

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE  
LA SALUD**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**TESIS:**

**CULTURA SANITARIA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE  
SALUD BUCAL DE LOS INTEGRANTES DE LA ASOCIACIÓN UNIÓN  
DOWN DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA, 2019**

Para optar el Grado Académico de  
**MAESTRO EN CIENCIAS**  
**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

**Bachiller: JESSICA JENNIFER MIRANDA CORTEGANA**

Asesora:

**Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**

**Cajamarca – Perú**

**2021**

COPYRIGHT © 2021 by  
**MIRANDA CORTEGANA JESSICA JENNIFER**  
Todos los derechos reservados

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



### **UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

#### **PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

#### **TESIS APROBADA:**

#### **CULTURA SANITARIA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS INTEGRANTES DE LA ASOCIACIÓN UNIÓN DOWN DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA, 2019**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

Presentada por:

**Bachiller: JESSICA JENNIFER MIRANDA CORTEGANA**

#### **JURADO EVALUADOR:**

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva  
Asesora

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez  
Jurado Evaluador

Dr. Giuseppe Martín Reyna Cotrina  
Jurado Evaluador

M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada  
Jurado Evaluador

Cajamarca – Perú

2021



**Universidad Nacional de Cajamarca**

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD

**Escuela de Posgrado**

CAJAMARCA - PERU



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS**

Siendo las 17 horas del día 15 de junio de dos mil veintiuno, reunidos a través de [meet.google.com/unf-dfvb-vqn](https://meet.google.com/unf-dfvb-vqn), creado por la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ, Dr. GIUSSEPE MARTÍN REYNA COTRINA, M.Cs. MARTHA ESTHER RODRIGUEZ TEJADA**, y en calidad de Asesora la **Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca y la Directiva para la Sustentación de Proyectos de Tesis, Seminarios de Tesis, Sustentación de Tesis y Actualización de Marco Teórico de los Programas de Maestría y Doctorado, se dió inicio a la Sustentación de la Tesis titulada: **CULTURA SANITARIA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS INTEGRANTES DE LA ASOCIACIÓN UNIÓN DOWN DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA, 2019.**, presentada por la **Bach. en Estomatología JESSICA JENNIFER MIRANDA CORTEGANA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó **la aprobación por unanimidad**, con la calificación de **DIECISIETE** la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Estomatología JESSICA JENNIFER MIRANDA CORTEGANA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 18:35 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....  
**Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva**  
Asesora

.....  
**Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez**  
Jurado Evaluador

.....  
**Dr. Giuseppe Martín Reyna Cotrina**  
Jurado Evaluador

.....  
**M.Cs. Martha Esther Rodríguez Tejada**  
Jurado Evaluador

## **DEDICATORIA**

A mis padres Humberto y Genie por su apoyo incondicional durante todo el proceso de mi formación profesional por guiarme y motivarme para ser mejor cada día.

A mis abuelitos José Luis y Emperatriz por sus enseñanzas y cuidados durante mi niñez, por siempre inculcarme a ser responsable y siempre expresar su sabio consejo de que la única forma de superarnos es mediante la educación y preparación profesional constante

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser parte fundamental en mi vida por su guía espiritual y protegerme cada día

A la Universidad Nacional de Cajamarca y a toda la plana de docentes por la motivación para superarnos de manera profesional y el apoyo en la orientación de este trabajo de investigación.

Un agradecimiento especial a mi asesora Mercedes Marleni Bardales Silva por ser una excelente profesional y una gran persona quien me apoyó de manera incondicional durante todo el proceso de investigación.

A los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca por apoyarme con su tiempo y darme todas las facilidades para la recolección de datos y ejecución de esta investigación.

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	4
1.3 Justificación e importancia de la investigación.....	4
1.4 Delimitación de la investigación.....	6
1.5 Objetivos.....	6
1.5.1 Objetivo general.....	6
1.5.2 Objetivos específicos.....	6
1.6 Hipótesis.....	6
1.6.1 Hipótesis Alternativa.....	6
1.6.2 Hipótesis Nula.....	7
1.7 Definición de variables.....	7
CAPÍTULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes de la investigación.....	10
2.1.1 Nivel internacional.....	10
2.1.2. Nivel nacional.....	12
2.1.3 Nivel local.....	14
2.2 Bases Teóricas.....	14
A. Teoría de Déficit del Autocuidado.....	14
B. Teoría del aprendizaje social.....	16
C. Teoría cognitiva social.....	18
D. Modelo de promoción de la salud.....	19
2.3 Bases legales.....	21
2.4 Bases Teóricas Conceptuales.....	23

2.4.1 Cultura sanitaria familiar: .....	23
2.4.1.1. Cultura y proceso de la cultura. ....	23
2.4.1.2. Cultura Sanitaria y cultura familiar .....	24
2.4.2 Salud Bucal .....	29
2.4.2.1 Componentes de cultura en salud bucal .....	33
2.4.2.2. Cultura Sanitaria Bucodental. ....	35
2.4.2.3 Odontología y Cultura Sanitaria .....	40
2.4.3 Síndrome de Down.....	42
2.4.4 Test de evaluación Bucal .....	45
2.4.4.1. I HO-S.....	45
2.4.4.2 CPOD .....	45
2.5. Definición de Términos Básicos .....	46
CAPÍTULO III .....	48
MARCO METODOLÓGICO .....	48
3.1 Ubicación Geografía .....	48
3.2 Diseño de la investigación .....	48
3.3 Unidad de análisis y muestra .....	48
3.3.1 Población.....	48
3.3.2 Muestra.....	49
3.3.3. Unidad de análisis .....	49
3.3.4 Criterios de Inclusión .....	49
3.3.5 Criterios de Exclusión .....	49
3.4. Procedimiento, técnicas e instrumentos de recolección de datos: .....	50
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento .....	53
3.6. Procedimiento y análisis de datos .....	53
3.7. Aspectos éticos de la investigación.....	54
CAPÍTULO IV .....	55
Resultados .....	55
CAPÍTULO V .....	69
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES .....	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
ANEXOS .....	90

## ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.** Factores socioeconómicos de los padres/ tutores de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019 .....pág.55.
- Tabla 2.** Cultura sanitaria familiar según dimensiones en salud bucal en los padres / tutores de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019 .....pág. 56
- Tabla 2.1.** Cultura sanitaria familiar en conocimientos de la salud bucal, de los padres /tutores de la Asociación Unión Down. Ciudad de Cajamarca 2019 ..pág. 57
- Tabla 2.2.** Cultura sanitaria familiar en información y salud bucal de los padres /tutores de la Asociación Unión Down, Ciudad de Cajamarca 2019 .....pág.60
- Tabla. 2.3.** Cultura sanitaria familiar en hábitos en salud bucal de los padres /tutores de la Asociación Unión Down. Ciudad de Cajamarca 2019 .....pág. 61
- Tabla:2.4.** Cultura sanitaria familiar en creencias en salud bucal de los padres /tutores de la Asociación Unión Down, Ciudad de Cajamarca 2019 .....pág. 63
- Tabla:2.5.** Cultura sanitaria familiar en actitud y salud bucal de los padres /tutores de la Asociación Unión Down, Ciudad de Cajamarca 2019 .....pág. 64
- Tabla 3.** Estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down según índices CPO-D e IHOS, Cajamarca, 2019 .....pág. 66
- Tabla 4.** Relación entre cultura sanitaria familiar y CPO-D de los integrantes con síndrome de Down, Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca 2019 .....pág 67
- Tabla 5.** Relación entre cultura sanitaria familiar e Índice de Higiene Oral Simplificado en los integrantes de la Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca 2019 .....pág68

