

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD BUCAL DEL FAMILIAR Y LA HIGIENE ORAL EN ESCOLARES CON DISCAPACIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO BÁSICO ESPECIAL MARÍA AUXILIADORA, 2016

Claudia Elizabeth Valderrama Charaja^{1a}; César Fernando Juárez Vizcarra^{1b}

RESUMEN

Objetivo. Relacionar el nivel de conocimiento sobre salud bucal del familiar y la higiene oral en escolares con discapacidad del Centro Educativo Básico Especial María Auxiliadora, 2016. **Método** El estudio fue observacional, prospectivo y transversal de relación asincrónica. La población de estudio conformada por 17 alumnos con discapacidad de 4 a 16 años y sus familiares. La evaluación del nivel de conocimiento sobre salud bucal se realizó mediante un cuestionario de 12 preguntas de acuerdo a los objetivos de la investigación, con respuestas cerradas de alternativa múltiple, obteniendo niveles de conocimiento: alto, regular y bajo. La evaluación de la Higiene Oral de los niños con discapacidad se realizó mediante Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Green y Vermillón, se obtuvo un índice de desechos simplificado (DI-S) y un índice de cálculo simplificado (CI-S). Cada uno se valoró en una escala de 0 a 3, la sumatoria de ambos da el IHO-S, con categorías: Adecuado, Aceptable y Deficiente. **Resultados.** El nivel de conocimiento bajo del familiar y la higiene oral deficiente del escolar con discapacidad alcanzan un 29,4%, mientras que un 47,1% de los escolares que presentan una higiene oral normal, a sus familiares corresponde un nivel de conocimiento regular, no se evidencia buen nivel de conocimiento ni buena higiene oral, mediante la prueba estadística Chi2 se pudo demostrar una dependencia directa al encontrar un valor de p significativo = 0,027). **Conclusiones.** El nivel de conocimiento bajo del padre está asociado a un índice de higiene oral deficiente del niño.

Palabras claves: Conocimiento; Niños con discapacidad; Salud bucal; Higiene oral.

RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT ORAL HEALTH AND ORAL HYGIENE IN FAMILY SCHOOL CHILDREN WITH DISABILITIES IN THE SPECIAL BASIC EDUCATIONAL CENTER MARÍA AUXILIADORA 2016

SUMMARY

Objective: To Relate the level of knowledge on oral health of family and oral hygiene in students with disability t the Special Basic Educational Center María Auxiliadora, 2016. **Method:** The study was observational, prospective, and transversal asynchronously relationship. The study population consisted of 17 students with disabilities from 4 to 16 years and their families. The level of knowledge about oral health was conducted through a questionnaire consisting of 12 questions, according to the research objectives, with closed responses of multiple alternatives, obtaining levels of knowledge: high, regular and low. The evaluation of Oral Hygiene of children with disabilities was carried out using the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S) of Green and Vermillon, obtaining a simplified waste index (DI- S) and a simple calculation index (CI-S). Each one is evaluated on a scale of 0 to 3. The sum of both gives the IHO-S, with categories: Adequate, Acceptable and Deficient. **Results:** the low level of knowledge of the family member and the poor oral hygiene of the scholar with disability reach 29.4%, while 47.1% of the students who present a normal oral hygiene, to their relatives corresponds a level of regular knowledge, not evidence good level of knowledge or good oral hygiene, through the Chi2 statistical test could be shown direct dependence to find a significant p value = 0.027. **Conclusions:** The level of knowledge under the father is associated with an index of Poor oral hygiene of the child.

Keywords: Knowledge, students with disabilities, oral health, oral hygiene.

^{1a} Escuela Profesional de Odontología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua, Perú.

^a Cirujano Dentista. Tesis para título universitario.

^b Maestro en ciencias: Administración y gestión en salud. Doctor en ciencias: Salud pública. Docente de la Escuela Profesional de Odontología. Jefe de la unidad de investigación de la FACISA. cesarjuarez94@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El conocimiento es la capacidad para recordar hechos específicos y universales, métodos y procesos, o un esquema, estructura o marco de referencia⁽¹⁾. La capacidad de recordar implica hacer presente el material apropiado en el momento preciso. El conocimiento implica, según varios autores, todo un proceso mental de elaboración a partir de una fuente de información, que puede ser un libro, la televisión, algún afiche o tríptico, etc.⁽¹⁾.

