreciar el grado de correlaciones en su mayoría es alta, rescatando solo tres preguntas que aportan regularmente a la variable (Pregunta 01, pregunta 04 y pregunta 15) que proporcionan una correlación alta, este resultado se debe a que el grupo de estudio según la muestra piloto es muy homogénea tal como lo corroboré anteriormente el alfa de Crombach. Concluyendo que si se puede concluir una validez de criterio con respecto a la variable en mención.

Cuadro N° 4

Escala de medida de la correlación R de Pearson:

| Coeficiente | Interpretación |
|----------------|--------------------------------|
| De 0 a 0.20 | Correlación prácticamente nula |
| De 0.21 a 0.40 | Correlación baja |
| De 0.41 a 0.70 | Correlación moderada |
| De 0.71 a 0.90 | Correlación alta |
| De 0.91 a 1 | Correlación muy alta |

Fuente: Rafael Bisquerra Alzina(2009, p. 212) Metodología de la investigación educativa.(Editorial La Muralla S.A., 2ed)

VALIDEZ DE CONSTRUCTO:

Para la validez de constructo se hará el análisis factorial que puede ser exploratorio o confirmatorio; el análisis exploratorio se caracteriza porque no se conoce a priori el número de factores, y es en la aplicación empírica donde se determina éste número. Por el contrario, en el análisis de tipo confirmatorio los factores están fijados a priori, utilizándose contrastaciones empíricas para su corroboración. El presente estudio se trató de un análisis factorial confirmatorio; ya que se busca corroborar los 5 factores que por cuestiones teóricas se presuponen están en la presente investigación.

Cuadro N° 5

Prueba KMO y la Esfericidad de Bartlett

| Prueba de KMO y Bartlett | | |
|---|---------------------|----------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo | | ,873 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Aprox. Chi-cuadrado | 5342,957 |
| | gl | 19 |
| | Sig. | ,000 |

Fuente: Elaboración propia, basada en la prueba aplicado a los padres de familia.

Interpretación:

Según el cuadro N° 5, la medida de Káiser Meyer Olkin su valor es de 0.873 cantidad que está por encima del 0,500 es decir que existe correlación entre sus ítems; asimismo, de acuerdo al resultado de la esfericidad de Bartlett su p-valor o sig es 0.00 menor que 0.05 por que se comprueba que existe relación entre sus variables (ítems) y **por tanto es factible realizar el análisis factorial.**

Cuadro N° 6
Varianza total explicada variable conocimiento sobre salud oral

| Componente | Autovalores iniciales | | | Sumas de cargas al cuadrado de la extracción | | | Sumas de cargas al cuadrado de la rotación | | |
|------------|-----------------------|---------------|-------------|--|---------------|-------------|--|---------------|-------------|
| | Total | % de varianza | % acumulado | Total | % de varianza | % acumulado | Total | % de varianza | % acumulado |
| 1 | 7,577 | 37,886 | 37,886 | 7,577 | 37,886 | 37,886 | 5,135 | 25,674 | 25,674 |
| 2 | 3,073 | 15,366 | 53,252 | 3,073 | 15,366 | 53,252 | 3,630 | 18,152 | 43,826 |
| 3 | 2,951 | 14,754 | 68,006 | 2,951 | 14,754 | 68,006 | 2,787 | 13,934 | 57,760 |
| 4 | 1,712 | 8,561 | 76,567 | 1,712 | 8,561 | 76,567 | 2,737 | 13,684 | 71,444 |
| 5 | 1,375 | 6,874 | 83,441 | 1,375 | 6,874 | 83,441 | 2,399 | 11,996 | 83,441 |
| 6 | ,783 | 3,917 | 87,358 | | | | | | |
| 7 | ,730 | 3,650 | 91,008 | | | | | | |
| 8 | ,534 | 2,669 | 93,676 | | | | | | |
| 9 | ,469 | 2,346 | 96,022 | | | | | | |
| 10 | ,283 | 1,415 | 97,438 | | | | | | |
| 11 | ,228 | 1,140 | 98,578 | | | | | | |
| 12 | ,150 | ,752 | 99,330 | | | | | | |
| 13 | ,074 | ,372 | 99,702 | | | | | | |
| 14 | ,060 | ,298 | 100,000 | | | | | | |
| 15 | 8,533E-16 | 4,267E-15 | 100,000 | | | | | | |
| 16 | 2,667E-16 | 1,334E-15 | 100,000 | | | | | | |
| 17 | 1,615E-16 | 8,074E-16 | 100,000 | | | | | | |
| 18 | -1,711E-16 | -8,553E-16 | 100,000 | | | | | | |
| 19 | -4,534E-16 | -2,267E-15 | 100,000 | | | | | | |
| 20 | -5,411E-16 | -2,706E-15 | 100,000 | | | | | | |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