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS:	Atención primaria en salud
CEBE:	Centro de educación básico regular
CONADIS:	Consejo Nacional de la integración de la persona con Discapacidad
CPO-D:	Promedio de dientes permanentes careados, perdidos y obturados
IHO-S	Índice de higiene oral simplificado
MINSA:	Ministerio de Salud
OMS:	Organización Mundial de Salud
OPS:	Organización Panamericana de Salud
SD:	Síndrome de Down
UNESCO:	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la cultura sanitaria familiar y el estado de la salud bucal de los integrantes con Síndrome de Down de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca el año 2019. La investigación es descriptiva, correlacional, de diseño no experimental, de corte transversal. La Muestra fue no probabilística y conformada por 25 personas con síndrome de Down y 25 padres o tutores de estas personas, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado y validado. Los resultados muestran en las características socioeconómicas de los padres o tutores que la mayoría tiene más de 50 años de edad, el 84,0% fueron mujeres, el 56% tiene instrucción superior, la mayoría proceden de la provincia de Cajamarca, tienen estado civil casado, el 48% tiene como ocupación su casa y la mayoría tiene de uno a dos sueldos mínimos vitales. Al caracterizar la cultura sanitaria familiar se encontró que el 64% de padres tiene conocimiento moderado de la salud bucal, así el 48,0% indicó que el cepillado de los dientes debe hacerse una vez al día, la mitad reconoce a la caries dental, la tercera parte indicó que el cepillo de dientes debe cambiarse cada 3 meses; el 80% refirió que sus hijos tienen hábitos no saludables (44%) como chuparse el dedo, objetos, el 40% ofrece golosinas a sus hijos diariamente y consulta al odontólogo en casos de molestias bucodentales, predomina las creencias negativas y la mayoría (80%) tiene actitud de rechazo hacia la salud bucal. La prevalencia de caries dental 64%, indicador muy alto, el 80% presentó enfermedad gingival, el 60% de intensidad moderada. Se encontró relación significativa entre cultura sanitaria familiar y estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca, con un valor de  $p < 0.05$

**Palabras clave:** Cultura sanitaria familiar, salud bucal, síndrome de Down.

## ABSTRACT

The main objective of this research work was to determine the relationship between the family health culture and the state of oral health of the members with Down Syndrome of the Down Union Association of the city of Cajamarca in 2019. The research is descriptive, correlational, non-experimental design, cross-sectional. The Sample was non-probabilistic and made up of 25 people with Down syndrome and 25 parents or guardians of these people, to whom a structured and validated questionnaire was applied. The results show in the socioeconomic characteristics of the parents or guardians that the majority are over 50 years of age, 84.0% were women, 56% have higher education, the majority come from the province of Cajamarca, have marital status married, 48% have their home as occupation and the majority have one to two minimum living wages. When characterizing the family health culture, it was found that 64% of parents have moderate knowledge of oral health, thus 48.0% indicated that brushing the teeth should be done once a day, half recognize dental caries, the third part indicated that the toothbrush should be changed every 3 months; 80% reported that their children have unhealthy habits (44%) such as thumb sucking, objects, 40% offer sweets to their children daily and consult the dentist in cases of oral discomfort, negative beliefs predominate and the majority (80 , 0%) has an attitude of rejection towards oral health. The prevalence of dental caries 64%, a very high indicator, 80.0% had gingival disease, 60% of moderate intensity. A significant relationship was found between family health culture and oral health status of the members of the Down Union Association of the city of Cajamarca, with a value of  $p < 0.05$

**Key words:** Family health culture, oral health, Down syndrome

## INTRODUCCIÓN

En el Perú, a lo largo del tiempo, según el Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS) evidenció un crecimiento en el número de personas que padecen Síndrome de Down, y cómo se han ido integrando a la sociedad para tener una vida plena y satisfactoria como cualquier otro individuo. (1)

Como bien se conoce, las personas con síndrome de Down son dependientes e influenciables por su familia nuclear adoptando las costumbres y hábitos en la que se han desarrollado y ha sido transmitida de generación en generación; la dependencia se vuelve mayor cuando se habla de salud, al requerir cuidados especiales para realizar diversas actividades que ayuden en su higiene personal. (1)

Al tratar el tema de salud bucal, la higiene oral en cualquier persona es fundamental y en las personas con síndrome de Down es imprescindible; según la Organización Panamericana de la salud (OPS) describe a la salud oral como la puerta de entrada a la salud general de las personas ya que en la cavidad oral se da el inicio al proceso de alimentación. (2) Si la salud bucal se ve alterada la salud general se verá afectada también.

Es así, que se busca que las personas con Síndrome de Down tengan una salud integral para poder llegar a tener una estabilidad tanto emocional y física, ya que es un derecho y también una responsabilidad de todos los individuos al favorecer de manera directa el desarrollo de la persona, la familia y la sociedad (2). Ante la necesidad de que su entorno se vea más informado para contribuir y mejorar las condiciones de salud bucodental de las personas con Síndrome de Down y buscar alternativas de solución a sus afecciones dentales es que surgió la presente investigación con el anhelo de determinar la “relación entre cultura sanitaria familiar y la salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión

Down de la ciudad de Cajamarca 2019”. Los resultados obtenidos en la investigación constituyen un aporte básico para preocuparse un poco más por la salud bucal de estas personas y para futuras investigaciones.

El presente estudio se encuentra dividido por capítulos.

En el Capítulo I, se desarrolla el planteamiento del problema, formulación del Problema de investigación, justificación de la investigación y objetivos de la investigación.

En el Capítulo II, se presenta el marco teórico que incluye los antecedentes del estudio, las bases teóricas en la que se sustenta el planteamiento del problema, bases conceptuales, describiendo la cultura y cada uno de sus procesos, así como las características fenotípicas de las personas con Síndrome de Down, Hipótesis, variables y matriz de Operacionalización de las variables.

En el capítulo III, se describe el marco metodológico que aborda el diseño y tipo de estudio, criterios de selección (inclusión y exclusión), población y muestra, unidad de análisis, técnicas e instrumentos que fueron adaptados para poder desarrollar los objetivos de la investigación. Se determina la validez y confiabilidad del instrumento. Se presenta, asimismo, el procedimiento y análisis de datos y aspectos éticos que se tuvieron en cuenta en la investigación.

El capítulo IV, presenta los resultados de la investigación en cuadros estadísticos simples y de doble entrada o asociación, y se realiza el análisis uní y bivariado y la discusión de los datos, finalizando con las conclusiones y recomendaciones.

# CAPÍTULO I

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 Planteamiento del Problema

La salud bucal es parte fundamental de la salud general de todo individuo, la presencia de un estado de enfermedad en la cavidad oral afecta tanto mental y físicamente a las personas .(3) La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud bucodental como; “Un estado exento de dolor buco dental o facial crónico, cáncer de la cavidad bucal o la garganta, infección oral y anginas, periodontopatía, caries dental, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastorno que limita la capacidad de una persona para morder, masticar, sonreír y hablar, así como su bienestar psicológico” (4),sin embargo, el concepto de salud bucodental y el proceso de salud – enfermedad es diferente en cada grupo social ya que esto está determinado por los parámetros de normalidad de estos grupos, además se verán influenciadas por las condiciones socioeconómicas y culturales en las que estos se desarrollan.

En el año 2016 la OMS manifestó que las cargas mundiales de morbilidad en enfermedades bucodentales afectan a la mitad de la población mundial (3580 millones de personas) (4) ejemplo, el periodontopatía grave, es considera como la undécima enfermedad más prevalente a nivel mundial, esta provoca la pérdida de dientes y sus principales causas son la mala higiene bucal y el consumo de tabaco.

Es así que en un estudio realizado en el 2012 en Colombia se concluyó que el 91,58% de las personas entre 12 y 79 años han presentado en algún momento de su vida caries dental y 33,27% de los niños de 1, 3 y 5 años también han presentado antecedentes de alguna enfermedad de la cavidad oral (5).

Por otro lado, en Perú estas enfermedades representan un problema de salud pública por sus altos índices de prevalencia al ocupar el segundo lugar de morbilidad general de las consultas (6). Y esto se debe a las desigualdades en materia de salud bucodental las cuales se dan por factores biológicos, socio comportamentales, psicosociales, sociales y políticos que en su interacción van a determinar las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, es decir, los determinantes sociales (4).

Las personas que presentan alguna discapacidad se encuentran registradas en el Consejo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS) quienes al año 2021 tiene inscritas un total de 1575 402, de las cuales 18 640 presentaban Síndrome de Down, siendo un equivalente al 20.1 % del total de las personas registradas en este padrón (7). Por otra parte, en el departamento de Cajamarca entre el 2020-2021 existen 713 personas que padecen síndrome de Down, pero solo 275 pertenecen a la Asociación de las cuales 154 son de sexo masculino y 121 de sexo femenino según el presidente de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca (8).

Las personas con Síndrome de Down presentan mayor susceptibilidad y predisposición a contraer enfermedades bucodentales, agregado a esto el déficit de higiene, y el poco conocimiento de los padres sobre los problemas genéticos propios de su síndrome. Estas personas pueden presentar continuos malestares a causa de afecciones odontoestomatológicas y la indiferencia de algunos odontólogos, al no poder atenderlos ya que no son personas a las que no se les pueda someter a situaciones de mucho estrés o tratamientos que demande de mucho tiempo al irritarse con mayor facilidad (9).