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación⁽²⁾.

En el Perú 1 millón 575 mil personas presentan algún tipo de discapacidad; según el informe del INEI el 40,6% de las personas con discapacidad dependen de una persona para realizar sus actividades diarias donde Lima, Arequipa y Moquegua registran mayor proporción de población con algún tipo de discapacidad⁽³⁾.

La Salud Bucal en el Perú constituye un grave problema de Salud Pública, por lo que es necesario un abordaje integral del problema, aplicando medidas eficaces de promoción y prevención de la salud bucal⁽⁴⁾.

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria a diferencia de quienes no padecen discapacidad y también tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera⁽⁵⁾, presentan en su mayoría una higiene oral deficiente, dando a conocer índices de placa bacteriana elevados, con frecuencia potenciados por una dieta blanda y rica en hidratos de carbono y azúcares refinados, lo que origina una elevada prevalencia de caries y enfermedad periodontal.

El conocimiento de la etiopatología de la enfermedad es el primer paso para la prevención de las afecciones odontoestomatológicas en general, esta situación no puede ser asumida en personas con discapacidad, ya que ellos requieren de una persona que los asista y cuide por sus limitaciones.

El odontólogo debe observar las necesidades del paciente y formular un programa fácil de seguir para él y para quienes son responsables de él, porque hemos visto que la mayoría de los pacientes se

resisten a las medidas de prevención por desconocer las razones de esta tarea o por no poseer la capacidad física o mental para ejecutarla⁽⁶⁾.

En estudios realizados, se ha observado que los padres de niños con discapacidad tienen un conocimiento escaso en prevención de enfermedades orales, no sabiendo intervenir y aplicar correctamente los procedimientos de higiene bucal, enfocándose primariamente en la discapacidad, descuidando aspectos importantes en la prevención, o por el contrario sobrestimando las acciones preventivas, siendo esto contraproducente, generando malos hábitos en sus hijos, provocando finalmente enfermedades odontoestomatológicas, que causan malestar adicional⁽⁷⁾.

En este estudio resaltamos la importancia de la participación de los familiares encargados del cuidado dental del escolar con discapacidad, siendo su responsabilidad, la cual es compartida con los profesionales de la salud bucal, consideramos que los familiares a cargo deben prepararse y recibir la información necesaria para capacitarse apropiadamente, de este modo, mejorar la Salud Bucal de los escolares.

Por el contrario, una falta de capacitación, provocaría que la población infantil y adolescente sufra consecuencias del descuido, enfrentando dolores dentales a temprana edad, focos infecciosos que terminan por deteriorar los dientes.

Considerando la falta de interés en el tema, al no tener ningún dato estadístico en Moquegua, resulta importante medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los familiares en escolares con discapacidad del Centro Educativo Básico Especial, 2016 y establecer qué relación encontramos con la higiene oral. De esta manera se podrá determinar necesidades que contribuirán a mejorar la salud bucal del escolar con discapacidad.

En cualquier caso, los profesionales de la salud oral y los cuidadores de estos pacientes tienen el deber de procurar garantizarles una boca saludable, lo que exige una formación específica que les proporcione conocimientos y habilidades que potencien el concepto de los "cuidados orales preventivos"⁽⁸⁾.

Al prepararnos para mejorar las medidas de prevención en definitiva, determina las condiciones

de las personas con discapacidad, suponemos que todo padre de familia debería involucrarse en estos temas de prevención, independientemente de la discapacidad de los escolares, sin embargo, al desconocerse la relación entre el nivel de conocimiento en salud bucal de padres de familia y la higiene oral de su hijo con discapacidad, se hace dificultoso determinar el grado de responsabilidad de los padres de familia, asumiendo que existe un bajo nivel de conocimiento de estos padres en temas de prevención, ocasionando una mala higiene oral de su hijo con discapacidad.

Ante esta situación surgen, las siguientes interrogantes ¿Cuánto saben los familiares sobre salud bucal?, ¿Qué medidas preventivas conocen? y, si tienen conocimiento ¿Ponen en práctica este conocimiento? ¿Cuál será el efecto en la higiene bucal que presenta el escolar con discapacidad?

La necesidad de obtener respuestas a estas preguntas, me motivaron a realizar el presente proyecto de investigación, considerando la problemática en un ámbito local, en contraste con el nacional e internacional.