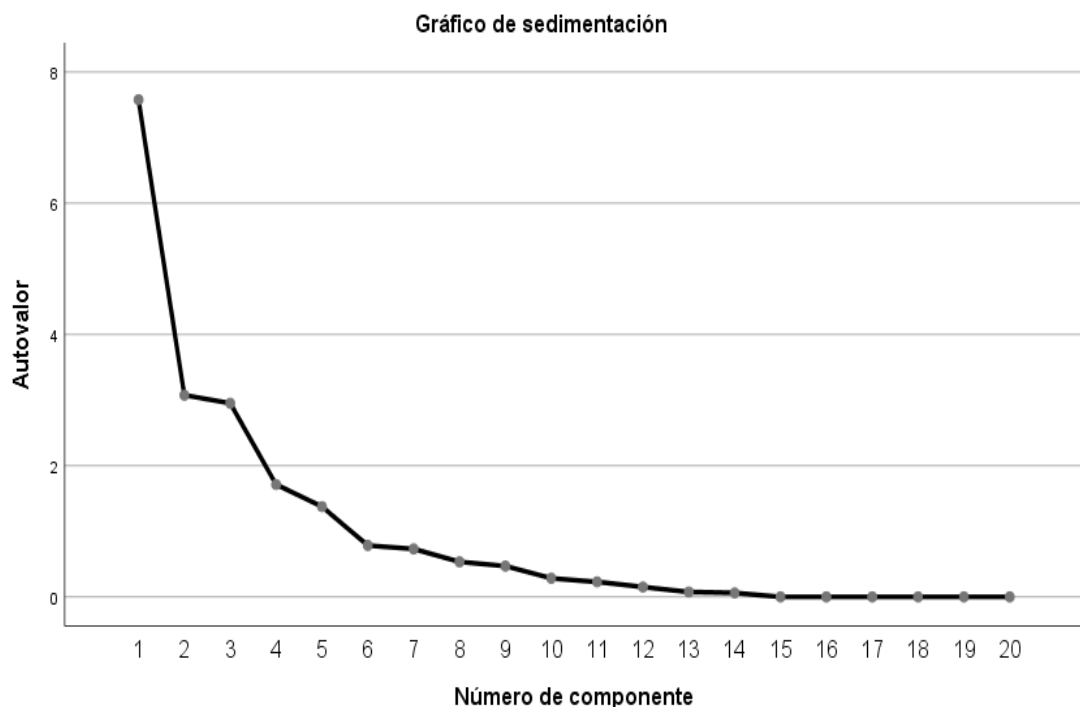
Fuente: Elaboración propia, basada en la prueba aplicado a los padres de familia.

Interpretación

Según el cuadro N° 6, son 5 los componentes que superan la unidad, por lo que el instrumento de conocimiento sobre salud oral, con el componente 1 explica la mayor parte de la varianza con el 29.039% de la varianza total explicada y hasta el componente 5 se logra cubrir el 80.323 %.

Grafico N° 1

La gráfica de sedimentación variable conocimiento de salud oral



Fuente: Elaboración propia, basada en la prueba aplicado a los padres de familia.

Interpretación:

Según se parecía en el gráfico, herramienta grafica de decisión de número de componente que hay que seleccionar, se aprecia que la selección de 5 componentes parece ser la adecuada pues a partir de la 5 ya no es muy acusada la pendiente de la presentación gráfica de los autovalores.

Cuadro N° 7
La matriz de Componente rotado para la Variable conocimiento sobre salud oral