En mi ejercicio profesional, se observó que las familias de las personas con síndrome de Down, tienen inadecuadas o insuficientes prácticas de salud bucal con sus hijos. Evidentemente este síndrome afecta emocionalmente a los padres y el entorno y probablemente esto genera inconvenientes para acudir tempranamente al profesional de

odontología para llevar un control periódico de la salud de bucal de sus hijos, así como tener conocimientos básicos para promover una salud bucal. Asimismo, se observa que la higiene bucal no es la adecuada en estas personas y se sabe que las personas con Síndrome de Down, requieren de cuidados especiales para realizar su higiene de acuerdo a la edad, a la cooperación o y al compromiso sistémico en general que tenga. Si la higiene bucal no es la adecuada presentan enfermedades bucales que les pueden producir dolor, incomodidad y por tanto necesidad de tratamiento.

Así mismo, se observa en los cuidadores o tutores de los niños una actitud inadecuada que en algunos casos no favorece la salud bucal del niño con síndrome de Down y esta es fundamental para la salud bucal y el bienestar de las personas, aspecto que es muy importante considerarlo debido a que a lo mejor los padres no fueron preparados para atender a un niño con síndrome de Down. De otro lado se aprecia que los padres buscan información de todos los lados con la finalidad de utilizarlo en el cuidado de sus hijos, lo cual constituye un riesgo debido a que todo no puede ser bueno para la salud de sus hijos, especialmente en la salud bucal.

También se observa que algunas personas con síndrome de Down presentan caries dental, y este es un serio problema de salud que los padres o tutores no reconocen o identifican o no le dan importancia. Generalmente la salud bucal no se valora en la población y menos en espacios donde los profesionales de odontología son escasos. Es importante mencionar que el paciente con Síndrome de Down presenta algunas condiciones que pueden favorecer el deterioro del estado de salud bucal, conllevando a la aparición de caries dental, gingivitis entre otras. Así también hay que tener en cuenta en estas personas que la situación cognitiva y motora influye en los hábitos de higiene bucal. Por estos aspectos es necesario contribuir a mejorar el estado de salud bucal de las personas con Síndrome de Down obviamente con la necesaria participación de padres, tutores o responsables del

cuidado de los mismos para mejorar la condición en salud bucal y, por ende, mejorar la calidad de vida en general de estos pacientes

Por lo mencionado en líneas anteriores se considera a los padres como parte fundamental para que las personas con síndrome de Down presenten una buena salud bucal; por ello, es que en el presente estudio se aborda la cultura sanitaria familiar que involucra aspectos de conocimientos, información, hábitos, creencias y actitudes de los padres (4). En el estado de salud bucal interesan las prácticas de higiene y la prevalencia de caries dental.

## **1.2. Formulación del Problema**

¿Cuál es la relación entre la cultura sanitaria familiar y el estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca, 2019?

## **1.3 Justificación e importancia de la investigación**

Las personas con síndrome de Down están expuestas a enfermedades bucodentales múltiples, establecer buenos hábitos e implantar conocimientos sobre medidas de higiene oral de este tipo de paciente es oportuno e indispensable (10).

El presente trabajo se justifica porque permite tener información de la problemática situacional de la salud bucal y la cultura sanitaria de las familias de los integrantes de la Asociación Down de la ciudad de Cajamarca.

Es reconocido que, el Perú ha implementado muchas políticas de salud que favorecen de manera directa a las personas con habilidades especiales en el ámbito público y privado (11). Sin embargo, estas políticas no se encuentran aplicadas apropiadamente y en muchos lugares hasta ignoran la existencia de las mismas a causa de que los profesionales que se encuentran a cargo de desarrollarlos no están debidamente capacitados o actualizados. Adicional a estas deficiencias existe una falta de insumos y recursos

humanos para la realización de un trabajo multidisciplinario y sectorizado. Por lo tanto, la investigación servirá de base para futuras investigaciones e implementar medidas educativas y de recursos al conocer la relación que existe entre el nivel cultural con la salud bucal de los integrantes de la Asociación unión Down de la ciudad de Cajamarca.

Con el presente estudio se ayudará a resolver o prevenir problemas de salud bucal en los integrantes de la asociación con síndrome de Down, más aún considerando que es una asociación en la que está agrupada buena cantidad de personas con esta enfermedad genética. Asimismo, el estudio promoverá el interés de los padres y de las decisiones de la asociación a desarrollar programas de educación a los padres en los que se aborden aspectos de la salud bucal y el rol fundamental que desempeñan en el bienestar de sus hijos. Por otro lado, motivará a los decisores de la asociación a mejorar su servicio proveyendo profesionales de odontología que ayuden no solo en el tratamiento, sino también en la prevención de afecciones bucales y sobre todo en la promoción de la salud bucal de los integrantes con síndrome de Down.

El estudio también beneficiará a los integrantes de la asociación con Síndrome de Down porque permitirá conocer las afecciones bucales oportunamente y lo que los padres deben saber y hacer para evitar complicar la salud de sus hijos e implementar las medidas de prevención y promoción de la salud, para evitar el dolor y sufrimiento en estas personas.

Es importante destacar que la Asociación Down de Cajamarca, ha expresado mucho interés en conocer las características de la cultura sanitaria familiar y la situación de la salud bucal con la finalidad de comunicárselos a los padres o tutores de los participantes con SD para mejorar la situación en los casos que hubiere y sobre todo para la implementación de medidas de promoción de la salud que permita a los integrantes gozar de salud y bienestar al que tienen derecho.

#### **1.4 Delimitación de la investigación**

La presente investigación comprende el abordaje de dos aspectos: la cultura sanitaria familiar y el estado de la salud bucal de la persona con Síndrome de Down. Para la cultura sanitaria familiar y por la definición de la misma se ha tenido en cuenta los conocimientos, información, creencias, hábitos y actitudes de las familias.

#### **1.5 Objetivos**

##### **1.5.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la cultura sanitaria familiar y el estado de salud bucal de los integrantes con Síndrome de Down de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019.

##### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características socioeconómicas de los padres o cuidadores de los integrantes de la Asociación Unión Down de Cajamarca.
- Caracterizar la cultura sanitaria familiar de los integrantes con síndrome de Down de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca.
- Determinar el estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca.

#### **1.6 Hipótesis:**

##### **1.6.1 Hipótesis Alternativa**

Existe relación significativa entre la cultura sanitaria familiar y el estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de Cajamarca.

### 1.6.2 Hipótesis Nula

No existe relación significativa entre la cultura sanitaria familiar y el estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de Cajamarca.

### 1.7 Definición de variables

**Variable dependiente:** Estado de salud bucal: Es un estado de normalidad, funcionalidad óptima, eficiente de los dientes y el sistema oro facial de las personas (4).

**Variable independiente:** cultura sanitaria familiar: Es la suma de conocimiento, información, hábitos, creencias y actitudes que son heredados por el individuo para poder percibir y entender su mundo, es aprendido mediante la familia y cuando ocurre problemas relacionados con la salud es donde la familia mediante sus experiencias de vida construye sus prácticas de cuidado y toman decisiones sobre cómo resolver el problema, ya sea acudiendo a un puesto de salud o la utilización de tratamientos caseros que se aprendieron en el hogar (12).

**Factores socioeconómicos:** Constituyen la relación del hombre con su entorno en la cual un grupo de individuos comparten características comunes que los vincula socioeconómicamente, sea por su función productiva o "social", poder adquisitivo o "económico" o por la posición dentro de la burocracia en una organización destinada a tales fines, pueden generar o ser generados por intereses u objetivos que se consideren comunes y que refuercen la solidaridad interpersonal (13).