MÉTODO

De acuerdo a la naturaleza que nuestro estudio reúne, por su nivel de investigación corresponde a relacional, de tipo observacional, prospectiva, transversal.

Población y muestra

Estudiantes matriculados en el Centro Educativo Básico Especial “María Auxiliadora” en el año 2016, con sus respectivos familiares quienes se hacen cargo de su cuidado. En un total de 17 alumnos.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de inclusión:

Familiares que tengan a cargo un escolar con discapacidad.

Escolares con discapacidad

Criterios de exclusión:

Familiares que no deseen participar en el presente estudio y no hayan firmado el consentimiento informado.

Escolares con discapacidad que no colaboren.

Escolares con discapacidad que manifiesten estado general de salud comprometido.

Técnicas

Se utilizó 2 técnicas:

La técnica de encuesta: La información se obtuvo mediante la aplicación de un test/prueba especialmente diseñada para el estudio en los cuales evaluamos el número de aciertos, en relación a las preguntas.

La observación directa: Se utilizó para medir el índice de higiene bucal de los escolares con discapacidad una ficha donde se registró la cantidad de placa blanda y dura encontrada alrededor de los dientes, mediante el IHOS de Green y Vermillon, este índice se encuentra validado y es utilizado en los diferentes estudios donde se quiere evaluar higiene bucal a su vez frecuentemente usada por el Ministerio de Salud ⁽⁹⁾.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de información fueron de tipo elaborado y pasaron por un proceso de validación.

Test/prueba: Para determinar el nivel de conocimientos sobre Salud Oral, el cuestionario que se usó fue tomado de la tesis “Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú” cuyo autor es Doris Cabellos, este cuestionario se encuentra validado y ha sido utilizado en diferentes estudios. Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente de Alfa de Crombach (0,8935) y fue validado con el coeficiente de correlación de Pearson ⁽¹⁰⁾.

La recolección de datos se realizó siguiendo un cronograma preestablecido, se reunió los padres de familia dentro de un horario establecido por la institución, para lo cual fueron informados previamente del día en que se realizó esta prueba, a su vez se informó también la importancia y el propósito de la investigación para que firmen el consentimiento informado.

El cuestionario consta de 12 preguntas referidas a higiene bucal, agrupados en cuatro partes, de acuerdo a los objetivos de la investigación:

La primera parte: Elementos de higiene bucal.
 La segunda parte: Hábitos de higiene bucal.
 La tercera parte: Presencia de patología bucal como consecuencia de la higiene bucal.
 La cuarta parte: Técnica de higiene bucal.

Cada parte constaba de sub. Ítems que hacen un total de 3 preguntas por área a investigar y cuyas respuestas son de tipo cerrada ⁽¹³⁾.

La calificación se realizó teniendo en consideración los siguientes números de aciertos:

Nivel de conocimiento bajo: 0-4 Preguntas acertadas.
 Nivel de conocimiento regular: 5-8 Preguntas acertadas.
 Nivel de conocimiento alto: 9-12 Preguntas acertadas.

Ficha de observación IHO-S: Para determinar la higiene oral de los escolares con discapacidad, el investigador observó de manera directa la boca del escolar con discapacidad, previa sensibilización para tener la colaboración del niño, se realizó de acuerdo a las secciones y en los horarios coordinados con la Dirección de la Institución María Auxiliadora.

La ficha de observación constó del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S) de Green y Vermillón.

El IHO-S consta de dos elementos: un índice de desechos simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés simplified debris index) un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés simplified calculus index). Cada uno se valora en una escala de 0 a 3. Solo se empleó para el examen un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor o una sonda periodontal, y no se usaron agentes reveladores. Las seis superficies dentales examinadas en el IHO-S son las vestibulares del primer molar superior derecho, el incisivo central superior derecho, el primer molar superior izquierdo y el incisivo central inferior izquierdo. Asimismo, las linguales del primer molar inferior izquierdo y el primer molar inferior derecho ⁽¹¹⁾.

La calificación DI-S se obtuvo por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.

La valoración CI-S se realizó colocando con cuidado un explorador dental en el surco gingival distal y llevándolo en sentido subgingival, desde el área de contacto distal hacia la mesial (una mitad de la circunferencia dental es considerada como la unidad de calificación). El cuadro anterior incluye los criterios para calificar el componente referente al sarro en el parámetro IHO-S. La puntuación CI-S se obtuvo por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas. La calificación IHO-S por persona es el total de las calificaciones DI-S y CI-S por sujeto.