Matriz de componente rotado^a

| Preguntas sobre conocimiento de salud oral | Componente | | | | |
|--|------------|-------|-------|-------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Preg_01 | ,931 | ,119 | ,207 | ,068 | ,039 |
| Preg_07 | ,922 | -,002 | ,037 | -,003 | ,228 |
| Preg_04 | ,793 | ,330 | -,071 | -,129 | ,325 |
| Preg_11 | ,716 | -,034 | -,372 | -,521 | ,070 |
| Preg_03 | ,665 | -,043 | ,102 | ,513 | -,216 |
| Preg_15 | ,658 | ,584 | -,109 | -,192 | ,321 |
| Preg_19 | ,630 | ,266 | -,072 | -,283 | ,541 |
| Preg_18 | ,442 | ,357 | -,376 | ,307 | -,348 |
| Preg_12 | ,429 | ,427 | -,378 | -,171 | ,375 |
| Preg_16 | ,113 | ,907 | ,068 | -,064 | ,182 |
| Preg_17 | ,325 | ,848 | ,030 | -,079 | ,036 |
| Preg_08 | ,230 | ,774 | ,230 | ,310 | ,196 |
| Preg_05 | -,067 | ,005 | ,917 | -,157 | -,028 |
| Preg_10 | ,106 | -,044 | ,889 | -,133 | ,178 |
| Preg_09 | -,158 | -,227 | -,059 | ,820 | -,275 |
| Preg_02 | ,133 | -,017 | -,339 | ,655 | ,195 |
| Preg_20 | ,222 | ,460 | ,433 | ,597 | ,226 |
| Preg_06 | ,545 | ,194 | ,440 | ,550 | ,100 |
| Preg_13 | -,206 | ,008 | -,085 | ,126 | ,914 |
| Preg_14 | ,077 | ,582 | ,302 | ,125 | ,645 |

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 10 iteraciones.

Fuente: Elaboración propia, basada en la prueba aplicado a los padres de familia

Cuadro N° 8
Estructura de la Variable conocimiento sobre salud oral

| DIMENSION 1 | DIMENSION 2 | DIMENSION 3 | DIMENSION 4 | DIMENSION 5 |
|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| pregunta 01 | pregunta 16 | Pregunta 05 | pregunta 09 | Pregunta 13 |
| pregunta 07 | pregunta 17 | Pregunta 10 | pregunta 02 | Pregunta 14 |
| pregunta 04 | pregunta 08 | | pregunta 20 | |
| pregunta 11 | | | pregunta 06 | |
| pregunta 03 | | | | |
| pregunta 15 | | | | |
| pregunta 19 | | | | |
| pregunta 15 | | | | |
| pregunta 19 | | | | |

Fuente: Elaboración propia, basada en la prueba aplicado a los padres de familia

Interpretación:

Según la cuadro N° 7 de la matriz rotada por 5 componentes este agrupa en la estructura que aparece en la cuadro N° 8, donde aparecen agrupados las preguntas, los que han sido considerados en el presente estudio.

ANEXO 07

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para el cálculo de la confiabilidad o fiabilidad de los instrumentos se aplicó una muestra piloto de 20 padres de familia del centro especializado de autismo Kolob de Tacna, luego una vez aplicada los cuestionarios se hizo uso de una de las herramientas usados para estos fines denominadas Alfa de Cronbach, cuya valoración fluctúa entre - 1 y 1 como se muestra la siguiente formula:

$$\alpha = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:

α =coeficiente de confiabilidad

K=número de preguntas o ítems

V_i =varianza de cada ítems

V_t =varianza de los valores observados

Σ =Sumatoria

Cuadro N° 9

Escala de alfa de cronbach

| Escala | Significado |
|-----------------|--------------------|
| 0.00 a +/- 0.20 | Despreciable |
| 0.20 a 0.40 | Baja o ligera |
| 0.40 a 0.60 | Moderada |
| 0.60 a 0.80 | Marcada |
| 0.80 a 1.00 | Muy alta |

Fuente: Santiago Valderrama Mendoza. (2013, p. 228).

Para dicho cálculo se ha hecho uso del SPSS Versión 25, sin reducir ningún elemento; es decir de una sola medida, se presentan a continuación:

Cuadro N° 10

Alfa de Cronbach: interpretación de resultados

| Variable | N° de elementos | Alfa de Cronbach | Interpretación confiabilidad |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| Conocimiento sobre salud bucal. | 20 | 0,760 | Marcada o alta |

Fuente: Elaboración propia, basado en cuestionario aplicado a los padres de familia.

Análisis e Interpretación:

El Coeficiente obtenido para la variable de estudio dio un valor considerable y significativo de 0.760 lo cual significa que la interpretación de confiabilidad es “Alta”, concluyendo que el instrumento aplicado tiene una confiabilidad alta y puede ser aplicado a la muestra real.