Título: Cultura Sanitaria Familiar y su relación con el estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca				
Variable Categórica	Definición operacional de las variables			
	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento de recolección
Estado de salud bucal	Estado de normalidad, funcionalidad óptima, eficiente de los dientes y el sistema orofacial de las personas (4).	Higiene oral	Malo Regular Bueno	Ficha técnica de IHOS
		Caries Dental	Malo Regular Bueno	Ficha técnica de CPO-D
Cultura sanitaria familiar	Suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, creencias, actitudes y conocimientos relacionadas con la salud del individuo y sus familias (12).	Conocimiento de salud bucal	Alto : (Cuando contesta correctamente de 5-6 preguntas) Medio: (Cuando contesta correctamente de 3-4 preguntas) Bajo: (Cuando contesta correctamente de 1-2 preguntas)	Cuestionario
		Información	Adecuada (Cuando contesta correctamente de 3 a 6 preguntas) Inadecuada ((Cuando contesta correctamente de 1 a 2 preguntas)	
		Hábitos	Saludables (Cuando responde correctamente 3 preguntas) No saludables (Cuando responde correctamente de 1-2 preguntas)	
		Actitudes	Aceptación (Cuando responde correctamente de 3-4 preguntas) Rechazo ( Cuando responde correctamente de 1-2 preguntas)	

		Creencias	Aceptación (Cuando responde correctamente 3-4 preguntas) Rechazo (Cuando responde correctamente 1-2 preguntas)	Cuestionario
Factores Socioeconómicos	Es la relación del hombre con su entorno en la cual un grupo de individuos comparten una característica en común que los vinculada socioeconómicamente, sea por su función productiva o “social”, poder adquisitivo o económico o por la posición dentro de la burocracia. (13)	Nivel de Escolaridad	Sin grado de instrucción Primaria Secundaria Superior	
		Estado civil	Soltero Casado Conviviente Separado	
		Situación Laboral	Empleado permanente Empleado temporal Desempleado Independiente	
		Ingreso económico familiar	1 MV (mínimo Vital S/.790.0) 1-2 MV 3 a más MV	

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la investigación

##### 2.1.1 Nivel internacional

Mina C, en 2016, realizó un estudio donde se evaluó el nivel de 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 en Ecuador. Se midió el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres mediante una encuesta de 15 preguntas, dividido en cinco partes: se examinaron los índices de higiene oral (IHO-S) y de caries (CPOD y ceod) de los niños con discapacidad. Los resultados determinaron, un regular nivel de conocimiento sobre salud oral en los padres, con un 64,9%, el Índice de higiene oral en los niños, fue regular con un 74,2%, el índice (ceod) fue 1,37, indica un nivel bajo de piezas afectadas, mientras que el índice (CPOD) fue de 3,78, indica un nivel moderado de piezas afectadas por la enfermedad. Se concluye que hay una relación entre el IHO-S y el nivel de conocimiento, es decir, a mayor conocimiento de los padres de niños con discapacidad, menor es el IHOS (14).

Rodríguez M, en 2016, en su investigación titulada “componente bucal de la salud en niños con Síndrome de Down y retardo mental y su relación con la calidad de vida”; tuvo paradigmas cualitativo y cuantitativo, por este motivo utilizaron para la recolección de datos la observación participante y entrevista semiestructurada; desde el paradigma cuantitativo su muestra fue de 61 niños y adolescentes de ambos sexos con sus respectivos padres; en lo cualitativo se entrevistó a 3 padres. El instrumento que se aplicó fue el cuestionario de El Parenteral – Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ), Child Perceptions Questionnaire (CPQ), familiar Scale Impact Family (FIS). Los resultados a

los que llegaron fue que el índice CPOD de 2,16, CEO 1,20; IHOS 1,28, el dominio de mayor impacto en la salud bucal fue limitación funcional y dominio de actividad familiar; los padres relacionaron la calidad de vida y salud bucal con los espacios construidos y se concluyó que la salud bucal influyó en la calidad de vida de los niños con discapacidad; los impactos fueron prevalentes, pero no severos (15).

León E, en 2016, realizó una investigación donde evaluó el “Estado de higiene oral y salud gingival en niños con Síndrome de Down “en la ciudad Guayaquil Ecuador; su estudio fue observacional sin presencia de población ya que fue una investigación de tipo documentada que incluyó revistas científicas, documentos de internet, libros, tesis y páginas web. Los resultados pudieron determinar que el estado de la higiene oral en los pacientes con Síndrome de Down es muy escaso debido a que su discapacidad les dificulta la correcta técnica de aseo y por ello es necesario que reciban ayuda de sus padres para poder disminuir el alto índice de gingivitis y enfermedad periodontal (16).

Villacís K, Suarez E, *et.al* en 2016, realizaron una investigación donde evaluaron “caries y anormalidades bucodentales en niños con Síndrome de Down”. La investigación es del tipo teórico, descriptivo, transversal explicativo, en donde se tuvo acceso a 25 historias clínicas y Odontogramas con el fin de realizar la apropiada anamnesis y exploración física del paciente. Con esto se pudo concluir que existía un alto índice de enfermedad bucodental. El 60% de los niños realiza solo cepillado dental, 20% de los niños no había asistido jamás a una consulta con el odontólogo. Se presentó una baja incidencia de caries dental y con mayor ocurrencia la enfermedad periodontal, microdoncia, lengua fisurada y presencia de dientes supernumerarios. Los malos hábitos que prevalecieron fue respirador bucal al dormir y el bruxismo (17).

Martínez A, en 2017, realizó un estudio sobre “promoción de la salud oral a maestros y padres de familia con Niños con Discapacidad Motriz y Síndrome de Down en el periodo

de octubre - noviembre 2017” en Ecuador, el estudio fue de tipo descriptivo, analítico, prospectivo. La muestra del estudio fue de 48 personas tanto padres de familia como maestros de las cuales un 52.08% fueron padres de familia siendo un total de 25 personas y un 47.92% maestros siendo 23 personas. El resultado obtenido fue que el 60% de los padres de familia ha incentivado la promoción de la salud oral en su hijo, el 68 % de los cuidadores opinan que debería ser odontólogos especializados los que atiendan a sus hijos. También se concluyó que el 91% de los maestros a cargo de niños con discapacidad si recibían educación en salud bucodental y promoción de la salud oral en niños discapacitados y en los padres de familia (18).

### **2.1.2 Nivel nacional**

Pérez R, en 2015, realizó una investigación en la ciudad de Trujillo, su objetivo fue encontrar el “nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales”. El estudio de tipo prospectivo, transversal, descriptivo, observacional se desarrolló en todas las instituciones de educación especial de ciudad de Trujillo. Los resultados que se obtuvieron en este estudio fue regular, el conocimiento de salud oral en padres de niños con estudio fue que el nivel de conocimiento de salud oral en padres de niños con habilidades es habilidades especiales, según género, según de instrucción y su edad fue regular (19).

Carrillo N, en 2016, su estudio sobre el “nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del centro educativo básico especial (CEBE) Ricardo Bentin En el distrito de Rímac”. Se evaluó a 41 padres de los alumnos con síndrome de Down y 29 padres de los alumnos con Autismo. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento sobre salud bucal fue regular en el 63.4% de los padres de los niños que presentaban Síndrome de Down y en el 62.1% de padres de los niños con Autismo .Los padres de los alumnos con síndrome de Down según sexo, edad

y grado de instrucción presentaron un nivel de conocimiento regular el 66.7% y el 50% del sexo femenino y masculino respectivamente, fue mayor en el 75% de los padres que tienen entre 46 años de edad a más y en el 80% de los padres que tienen grado de instrucción superior y no hubo diferencias significativas (20).

Torres V, en 2017, su estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de los padres y la higiene oral en los alumnos del Centro Educativo Básico Especial del distrito de Iquitos, año 2017. El tipo de Investigación fue Cuantitativo con un diseño No Experimental de tipo descriptivo correlacional transversal. Su muestra estuvo conformada por 62 alumnos y padres de familia. Los instrumentos utilizados para identificar el nivel de conocimiento fue un cuestionario y para la higiene oral se utilizó una ficha de registro del Índice de Higiene Oral. Los resultados que se obtuvieron fue que el nivel de conocimiento de sobre salud bucal si está relacionado con la higiene oral en los alumnos del Centro Educativo Básico Especial, Iquitos 2017. Con respecto a la higiene oral, el 30.6% (19) presentaron buena higiene oral, un mayor porcentaje que representa al 61.3% (38) sus higiene oral fue regular, mientras que el 8.1% (5) de los alumnos fueron evaluados con una higiene oral mala. El 29.0% (19) de los alumnos presentaron buena higiene oral cuyos padres de familia obtuvieron nivel de conocimiento alto sobre salud bucal. Asimismo, el 4.8% (3) calificaron con mala higiene oral y nivel de conocimiento bajo de sus respectivos padres de familia (21)

Tipe C, en 2017, realizó un estudio que permitió la “evaluación del perfil epidemiológico oral en niños de 12 a 16 años con Síndrome de Down en el centro de educación básica especial “Divina Misericordia” Villa el Salvador – Lima 2017”. Su estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal donde su muestra fue de 107 adolescentes con edades de 12 a 16 años los resultados que obtuvieron fue que los adolescentes con

síndrome de Down de grado leve presentaban caries con una prevalencia del 42% los que padecían síndrome de Down de grado moderado 27.1% de prevalencia en caries .Así también se observó grado de mal oclusión en relación a la Clase III en un grado leve fue de 42.9% y en un grado moderado 25.2%, en la gingivitis leve 58.8% y en la periodontitis leve 85.9%, del IHOS fue regular con 66.2%. (22)

Tenazoa T, en 2017, estudio sobre el “nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades Especiales en el Centro Educativo Básico Especializado Iquitos 2017”. Quiso evaluar el nivel de conocimiento de los padres sobre salud bucal, general y demostrar la relación entre el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales y el Índice de Higiene Oral (IHOS) obteniendo los resultados de regular nivel de conocimiento en los padres, con un 20%, y el índice de higiene oral encontrado fue regular con un 48,3% estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el IHOS de los niños y el nivel de conocimiento de los padres de niños con habilidades especiales (23).