A continuación se expresan los valores clínicos de la limpieza bucal, respecto a los desechos que es posible relacionar con las calificaciones DI-S agrupadas:

- Adecuado 0,0 – 1,2
- Aceptable 1,3 – 3,0
- Deficiente 3,1 – 6,0

Estrategias o procedimientos

Organización

Se realizó las coordinaciones necesarias con el Centro Educativo Básico Especial "María Auxiliadora", a efecto de poder medir el nivel de conocimiento de los familiares y la higiene oral de los escolares con discapacidad aplicando los instrumentos planeados para la realización del presente estudio.

Recolección

Se realizó la recolección de datos en 3 etapas, la primera y segunda será aplicar el IHO-S de Green y Vermillon en los escolares con discapacidad del Centro Educativo Básico Especial "María Auxiliadora".

Posterior a estas sesiones la última se realizó una reunión con los familiares de los escolares con discapacidad del Centro Educativo Básico Especial "María Auxiliadora", en donde se aplicó el test/prueba para medir el nivel de conocimientos de estos sobre Salud Bucal.

Los familiares que no pudieron llegar a esta evaluación, recibieron visita domiciliaria donde individualmente pudieron rendir su prueba.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Luego de la recolección de nuestros datos primero se realizó una estadística descriptiva, para resaltar las características de la población de estudio, así mismo para medir el nivel de conocimientos y el índice de higiene oral, para ello trabajaremos con un software estadístico SPSS versión 22.

Para contrastar nuestra hipótesis realizamos una estadística inferencial trabajando con un nivel de significancia del 5% y el estadístico de prueba a utilizar fue CHI 2 de independencia, que nos sirvió para determinar si existe asociación entre el nivel de conocimientos de los familiares y la higiene bucal de los escolares con discapacidad.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa la distribución de nuestra población de estudio, el sexo que prevalece es el masculino con seis de cada diez estudiantes (64,71%), siendo el resto femenino.

El grupo etéreo que prevalece en nuestra población es de 4 a 10 años con un (64,71%) y de 11 a 16 años un (35,29%).

Según el tipo de discapacidad, la psíquica es la predominante correspondiendo algo más de la mitad de la población de estudio (58,82%), seguida de la discapacidad mixta donde dos de cada diez estudiantes la presentan (23,53%) siendo la discapacidad física la que se presenta con menor frecuencia.

Respecto al sexo del familiar que está más al cuidado de los estudiantes discapacitados, las tres cuartas partes son mujeres, mientras que apenas una cuarta parte son varones.

Tabla 1. Características de la población

Características	N° 17	%
Sexo escolares		
Masculino	11	64,71
Femenino	6	35,29
Edad		
4 – 10	11	64,71
11-16	6	35,29

Características	N° 17	%
Tipo discapacidad		
Física	3	17,65
Psíquica	10	58,82
Mixta	4	23,53
Sexo familiares		
Masculino	4	23,53
Femenino	13	76,47

La tabla 2 nos muestra el nivel de conocimientos que presentan los familiares según el sexo, resalta la totalidad de varones evaluados presentan un conocimiento regular, a diferencia de lo encontrado en el sexo femenino que alcanza solo la mitad (53,8%) tiene un conocimiento regular, mientras que un 46,2% de mujeres tiene un conocimiento bajo.

Cabe resaltar que ningún padre de familia presentó buen nivel en conocimientos.

Al relacionar el nivel de conocimientos bajo con alguno de los sexos mediante la prueba estadística Chi2 de independencia, no se pudo demostrar asociación al encontrar un valor de p no significativo (p valor = 0,091).

Tabla 2. Nivel de conocimiento del familiar según sexo

Nivel de conocimiento	Bajo		Regular		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	0		4	100	4	100
Femenino	6	46,2	7	53,8	13	100
Total	6	35,3	11	64,7	17	100

Fuente: Elaboración propia
Chi2 de independencia = 2,853

En la tabla 3 se presenta el nivel de conocimiento del familiar y el diagnóstico del tipo de discapacidad del escolar, encontrándose que, de los familiares de los escolares con discapacidad psíquica, un 66% tiene un nivel de conocimiento bajo y el 33,3% un conocimiento regular.