ANEXO 08


CARTA DE PRESENTACIÓN AL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO, PARA FACILIDADES DE EJECUCION DE TESIS

| | |
|--|--|
|  | UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD |
| <i>"Año del Buen Servicio al Ciudadano"</i> | |
| CARTA DE PRESENTACIÓN N° 056-2017-FACS-UNJBG Tacna, 21 de diciembre del 2017 | |
| Señor: LIC. MAURICIO ENMANUEL VARGAS SÁNCHEZ Institución Centro Especializado de Autismo Kolob TACNA | |
| ASUNTO : PRESENTACIÓN DE EGRESADA DE LA E.P. DE ODONTOLOGÍA- FACILIDADES EJECUCIÓN DE TESIS | |
| <p>Es grato dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y, a la vez, presentar a la Srta. YESSENIA JESSICA AJAHUANA ORDOÑA, egresada de la Escuela Profesional de Odontología, quien para la ejecución de su Proyecto de Tesis titulado: INFLUENCIA DE LA TÉCNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018, requiere se le brinde las facilidades del caso, con la finalidad de cumplir con lo programado; para lo cual este Decanato, solicita a su Representada, se sirva disponer lo indicado.</p> <p>Se expide la presente, a solicitud de la interesada, por lo que desde ya le agradezco su gentil colaboración.</p> <p>Atentamente,</p> | |
|  |  Dra. María Gloria Soto de Cornejo Decana |
| c.c.:  |  |
| Isabel P. |  Mauricio E. Vargas Sánchez Director General Acreditado Internacional Autism Diagnostic. Observation Schedule ADOS 2 |
| Ciudad Universitaria Av. Miraflores S/N Telefax 052-583000 Anexo 2226 - 2227 | |

ANEXO 09

CONSTANCIA DE CERTIFICACION DE EJECUCION Y CULMINACION

DE TESIS



KOLOB
AUTISMO PERÚ

Asociación Kolob Autismo Perú
Centro Especializado en Autismo Kolob Tacna
AV. PINTO 1841
TACNA-PERÚ


"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

EL QUE SUSCRIBE, DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO KOLOB TACNA

HACE CONSTAR:


Que, **AJAHUANA ORDOÑA YESSSENIA JESSICA**, identificada con DNI Nro. 72977284, bachiller en Odontología de la Escuela Profesional de Odontología-Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ha ejecutado su tesis titulado **INFLUENCIA DE LA TÉCNICA EDUCATIVA INTERACTIVA EN SALUD ORAL EN PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO DE AUTISMO KOLOB TACNA 2018**, con la finalidad de mejorar el nivel de conocimiento sobre Salud Oral de los padres de personas diagnosticadas con trastorno del espectro autista del Centro Especializado en Autismo Kolob Tacna, dicha ejecución fue desarrollada en las instalaciones del centro especializado en Autismo Kolob Tacna, durante el año 2018, demostrando compromiso, responsabilidad e identificación con el centro especializado.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que se estime conveniente.



Mauricio E. Vargas Sánchez
Director General
Acreditado Internacional Autism
Diagnostic Observation Schedule ADOS 2

Tacna, 09 de Noviembre del 2018



KOLOB
AUTISMO PERÚ

Acreditado Internacional Autism
Diagnostic Observation Schedule ADOS 2

ANEXO 10

DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE LOS PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO KOLOB DE TACNA, 2018

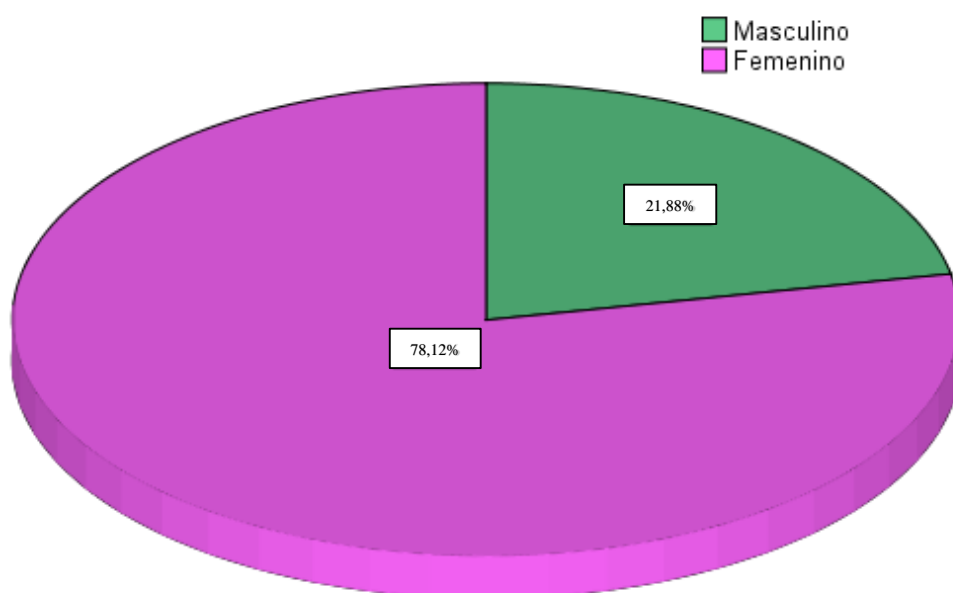
| SEXO | PADRES DE FAMILIA | |
|--------------|-------------------|---------------|
| | N° | % |
| MASCULINO | 7 | 21,88 |
| FEMENINO | 25 | 78,12 |
| TOTAL | n=32 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