### **2.1.3 Nivel local**

Después de haber visitado las bibliotecas de las universidades de la ciudad de Cajamarca que tienen programas de salud y en especial el área de estomatología no se ha encontrado ningún estudio relacionado con el tema de investigación.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Teorías:**

#### **A. Teoría del déficit del autocuidado**

Según Dorothea Orem en su teoría expone que el autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo y no es innato, es una conducta que se va a ir

aprendiendo durante el proceso de crecimiento y desarrollo del ser humano; siendo el inicio todas las relaciones interpersonales, el desarrollo del autocuidado se ve afectado y modificado por la cultura, creencias, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidades a la que pertenecemos, cuando la capacidad de las personas no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado (24).

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto (24).

Esta teoría resalta que los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales. Este es un aspecto importante en las personas con SD, pues generalmente requieren de ayuda de su entorno más cercano para desarrollar algunas habilidades de autocuidado (24).

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos

pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita (24).

Dorothea Orem, plantea 3 aspectos importantes:

**El cuidar de uno mismo:** es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan (24).

**Limitaciones del cuidado:** son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros (24).

**El aprendizaje del autocuidado:** el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras (24).

## **B. Teoría del aprendizaje social**

Tener en cuenta esta teoría es importante en salud, debido a que indica que los aprendizajes se producen por observación. Albert Bandura en 1986 en su la teoría del aprendizaje cognoscitivo social manifiesta que gran parte del aprendizaje humano se da

en el medio social, por medio de un proceso de observación hacia las personas que la rodean y así va a adquirir conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes. Mediante la obtención de estos conocimientos, los utilizará para establecer comportamiento de conveniencia a lo que él cree que es correcto o incorrecto esperando resultados a consecuencia de sus actos (25).

La teoría del aprendizaje social se apoya en la idea de que los niños aprenden en entornos sociales por medio de la observación y de la imitación del comportamiento que vieron. También refuerza la idea de que el niño se ve afectado por la influencia de otros. Se basa en tres conceptos clave: que las personas pueden aprender a través de la observación, que el estado mental afecta este proceso de aprendizaje y que sólo porque se aprendió algo no significa que esto resulte en un cambio en el comportamiento de la persona (25).

Bandura explica que sería muy peligroso si las personas aprendieran sólo a base de su experiencia, como se creía anteriormente, en lugar de que sea a través de observar a otros y aprender de sus acciones. "Afortunadamente, en la mayoría de los humanos el comportamiento se aprende de manera observacional a través del modelado: al observar a otros se forma una idea de cómo se realizan los nuevos comportamientos, y en ocasiones posteriores, esta información codificada sirve como guía para la acción"(25).

El aprendizaje social es un proceso comportamental-cognitivo que tiene como principal característica la transmisión de habilidades, conocimientos e información entre los animales y que está ligado evolutiva y ontogenéticamente a la transmisión cultural, tanto en humanos como en otras especies animales (25).

### **C. Teoría cognitiva social:**

Esta teoría enfatiza que el comportamiento está influenciado por el ambiente y los factores personales. El comportamiento de una persona puede ser influenciado por sus creencias, actitudes y percepciones. Los conceptos centrales en la teoría cognitiva social son aquellos relacionados con las habilidades y la auto-eficacia. Si una persona recibe un incentivo relacionado con una conducta específica, cree que es capaz de desempeñarlo (Auto-eficacia). El éxito en el desempeño del comportamiento aumenta la probabilidad de que este comportamiento se repita en el futuro (26).

Esta teoría hace referencia a un factor personal clave para lograr un cambio comportamental, afirmando que éstos son mediados por un mecanismo cognitivo común que es la autoeficacia. La autoeficacia, es aquel conjunto de creencias personales de la capacidad de responder a las demandas situacionales. Se afirma que estas expectativas influyen en: a) las actividades que las personas escogen hacer, b) el esfuerzo para mantenerse en dichas actividades y c) el grado de persistencia demostrado para no fallar. Es un acercamiento social cognitivo para las causas de comportamiento en el que los comportamientos cognitivos, psicológicos, comportamentales y ambientales interactúan recíprocamente entre ellos. Esta interacción es conocida como determinismo recíproco, el cual afirma que el comportamiento y el funcionamiento humano son determinados por la influencia interrelacionada de los estados psicológicos, comportamentales, cognitivos y ambientales individuales. La autoeficacia se enfoca en el rol del autorreferente y provee un mecanismo común mediante el cual las personas demuestran control sobre sus propias motivaciones y comportamiento (26). Es importante que una persona sienta que cuenta con las capacidades, físicas, mentales y personales, así estará dispuesta a un cambio, sí por el contrario considera que no las posee es muy probable que se cierre a ésta posibilidad. Por otro lado, cuando las personas comienzan un cambio, y empiezan a ver

los resultados de éste, su autoeficacia cambia en la medida en que se están demostrando a ellos mismos logros que no pensaban poder cumplir, y cada vez se sentirán más capaces de comprometerse con nuevos retos personales (26).

#### **D. Modelo de Promoción de la Salud**

El modelo de promoción de la salud pretende aclarar las diferentes formas de interacción del ser humano con su entorno cuando intenta alcanzar el estado deseado de salud resaltando la unión entre características personales, experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr (27).

El modelo de promoción de la salud – MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (27).

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta) (27).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo

con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas (27).

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (27).

Los componentes centrales del modelo se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta, comprende 6 conceptos; el primero corresponde a los beneficios percibidos por la acción, que son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, alude a las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; el tercer concepto es la auto eficacia percibida, éste constituye uno de los conceptos más importantes en este modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta (27). La eficacia percibida de uno mismo tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. El cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; el quinto concepto habla de las influencias interpersonales, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar

conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto, indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud (27).

El Modelo de Promoción de la Salud ha sido utilizado por los profesionales de Enfermería en la última década, con frecuencia en diferentes situaciones, pero particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, lo que indudablemente es una parte esencial del cuidado. Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las(os) enfermeras(os) para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, el cual es utilizado para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo (27).

### **2.3 Bases legales**

En el Perú se han dado diversas leyes para las personas con discapacidad, las mismas que son importantes mencionarlas en el presente estudio, destacando entre otras:

- **Ley 27050**, o también llamada Ley general de las personas con Discapacidad promulgada en el año 1999, tiene por finalidad establecer régimen legal de protección, de atención de salud, trabajo, educación, rehabilitación, seguridad social y prevención, para que la persona con discapacidad alcance su desarrollo e integración social, económica y cultural (28).

Lo resaltante de esta ley es la creación del consejo Nacional de integración de la persona con Discapacidad (CONADIS) con la finalidad de que se regule y se aplique la ley.

-**Ley 29973**, promulgada en el año 2012 tiene la finalidad de establecer en el marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica. (29)

En el capítulo iv artículo 26 habla sobre el derecho a la salud, nos dice que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar de un alto nivel posible de salud sin discriminación, el estado va a garantizar el acceso a prestaciones de salud integrales de calidad e implementos con infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitados, incluidas la rehabilitación , salud sexual y reproductiva .El artículo 30 habla de los servicios de intervención temprana donde dice tienen derecho a acceder a programas de intervención temprana en los diferentes ministerios de educación, salud y desarrollo regionales y las municipalidades con énfasis en el área rural. (29)

-**Ley 24067**, Ley de Promoción, prevención rehabilitación y prestación de servicios, a fin de lograr su integración social. Promulgada en 1985 tiene por objetivo regular las acciones de salud, educación trabajo y promoción social esta ley está dirigida a las personas que presentan limitaciones intelectuales, sensoriales o físicos de carácter irreversible que en relación con su edad y medio impliquen desventajas considerables para su integración social (30).