Se observa también que las tres cuartas partes del total de familiares que tienen conocimiento regular (75,0%), corresponde a escolares que presentan discapacidad física y psíquica, mientras que la cuarta parte de estos tiene un conocimiento bajo.

Además, los familiares de escolares con discapacidad psíquica, siete de cada diez familiares presentan un nivel de conocimiento regular y un 30% tiene un nivel de conocimiento bajo. Al relacionar el nivel de conocimiento del padre de familia y el diagnóstico del tipo de discapacidad del niño mediante la prueba estadística Chi2 de independencia, no se pudo demostrar asociación al encontrar un valor de p no significativo (p valor = 0,449).

Tabla 3. Nivel de conocimiento del familiar según tipo de discapacidad del escolar

Nivel de conocimiento	Bajo		Regular		Total	
	N	%	N	%	N	%
discapacidad						
Física	2	66,7	1	33,3	3	100
Psíquica	3	30,0	7	70,0	10	100
Mixta	1	25,0	3	75,0	4	100
Total	6	35,3	11	64,7	17	100

Fuente: Elaboración propia
Chi2 de independencia = 1,601

La tabla 4 muestra el índice de higiene oral y el sexo del escolar con discapacidad, observándose que un poco más de la mitad de los estudiantes varones (54,5%) tiene una higiene oral deficiente.

Asimismo se observa que las dos terceras partes 66,7% de las alumnas manifiestan una higiene oral aceptable. Al relacionar el índice de higiene oral y el sexo del escolar mediante la prueba estadística Chi2 de independencia no se pudo demostrar asociación al encontrar un valor de p no significativo (p valor = 0,402).

Tabla 4. Higiene oral según sexo del escolar con discapacidad

Higiene oral	Deficiente		Aceptable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo del escolar						
Masculino	6	54,5	5	45,5	11	100
Femenino	2	33,3	4	66,7	6	100
Total	8	47,1	9	52,9	17	100

Fuente: Elaboración propia
Chi2 de independencia = 0,701

En la tabla 5 observamos el índice de higiene oral que presentan los escolares y el tipo de discapacidad, donde las dos terceras partes (66,7%) de escolares que tienen una higiene oral deficiente presentan discapacidad física, el resto (33,3%) tiene una higiene aceptable.

También se observa que la mitad del total de escolares con discapacidad psíquica, 50% tiene una higiene oral deficiente, mientras que la otra mitad tiene una higiene oral aceptable.

Además, la cuarta parte de escolares (25%) con discapacidad mixta tiene una higiene oral deficiente y las tres cuartas partes restantes tienen una higiene oral aceptable.

Al relacionar el índice de higiene oral y el tipo de la discapacidad de los escolares mediante la prueba estadística Chi2 de independencia, no se pudo demostrar asociación al encontrar un valor de p no significativo (p valor = 0,528).

Tabla 5. Higiene oral según tipo de discapacidad del escolar

Hig. Oral	Deficiente		Aceptable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Discapac.						
Física	2	66,7	1	33,3	3	100
Psíquica	5	50,0	5	50,0	10	100
Mixta	1	25,0	3	75,0	4	100
Total	8	47,1	9	52,9	17	100

Fuente: Elaboración propia
Chi2 de independencia = 1,279

La tabla 6 se observa el nivel de conocimientos del familiar y el índice de higiene oral que presentan los escolares. Donde tres de cada diez escolares de familiares con un nivel de conocimiento bajo (29,4%), muestran un índice de higiene oral deficiente, mientras que solo un 5,9% una higiene oral aceptable.

Asimismo cerca de la mitad de los escolares (47,1%) de familiares con un nivel de conocimiento regular, presentan una higiene oral normal mientras que el 17,6% muestran un índice de higiene oral deficiente. Al relacionar el nivel de conocimiento bajo del familiar

y el índice de higiene oral deficiente mediante la prueba estadística Chi² de independencia se pudo demostrar la relación al encontrar un valor de p significativo (p valor = 0,027).

Tabla 6. Nivel de conocimiento del familiar en relación a la higiene oral del escolar con discapacidad

Nivel de conocimiento	bajo		regular		total	
	N	%	N	%	N	%
Higiene oral						
Deficiente	5	29,4	3	17,6	8	47,1
Aceptable	1	5,9	8	47,1	9	52,9
Total	6	35,3	11	64,7	17	100

Fuente: Elaboración propia
Chi² de independencia = 4,898

DISCUSIÓN

En la tabla 2 se observa el nivel de conocimientos que presentan los familiares según el sexo, donde la totalidad de varones evaluados (100,0%) presentan un conocimiento regular a diferencia de lo encontrado en el sexo femenino donde el 46,2% de mujeres presentan un conocimiento bajo. Resaltamos que ningún familiar en ambos sexos presentó buen nivel en conocimientos.