En la Tabla, observamos que, en los padres de pacientes diagnosticados con trastorno del espectro autista según sexo, el 21,88% son del sexo masculino, en cambio el 78,12% son del sexo femenino

En conclusión, la mayoría de los padres de pacientes son del sexo femenino.

ANEXO 11
DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DE LOS PADRES DE PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO KOLOB
DE TACNA, 2018



Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

ANEXO 12

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO KOLOB DE TACNA, 2018

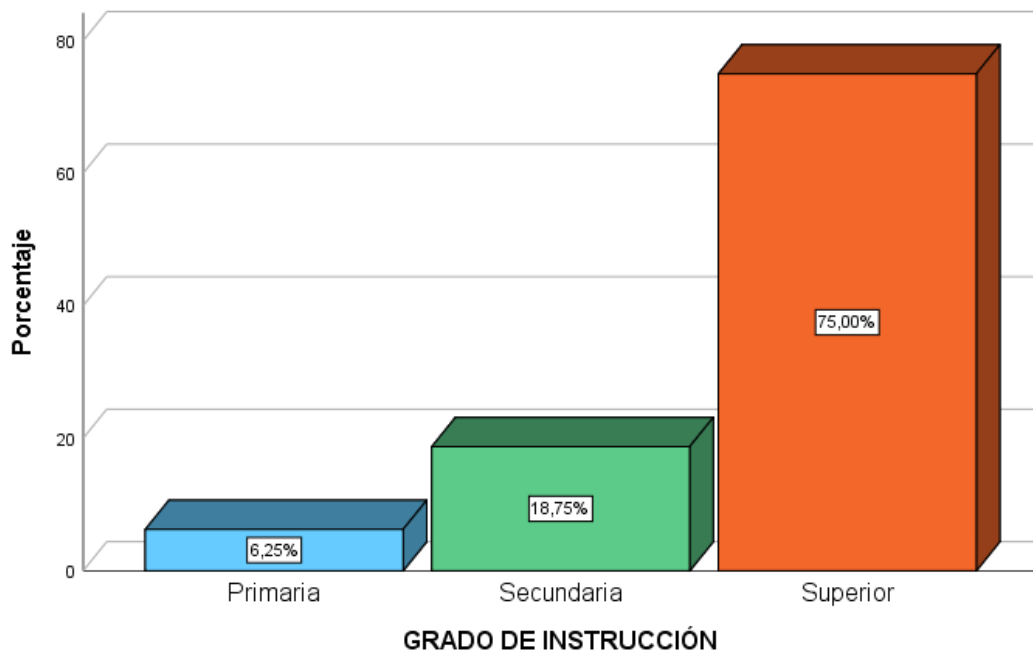
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | PADRES DE FAMILIA | |
|----------------------|-------------------|---------------|
| | N° | % |
| PRIMARIA | 2 | 6,25 |
| SECUNDARIA | 6 | 18,75 |
| SUPERIOR | 24 | 75,00 |
| TOTAL | n=32 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

En la tabla podemos observar que de los 32 padres estudiados, 24 tenían un grado de instrucción superior (75%), seguido de 6 padres con un grado de instrucción secundaria, y por último 2 padres con grado de instrucción primaria

ANEXO 13

DISTRIBUCIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO KOLOB DE TACNA, 2018



Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

ANEXO 14

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ETAREO DE LOS PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO KOLOB DE TACNA, 2018