## **2.4 Bases Teóricas Conceptuales**

### **2.4.1 Cultura sanitaria familiar:**

#### **2.4.1.1. Cultura y proceso de la cultura.**

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el 2000 definió a la cultura como el conjunto de conocimientos ideas, tradiciones y costumbres que caracterizan a un pueblo, a una clase social, a una época (31), que permite al ser humano la capacidad de reflexión sobre sí mismo, a través de ella el hombre discierne valores y busca nuevas significaciones (31).

Marvin Harris padre del materialismo cultural dio una definición de cultura refiriéndose a el conjunto de tradiciones, estilos de vida, socialmente adquiridos de los miembros de una sociedad donde incluye sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar o bien llamada la conducta de la persona (32).

Es así que la cultura forma parte de los recursos que las sociedades pueden utilizar para promover su desarrollo y alcanzar elevados niveles de bienestar para su población, es un motor de desarrollo, impulsada por el crecimiento de la economía y de las industrias culturales y creativas reconocida por el papel que desempeñan en la producción de nuevas tecnologías e ideas creativas y sus beneficios sociales no monetizados (31).

La cultura ha pasado por tres fases en su conceptualización: la concreta, la abstracta y la simbólica o materialista que en la actualidad se encuentra vigente siendo la capacidad de aprender y transmitir tradiciones de comportamiento de una generación a otra mediante la invención de cosas que existen en su ámbito de forma simbólica; uno de los ejemplos claros de la cultura simbólica incluye los conceptos del bien y el mal, inventos míticos construcción social.(31) Las áreas del conocimiento no se encuentran excluidas y se ha trabajado en ellas tanto en la ciencia y la salud siendo aprendida, estandarizada y compartida mediante los procesos de socialización primaria y secundaria que determinan

el concepto de salud, y el proceso salud-enfermedad para ser comprendidos por los individuos (3).

En el proceso de la cultura, se señala que la socialización es el proceso que ayuda a desarrollar la personalidad de las personas fundamentado en su aprendizaje cultural y la transmisión de este mediante el proceso de socialización (3).

Socialización primaria: es el proceso por el cual el individuo atraviesa en la niñez, por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad; se inicia en el núcleo familiar y se caracteriza por una fuerte carga afectiva (3). La socialización primaria va a estar determinada por la capacidad de aprendizaje del niño o niña e ira variando a lo largo de su desarrollo psico-evolutivo. La socialización primaria finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. A esta altura ya es miembro activo de la sociedad y está en posición subjetiva de un yo y un mundo (3).

Socialización Secundaria: es cualquier proceso posterior a cuando el individuo ya es parte de la sociedad que induce nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad es la internalización de submundos. Va ir descubriendo que el mundo de sus padres no es el único, la carga afectiva es reemplazada por técnicas pedagógicas que facilitan y caracterizada por la división social del trabajo y por la distribución social del conocimiento. Las relaciones interpersonales se establecen por jerarquía (3).

#### **2.4.1.2. Cultura Sanitaria y cultura familiar:**

La cultura sanitaria o cultura en salud es una de las necesidades educativas más observadas en la población, la formación de la cultura sanitaria juega un papel importante en la formación de los programas de educación y promoción para la salud adicional a esto en cómo se replica en las familias, las escuelas y las normas culturales transmitidas de generación en generación (33).

Al hablar de cultura en salud es importante mencionar la educación en salud en la sociedad actual, la educación se entiende como un proceso socio cultural permanente por el que los individuos, se van desarrollando para beneficio de sí mismos de su entorno y de la misma sociedad (34). Mediante una intervención activa en el aprendizaje y la formación en salud se logra el desarrollo de diversas capacidades y habilidades sociales e interpersonales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la propia salud y crear posibilidades de actuación en la comunidad, logrando cambios que favorezcan la salud colectiva (35).

Respecto a la cultura familiar, en la Asamblea general 217 de la Declaración universal de los Derechos Humanos del año 1948 expone, familia es el primer sistema social donde se inicia la transmisión de valores, roles, creencias, mitos, conocimientos y prácticas, desde las primeras etapas de vida de los niños y niñas en su proceso de socialización son preparados para desenvolverse en la sociedad (36). En este proceso, la familia representa el grupo más poderoso para su desarrollo social y emocional. Diversos estudios señalan que la interacción entre el niño y sus cuidadores durante los primeros años de vida tiene un impacto decisivo en su desarrollo como ser humano, en su capacidad de aprender, regular y controlar sus emociones y comportamientos, y en cómo evitar los riesgos de contraer enfermedades. La familia tiene la responsabilidad fundamental de criar y proteger a los niños y niñas, así como de introducirlos a la cultura, valores y normas sociales (36).

Según Serrano en el 2001 en las familias latinoamericanas en general, se sigue la tradición de la mujer cuidadora, responsable y sobreprotectora no solo con sus hijos si no también con otros familiares cercanos algo que no es muy frecuente en el varón que tiene el rol de proveer económicamente en el hogar y es poco sentimental (37).

Las enfermedades bucales devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, demanda pública y fuerte impacto sobre las personas y la sociedad, en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población. La enfermedad bucal es la resultante de condiciones específicas de la salud, respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros, malos hábitos higiénicos bucales, acceso a la atención estomatológica, adquisición de conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, asistencia sistemática a los servicios y otras. Durante mucho tiempo las personas consideraban que la pérdida de sus dientes era algo natural. Con el desarrollo de la sociedad y el incremento del nivel educacional, las poblaciones se sensibilizaron con la necesidad de mantener sus dientes e incluso mantenerlos sanos, pero esta filosofía no ha llegado a todos por igual, pues se ha convertido en un reto de la Estomatología su extensión y logro (38).

Es incuestionable que se han alcanzado importantes logros en la participación de la familia en la solución de problemas que afectan la salud. No obstante, es necesario perfeccionar esta tarea por cuanto muchas veces la familia no es consciente de su responsabilidad por la salud de sus integrantes y tradicionalmente ha existido el criterio de que el estado es el máximo responsable de la salud y no así la familia y el individuo (38).

El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades. Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo

higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico (38). La labor educativa para formar o modificar el modo de vida para proteger la salud, hay que desarrollarla con la familia, para lo cual hay que cuidar y fortalecer la unidad, la permanencia, la autoridad y el prestigio de esta. Al mejorar el modo de vida de las personas, mejoran algunos aspectos importantes como es el nivel educacional, que permiten realizar de forma más factible las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades como las bucales, dentro de las cuales se encuentran la caries dental, las parodontopatías, las maloclusiones y el cáncer bucal. Las prevenciones de las enfermedades bucodentales solo son efectivas si se logra la cooperación de la familia, es en esta donde se transmiten costumbres, tradiciones y donde se arraigan los hábitos. Los factores de riesgo relacionados con los modos y estilos de vida son considerados factores de riesgo en la aparición clínica de las enfermedades bucodentales o pueden modificar el curso de estas. Estos factores incluyen ingestión de alimentos azucarados o dieta cariogénica, la higiene bucal deficiente, los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y el hábito de fumar, entre otros. Los hábitos dietéticos modernos han sido reiteradamente relacionados con varias afecciones del organismo, entre estas las bucales (38).

Es importante que dentro de la familia, los individuos que la componen, adquieran estilos de vida saludables como el hábito del correcto cepillado dentario, hábitos dietéticos saludables con el control de la dieta cariogénica, evitar la producción de hábitos bucales deformantes como la succión digital, donde los padres desempeñan un papel fundamental pues le propician al niño el adecuado calor materno y tratan de que el niño adquiera hábitos adecuados y beneficiosos, que contribuyan al buen desarrollo del aparato estomatognático(38). Resulta importante destacar el papel que desempeña la mujer en el seno de la familia, en el correcto mantenimiento de la salud tanto general como bucal,

pues es precisamente ella la encargada de crear desde edades tempranas, conductas, hábitos y costumbres favorecedoras para la salud, las cuales van a ser acatadas por los integrantes del grupo familiar y van a ser integradas a su sistema de conocimientos sobre qué hacer para conservar la salud. Dentro de la tríada ecológica la familia constituye una parte esencial del medio ambiente, donde el agente encuentra condiciones favorables o desfavorables a su acción, ante lo cual el huésped se halla protegido o desprotegido, según el apoyo familiar. Se puede decir que la familia es en sí misma una tríada ecológica, aún hoy en parte desconocida, y por lo tanto con problemas de manejo por parte del estomatólogo (38).