Al relacionar el nivel de conocimientos bajo con alguno de los sexos, no se pudo demostrar asociación al encontrar un valor de p no significativo (p valor = 0,091).

Estos resultados pueden deberse a la desinformación de los familiares del sexo femenino en cuanto a la salud bucal, probablemente ocasionado por la sobrecarga de actividades que las mantienen ocupadas y más alerta sobre la enfermedad sistémica del escolar con discapacidad, dejando de lado su salud bucal. Por el contrario, los familiares de sexo masculino demuestran estar más informados sobre este tema en contraste con las del sexo femenino porque tienen mayor facilidad de acceso a la información por su condición laboral.

Por el contrario, Benavente en el estudio sobre nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años, encontró que existe asociación significativa entre el grado de instrucción y el nivel de conocimiento (p = 0,02) ⁽¹²⁾

Resultados similares a los nuestros se encontraron en los estudios de Cabellos donde no se encontró relación entre el sexo y el nivel de conocimiento de los padres de niños con discapacidad, siendo el valor de p = 0,75; no significativo. Sin embargo en el mismo estudio ya mencionado, la población de padres tanto femenino y masculino en un 18,9% presenta un buen nivel de conocimientos, este porcentaje aun así es bajo demostrando de este modo el poco interés en la capacitación sobre salud bucal de los padres o tutores ya sean varones o mujeres⁽¹⁰⁾

En la tabla 3 se presenta el nivel de conocimiento del familiar y el tipo de discapacidad del escolar, encontrándose que seis de cada diez familiares de los escolares con discapacidad física, tiene un nivel de conocimiento bajo y un 33,3% alcanzan un conocimiento regular.

A diferencia de la familia de los escolares con discapacidad psíquica (70,0%) y discapacidad mixta (75,0%); donde siete de cada diez familiares presentan un nivel de conocimientos regular y el resto, nivel de conocimiento bajo.

Al relacionar el nivel de conocimiento del familiar y el tipo de discapacidad del escolar no se pudo demostrar asociación al encontrar un valor de p no significativo (p valor = 0,449).

Podemos señalar que el tipo de discapacidad que presenta el escolar, es independiente del nivel de conocimiento que tienen los familiares del Centro Educativo Básico Especial María Auxiliadora.

Sin embargo, los familiares de los escolares con discapacidad mixta están un poco más informados que los familiares de escolares con una sola discapacidad. Esto puede deberse a que los familiares de escolares con discapacidad mixta, obtuvieron más información al tener hijos con una discapacidad más compleja, invirtiendo mayor tiempo en adquirir conocimientos para brindarles un mejor cuidado.

Resultados similares se presentaron en los estudios de Cabellos donde no se encontró relación entre el nivel de conocimiento del Padre y la Discapacidad del niño, dando como resultado un p valor de 0,92 ⁽¹⁰⁾

En la tabla 4 se observa el índice de higiene oral y el sexo del escolar, observándose que algo más

de la mitad de los escolares varones (54,5%) tiene una higiene oral deficiente. A diferencia en el sexo femenino donde seis de cada diez 66,7% presentan una higiene normal.

Al relacionar el índice de higiene oral y el sexo del escolar con discapacidad, no se pudo demostrar asociación al encontrar un valor de p no significativo (p valor = 0,402).

En cuanto al índice de higiene oral en relación al sexo, nuestros resultados de mayor conocimiento sobre higiene bucal por parte de los familiares del sexo femenino a diferencia del sexo masculino, pueden ser debido a una mayor preocupación en el cuidado de las niñas por ser más frágiles y delicadas, lo que conlleva a una mayor sobreprotección que se ve incrementado por la discapacidad que presentan.