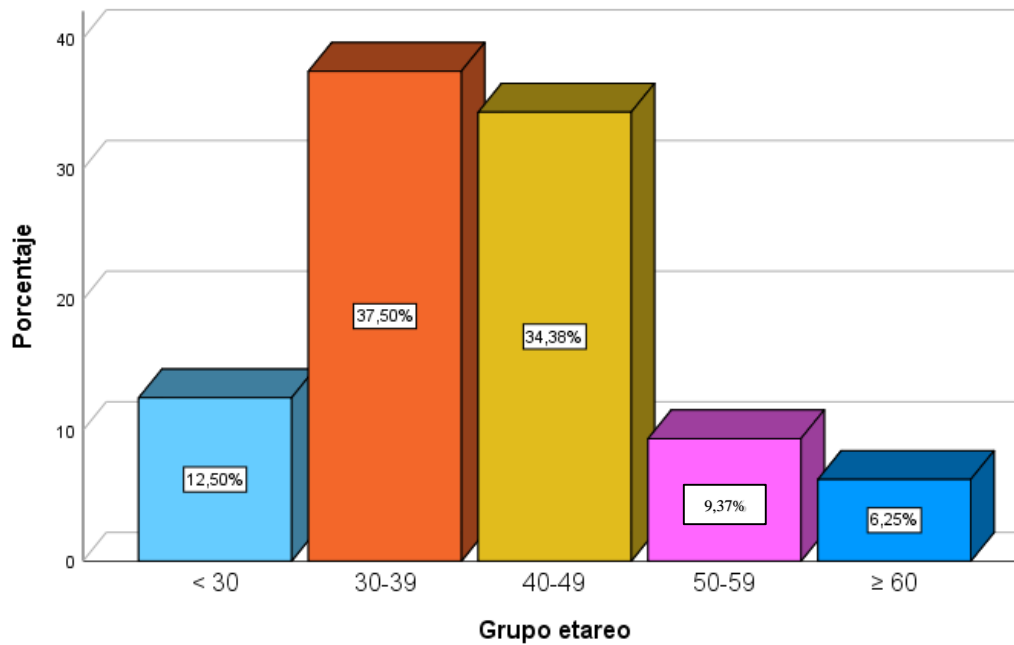
| GRUPO ETAREO | PADRES DE FAMILIA | |
|--------------|-------------------|---------------|
| | N° | % |
| < 30 | 4 | 12,50 |
| 30-39 | 12 | 37,50 |
| 40-49 | 11 | 34,38 |
| 50-59 | 3 | 9,37 |
| ≥ 60 | 2 | 6,25 |
| TOTAL | n=32 | 100,00 |

Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

En la tabla se puede observar que de los 32 padres estudiados, 12 tenían entre 30 y 39 años (37,5%), seguido de 11 padres entre 40 y 49 años (34,38%), 4 padres con menos de 30 años (12,5%), 3 padres con una edad entre 50 y 59 años (9,37%), y por último solo 2 padres con una edad mayor o igual a 60 años (6,25%)

ANEXO 15

DISTRIBUCIÓN DEL GRUPO ETAREO DE LOS PADRES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN AUTISMO KOLOB DE TACNA, 2018



Fuente: Cuestionario de Conocimiento sobre salud oral aplicado a los padres de pacientes con diagnóstico de trastorno de espectro autista del Centro Especializado de Autismo Kolob Tacna 2018

ANEXO 21
ICONOGRAFÍA
FOTOGRAFÍAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Figura 01: Exposición de la sesión educativa nro. 01 de la técnica educativa interactiva: Salud Oral e Higiene Bucal.



Figura 02: Explicación de la sesión educativa nro. 02 de la técnica educativa interactiva: Control mecánico de placa supragingival.



Figura 03: Explicación de la sesión educativa nro. 03 de la técnica educativa interactiva: Control química de la placa supragingival.



Figura 04: Dentífricos utilizados durante la sesión educativa nro. 03 de la técnica educativa interactiva: Control químico de la placa supragingival.



Figura 05: Exposición de la sesión educativa nro. 04 de la técnica educativa interactiva: Hábitos correctos en Salud Oral.



Figura 06: Explicación de la sesión educativa nro. 04 de la técnica educativa interactiva: Hábitos correctos en Salud Oral.



Figura 07: Alimentos usados durante la aplicación de la sesión educativa nro. 04 de la técnica educativa interactiva: Hábitos correctos en Salud Oral.



Figura 08: Explicación de la sesión educativa nro. 05 de la técnica educativa interactiva: Patología Oral.



Figura 09: Pictogramas, sistema de comunicación alternativa y aumentativa usado en personas con trastorno de espectro autista.