Para poder lograr la promoción y la prevención dentro de la familia con respecto a la salud bucal, es necesario que ésta conozca los factores de riesgo que pueden influir en su entorno. Los factores o criterios de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Ellos no son necesariamente las causas o la etiología necesaria, solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en la prevención individual como en los grupos y en la comunidad total (38).

El papel de la familia en el cuidado y conservación de la salud bucal es de vital importancia, ya que en ella se establecen y transmiten hábitos y costumbres que permanecen en el individuo para toda la vida. Es fundamental la responsabilidad del individuo y la familia ante la salud, en dependencia de cómo ésta la valore y participe en su preservación, se obtendrán mejores resultados en el futuro. La función del estomatólogo en la conservación de la salud va más allá de lo estrictamente curativo, pues pueden explotar los beneficios de la modificación de los estilos de vida familiares (38).

#### **2.4.2. Salud bucal**

La salud bucal está relacionada con múltiples funciones las cuales desde la primera etapa de vida permiten el crecimiento y desarrollo de la persona. La masticación, la deglución, la digestión, el habla, la estética y la autoestima; en general: la calidad de vida de la persona (39).

La salud bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud bucal y sistémica en los individuos y sociedad y por el alto costo de su tratamiento. Las enfermedades bucales comparten los factores de riesgo con otras enfermedades crónicas como cáncer y diabetes entre otras y su interrelación se demuestra de manera consistente en la evidencia científica. Según estudios nacionales disponibles se observan inequidades en la prevalencia y severidad del daño por caries en la población infantil, afectando más a los más desfavorecidos por su nivel socioeconómico y ruralidad. Estas diferencias aumentan con la edad (40).

Las enfermedades de la cavidad bucal representan uno de los más grandes desafíos para la salud global, debido a su alta prevalencia, sus vínculos con la salud general y la gran carga económica que generan. Este asunto, merece la atención de los gobiernos, tomadores de decisiones e investigadores, por ser un problema actual y creciente de salud pública, y que requiere una serie de medidas costo-efectivas en prevención y promoción (40).

Las personas con Síndrome de Down describen cambios y manifestaciones clínicas orales frecuentes como: pigmentaciones, gingivitis crónica generalizada, cálculos, enfermedad periodontal severa, pérdida ósea y pérdida prematura de dientes, aumentando su incidencia y severidad por el difícil acceso a los servicios de salud de este grupo de personas. La enfermedad periodontal es la más común de las patologías bucales asociadas con este síndrome (40). En la actualidad es evidente que las personas con Síndrome de Down tienen una mayor susceptibilidad a contraer enfermedad periodontal, sin embargo, no es clara la razón de ello. Para el abordaje de la atención odontológica de las personas con necesidades especiales es preciso mejorar su higiene bucal por medio de programas educativos dirigidos al personal de atención y a las familias que ayudan con las tareas diarias del cuidado personal, establecer una formación académica y entrenamiento específico para profesionales de la odontología y asignar fondos para cubrir el acceso a los servicios de salud de este tipo de pacientes (40).

Para lograr la participación y la independencia de algunas personas con necesidades especiales en la realización de su higiene oral, resulta muy beneficiosa la utilización de estrategias de intervención educativa. Deben ser realizadas de preferencia con fotografías, ya que la fotografía es lo que más se asemeja a la imagen real de la boca y de los implementos con que se realiza la higiene oral, también los juegos musicales son muy bien recibidos por el paciente. Estos recursos permiten a la persona con Síndrome de Down efectuar una higiene dental de forma más completa, teniendo como mediador a sus profesores y padres para la adquisición de nuevos saberes. Por lo tanto, es responsabilidad del odontólogo mantener a los pacientes libres de caries, de periodontopatía; y mejorar las condiciones bucales de aquellos que ya presentan la enfermedad (40).

Debido a los trastornos neurológicos, motrices, del desarrollo craneofaciales y a las alteraciones del sistema inmunológico, las personas con Síndrome de Down suelen tener problemas bucodentales tales como falta de crecimiento de paladar, alteraciones en la erupción dentaria, lengua grande (Macroglosia), bruxismo, problemas periodontales y de oclusión (41). Por ello, es imprescindible que los padres, los profesionales y las administraciones públicas trabajen de forma conjunta para abordar estas patologías y fomenten que el niño adopte unos hábitos de prevención e higiene desde muy temprana edad. En este sentido, el Consejo General de Dentistas recomienda un seguimiento de la dieta y revisiones periódicas, la correcta utilización del flúor profesional, el sellado de los dientes permanentes, el control de la oclusión y del bruxismo y la vigilancia de la salud periodontal, pues son la clave para garantizar una óptima salud bucodental y una buena calidad de vida para las personas con Síndrome de Down (41).

La manifestación bucal de la persona con síndrome de son: subdesarrollo de los maxilares, mal posición dentaria, disfunción lingual, retraso en la erupción dentaria, anomalías de tamaño y forma dentaria, cambios en las características cuspídeas, dientes cónicos o concavidades en la superficie labial de los incisivos inferiores, en tanto, los dientes permanentes suelen poseer coronas más pequeñas (42).

Entre otras manifestaciones comunes se encuentra la enfermedad periodontal, además de la gingivitis ulcero necrotizante, una elevada prevalencia de *Bacteroides melanogenicus* y una variedad morfológica de microbianos. Se atribuye la prevalencia de la enfermedad periodontal al sistema inmunológico característico en las personas con este síndrome y a cierta predisposición genética, más que a una deficiente higiene bucal. La susceptibilidad a la caries, por el contrario, es muy poco frecuente en estos pacientes, lo cual se atribuye

al bajo riesgo criogénico, el incremento del pH en la saliva y a altos niveles de bicarbonato (42).

Entre las causas de los problemas de salud bucal en las personas con SD se pueden citar:

- Deficiencia en la calidad y frecuencia de la higiene: la limitación física o la deficiencia intelectual hacen de este aspecto una situación muy difícil de abordar en estos pacientes. Además, la ausencia de cuidadores avezados o el temor de los padres para realizar el cepillado (42).

- Falta de asesoramiento dietético: hábitos alimentarios inadecuados, consumo excesivo de carbohidratos, alimentos de consistencia blanda y poca ingestión de líquidos. Este tipo de dieta, unido a la escasa autólisis por trastornos deglutorios agregados, facilita la retención de placa bacteriana, el desarrollo de caries y de la enfermedad periodontal (42).

- Ingesta de ciertos medicamentos que aumentan el riesgo de enfermedades dentales: el consumo prolongado de jarabes azucarados, hidantoínas (asociado a hiperplasias gingivales), sedantes, barbitúricos y antihistamínicos, producen una disminución en la secreción salival, con lo que disminuye la acción protectora de la saliva. Es importante la higiene posterior a su uso (42).

- Malformaciones orofaciales: hiperplasias, apiñamientos o alteraciones funcionales (respirador oral, bruxismo), que dificultan el adecuado control de la placa bacteriana.

Habitualmente se puede observar una deficiente higiene bucodentaria, con un elevado índice de placa o gingivitis, presencia de cálculo de sarro en edades muy precoces, halitosis y restos alimenticios adheridos a mucosas y dientes, predominio de dietas blandas, cariogénicas, ricas en hidratos de carbono y sacarosa; alta prevalencia de caries

y enfermedad periodontal; hipertrofias gingivales producidas por hidantoínas; infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomas periapicales, celulitis, entre otras); odontalgias periódicas; exodoncias sistemáticas en vez de tratamientos conservadores; y desdentamiento parcial o total en pacientes muy jóvenes (42).

Entre la gran variedad de afecciones buco dentarias existentes en estas personas, la enfermedad periodontal es el problema más importante para los estomatólogos. Dicha entidad, junto con la placa bacteriana, es influenciada por otros muchos factores, tanto sistémicos como locales. Para mejorar y mantener la salud bucal de los pacientes discapacitados, en este caso de aquellos con síndrome de Down, es preciso conocer sus necesidades y condiciones individuales, pues durante su vida manifestarán diversos síntomas de afección bucal, que deberán ser solventados con la correcta ejecución de los distintos tratamientos, por parte del estomatólogo y en trabajo conjunto con un equipo multidisciplinario (42).