Resultados similares encontramos en el estudio de Cabellos donde se presentó que el índice de higiene oral encontrado en los niños discapacitados del Centro Ann Sullivan del Perú fue en un 88,9% malo, así mismo coinciden con las investigaciones de Requena Blas, Storhaug, Thornton, Van Grunsven y Koelen, Whyman y Lamas Lara que obtuvieron altos índices de higiene oral ⁽¹⁰⁾

En la tabla 5 se aprecia el índice de higiene oral que presentan los escolares y el tipo de discapacidad, donde las dos terceras partes, (66,7%) de escolares que tienen una higiene oral deficiente presentan discapacidad física, el resto (33,3%) tiene una higiene normal.

Asimismo se observa que la mitad de los escolares con discapacidad psíquica tiene una higiene oral deficiente, el 50,0% restante tiene una higiene oral normal.

Además, las tres cuartas partes de escolares (75,0%) con discapacidad mixta presentan una higiene oral normal, el resto tiene una higiene oral deficiente.

Al relacionar el índice de higiene oral y el tipo de la discapacidad de los escolares no se pudo demostrar asociación al encontrar un p valor de 0,528.

Casi la mitad de nuestra población de escolares con discapacidad tiene una higiene oral deficiente y ninguno presenta una buena higiene oral, lo cual no va en relación a su tipo de discapacidad, si no esto

se debe a la despreocupación y la poca capacitación de los familiares, ya que se enfocan más en la discapacidad en sí que en la salud bucal del escolar.

Sin embargo, las causas de la falta de higiene oral son varias, desde problemas físicos con falta de coordinación motora y limitación de habilidades, hasta problemas de conducta o falta de cuidados asistidos por parte de un responsable⁽¹³⁾

Es conocido que la higiene es completa responsabilidad de los familiares, sin embargo, los escolares por su discapacidad física, psíquica o mixta no tienen desarrollados la motricidad o coordinación para realizar una correcta higiene oral, por lo tanto, no son conscientes de las consecuencias de una mala higiene oral.

Resultados similares se manifestaron en los estudios realizados por Cabellos que relacionó el IHO y la discapacidad de los niños de C.A.S.P. en el cuál no se encontró relación significativa dando como resultado un valor de $p = 0,48$ siendo mayor a 0,05 a su vez no significativo⁽¹⁰⁾. Determinando que el mayor IHO deficiente, se dio en el Síndrome de Down al igual que en el Retardo Mental, con un IHO malo de 92,31%, en comparación con el Autismo que presentó un menor porcentaje de IHO malo, con un 84,21%.

Motta en su estudio "Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del Colegio Especial Santa Teresa de Courdec", realizado el año 2011, en relación al índice de higiene oral simplificado según el diagnóstico se encontró un valor de $p = 0,471$ ⁽¹⁴⁾

En la tabla 6 se presenta el nivel de conocimiento del familiar y la higiene oral de los escolares con discapacidad.

Se observa que el 29,4% de familiares con un nivel de conocimiento bajo, los escolares tienen una higiene oral deficiente, mientras el conocimiento mejora a un nivel regular siendo este un 47,1% la higiene oral del escolar con discapacidad también progresa a un nivel considerado dentro de los parámetros como normal.

Al relacionar el nivel de conocimiento bajo del padre y el índice de higiene oral deficiente se pudo demostrar la relación al encontrar un valor de p significativo (p valor = 0,027) existe una relación

directa entre estos, a mayor conocimiento del familiar del escolar con discapacidad la higiene oral mejora, mientras que a menor instrucción del familiar la higiene es deficiente.

Los resultados que muestran relación entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los familiares y la higiene oral del escolar con discapacidad, se sustentan en el conocimiento que tienen los familiares, sea bajo o regular, los escolares presentan higiene oral baja y regular al mismo tiempo. Si el nivel de conocimiento de los familiares mejora, la higiene oral del escolar con discapacidad también mejora. Esto se debe a que el conocimiento que tienen se aplica, en el mejor cuidado y al no tener conocimiento suficiente no pueden enseñar ni aplicar algo que ellos mismos no saben⁽¹⁵⁾

Resultados similares se encuentran en el estudio realizado por Vásquez⁽¹⁶⁾, donde dichos resultados muestran que existe una relación significativa entre el nivel de educación de salud bucal de padres o apoderados y el estado de higiene bucal del niño con discapacidad intelectual ($p=0,037$), dichos resultados coinciden con la relación de significancia para ($p=0,036$) reportados por Benavente, así mismo los resultados reportados por Chileno⁽¹⁷⁾, ($p<0,05$) lo cual nos permite confirmar a relación existente entre el conocimiento sobre salud oral y la experiencia de caries e higiene oral de sus hijos con discapacidad.

Marchena observó que el valor de la prueba Gamma para variables ordinales, es altamente significativo ($p<0,05$). Esto indica que existe relación significativa directa de grado fuerte (0,693) entre el nivel de 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⁽¹⁸⁾

Cabellos en su estudio encontró una relación estadísticamente significativa, entre IHO y Nivel de conocimiento con un $p<0,05$ y una correlación inversa regular significativa, entre IHO y Nivel de conocimiento con un $(-0,58) p<0,05$ ⁽¹⁰⁾

CONCLUSIONES

1. El nivel de conocimientos sobre salud bucal en familiares de los escolares con discapacidad alcanza un 64,7% en la categoría regular y éste es independiente del sexo que tienen ($p=0,091$).
2. El tipo de discapacidad en los escolares, no está asociado al nivel de conocimiento sobre salud bucal que presentan sus familiares ($p=0,449$).
3. La higiene oral en los escolares con discapacidad alcanza niveles de aceptable y deficiente en proporción de 52,9% y 47,1% respectivamente, siendo este independiente del sexo que poseen ($p=0,402$).
4. La higiene oral de los escolares con discapacidad, no se encuentra asociado a su tipo de discapacidad ($p=0,528$).
5. La higiene oral de los escolares con discapacidad, está asociada de forma directa y significativa al nivel de conocimiento sobre salud bucal de sus familiares en un 29,4% en el nivel bajo y un 47,1% en el nivel regular ($p=0,027$).

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bloom BS. Taxonomía de los objetivos de la educación. 8va, editor 1956. 364 p.
2. Salud OMS. Temas de Salud: Discapacidades [Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>].
3. Discapacidad en el Perú [press release]. Lima Perú 2013.
4. Perú MdSd. Estrategias Sanitarias: Salud Bucal Lima Perú [Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13].
5. Discapacidad y salud [nota de prensa]. 2016.
6. Elías R. Odontología para pacientes con necesidades especiales. 1era ed. Madrid, España: Ripano; 2008. 220 p.
7. Benavente-Lipa LÁ. Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental. Odontología Sanmarquina. 2007;1:3 - 7.

8. Pérez-Serrano ME, Linares-Posse J, Fernández-Feijoo J. Manual de higiene oral para personas con discapacidad. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2012.
9. Herrera-Chave IPR, Ortiz-León FA, Oliveros-Manero AM, Jimenez-Yano JF, Benavente-Lipa LA, Donet-Orrago LM. Procedimientos odontológicos en atención primaria. Lima Perú: Essalud; 2011.
10. Cabellos-Alfaro DA. Relación entre el nivel de conocimientos sobre higiene bucal de los Padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el Centro Ann Sullivan del Perú. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
11. Iruretagoyena MA. Índice simplificado de higiene oral. Buenos Aires Argentina: Salud Dental para todos; 2014 [Disponible en: <http://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>].
12. Benavente-Lipa LA, Chein-Villacampa SA, Compodínico CH, Palacios RE, Ventocilla AMS. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. Odontología Sanmarquina. 2012;1:14 -8.
13. Silvestre-Donat FJ, Plaza-Costa A. Odontología en Pacientes Especiales. Universidad de València ed. 1, editor. Valencia - España 2007. 325 p.
14. Motta-Candela AP. Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del Colegio Especial Santa Teresa de Courdec mayo- junio 2011. Lima - Perú: Universidad San Martín de Porras; 2011.
15. Tudela P, Bajo MT, Maldonado A, Moreno S, Moya M. Capacidad de aplicar conocimiento a la práctica Granada - España 2005 [Disponible en: <http://www.um.es/docencia/agustinr/ie/competencias/46tico.htm>].
16. Vásquez-Mejía M. Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. Lima - Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2009.
17. Chileno-Arana MDP. Relación entre el nivel de conocimientos de los padres sobre salud oral y presencia de caries e higiene oral en escolares con discapacidad. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
18. Marchena-Pejerrey ZE. Relación entre el nivel de 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. Pimentel - Perú: Universidad Señor de Sipán; 2015.

Correspondencia: Claudia Elizabeth Valderrama Charaja

Dirección: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad José Carlos Mariátegui, C.P.M. San Antonio s/n, Mariscal Nieto, Moquegua 18001, Perú
Correo electrónico: claudia.valderrama@outlook.com