Estos pacientes deberán asistir con regularidad y constancia a la consulta, lo cual además les ayudará a elevar la autoestima y, consecuentemente, a lograr una mejoría general, que evidentemente trascenderá al hogar, la familia y la colectividad; de forma tal, que se beneficiarán plenamente y aumentará su calidad de vida (42).

#### **2.4.2.1 Componentes de la cultura en salud bucal**

El conocimiento en salud bucal: son descritos como la información a la que se tiene acceso con referencia a los cuidados necesarios para mantener sanas las estructuras bucodentales esta información puede ser obtenida por los medios masivos de comunicación, la escuela, la familia, el grupo social, el ambiente y los acontecimientos de la vida diaria (3). Estos conocimientos acerca de los cuidados y los factores de riesgo que inciden en la salud bucodental son la base para la explicación del proceso salud-

enfermedad en salud bucal y el fundamento para decidir qué prácticas se deben de realizar para el mantenimiento y la recuperación de la salud, contribuyen a la aparición y transmisión de hábitos alimentarios y los de higiene. El conocimiento es un prerrequisito para la mejorar la salud bucal de las comunidades (3).

La transmisión de conocimientos o llamadas creencias con respecto de la salud bucal no siempre se da bajo supuestos científicos, también existe la transmisión de conocimientos populares a nivel mundial un claro ejemplo es que en algunas ciudades de América Latina la creencia popular de que “cada hijo significa un diente perdido”, es decir, que cada embarazo implica la pérdida de un diente, esta relación no es del todo cierta , pues durante esta etapa es necesario tener especial cuidado con la higiene bucal, ya que los tejidos están más propensos a padecer alteraciones debido a los cambios hormonales y fisiológicos propios del estado gestacional (3).

En las comunidades andinas del Perú se creía mucho en la cosmovisión y relacionaban la presencia de alguna malformación en el feto a castigos divinos por una obra mal realizada o también se consideraba como un presagio de mal augurio, sin embargo, ahora se conoce que las etiologías de esta malformación congénita están asociada a situaciones congénitas, ambientales (3).

La actitud es otro componente cultural que representa la forma de ser de un individuo, una posición, inclinación o tendencia con respecto a un objeto o una situación, puede entenderse también como un vínculo entre lo que el sujeto conoce, su visión del mundo y la manera en la que actúa en consecuencia (3).

Por último, los hábitos, éstos son acciones observables que un individuo ejerce en respuesta a una situación con base en su cultura, es decir, al conocimiento que posee, la construcción de su realidad y lo que es aceptado en su sociedad en salud bucal, las prácticas relacionadas con la alimentación, la higiene y las acciones realizadas para el

control de las enfermedades actúan como factores de riesgo para la aparición y el deficiente control de trastornos bucodentales (3).

#### **2.4.2.2.Cultura Sanitaria Bucodental.**

No es posible valorar la cultura proyectada hacia la salud sin tener en cuenta un enfoque integrador. Este criterio se fundamenta sobre la base de que para la formación y desarrollo de la cultura en salud bucal no es suficiente el componente biológico que hace a la persona preocuparse por mantenerse saludable, lo cual evita que se desencadenen procesos patológicos que pongan en peligro la salud; también es necesario poseer una conciencia estética que le permita al individuo valorar adecuadamente lo bello y la importancia de esta categoría para el enriquecimiento espiritual y, en última instancia, para la salud psíquica y sistémica, incluso sin que el individuo tenga conciencia de esa relación (43).

El proceso educativo debe ser fuente de conocimiento y objeto de transformación para dar prioridad a la participación colectiva y multidisciplinaria, así como favorecer el intercambio de saberes y experiencia. Sin dudas, se le otorga una función importante a la transmisión de los saberes vinculados a la salud y que afloran como parte de la cultura, ya que la salud es el valor más importante para la inmensa mayoría de la especie humana y en el orden jerárquico de la cultura, ocupa un lugar privilegiado para la efectividad de la promoción sanitaria (43).

En estudios por ejemplo se indica que el bajo nivel de educación en salud bucal es un factor de riesgo colectivo, lo cual impone la necesidad de reflexionar sobre la idea siguiente en los tiempos modernos: no existe la posibilidad de hablar de cultura teniendo en cuenta solo las tradiciones, es insoslayable el papel de las instituciones educativas, de los promotores culturales, de salud y comunitarios en condiciones de educar (43).

La alfabetización sanitaria es una actitud esencial para la vida, consistente en la capacidad para adoptar decisiones sobre la propia salud con conocimiento de causa y con la debida comprensión de todas las cuestiones conexas, así como la capacidad de actuar de acuerdo con esas decisiones. Esa definición va a conformar la cultura de salud, por cuanto en ella se expresan elementos, tales como el conocimiento y la convicción del contenido de la categoría cultura en salud (43).

A la cultura de salud puede contribuir la promoción como mecanismo que tributa a la educación para la salud, además de otros elementos como la familia, la escuela y las normas culturales transmitidas de generación en generación. La promoción de salud como mecanismo para elevar la cultura sanitaria, La promoción de salud es la más social e integral, la que más impacto tiene en las raíces de la salud y la que menos depende de los servicios de la salud por sí solo (43).

Ventajas de la promoción de salud:

- Permite avanzar hacia la meta salud para todos.
- Incorpora el concepto de salud positiva.
- Reconoce el componente sociológico de la salud.
- Reconoce al hombre como sujeto.
- Enfrenta las enfermedades prevalentes sobre sus condicionantes básicas.
- Presenta una alternativa a la crisis organizacional financiera y, sobre todo, de impacto para los sistemas de salud.

La cultura en salud puede ser identificada como una de las necesidades culturales más sentidas de la población, aun cuando no sea de forma consciente. Un componente

importante lo constituye el logro de la autorresponsabilidad, que no es más que la expresión personalizada de la cualidad moral, la responsabilidad (43).

El objetivo de la Organización Mundial de la Salud ha sido siempre contribuir de forma decisiva a la puesta en práctica de nuevas estrategias que giren alrededor de la atención primaria y una concepción más globalizadora de la promoción de salud, como instrumento que debe permitir la reorientación de los servicios sanitarios en esta perspectiva y una participación progresivamente más activa e informada de la población en el cuidado de la propia salud, de manera que actúa como un proceso de capacitación dirigido a aumentar su grado de control sobre esta(43).

La carta de Ottawa para la promoción de salud señala, entre otros aspectos, las acciones específicas y ámbitos de aplicación de estas nuevas estrategias, en la cual han de desempeñar un rol protagónico elementos como la potenciación del autocuidado y los grupos de ayuda mutua. La amplia difusión e implantación social de determinadas conductas propias de la cultura, como el consumo de tabaco o alcohol, es responsable de gran parte de la mortalidad dentaria, por lo cual se plantea que evitar el inicio de estos hábitos es la mejor manera de contribuir a la promoción de salud. En términos globales, la mayor rentabilidad preventiva se obtiene a partir de las medidas de promoción de salud y no puede olvidarse que la prevención es la única eficaz en múltiples acciones (43). Para poder desarrollar dichas medidas son necesarias nuevas actitudes y destrezas por parte del equipo de atención primaria, pero sobre un nuevo tipo de relación con el paciente (43).

La introducción de las actividades preventivas y de promoción de la salud en la atención primaria, todavía se enfrenta a diversas dificultades que es necesario analizar para poder vincular las acciones desarrolladas en los distintos niveles del sistema (43). Estas adversidades son importantes y en muchos casos están relacionadas con el grave déficit

infraestructural en la atención primaria, con insuficiencias de todo tipo (43). Entre los principales obstáculos y restricciones del proceso de implantación e integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud se encuentran:

- ✓ Poco desarrollo de la cultura en salud, lo que se traduce en carácter higiénico alimentario y de tradiciones.
- ✓ Inadecuada relación médico–paciente y sin continuidad temporal.
- ✓ Falta de tiempo.
- ✓ Insuficientes instrumentales y materiales precisos para realizar las actividades programadas.
- ✓ Escasa valoración (por los profesionales y la población) de la importancia del problema a prevenir.
- ✓ Ausencia de colaboración o coordinación con otros sectores relacionados con la salud y con los medios de comunicación social.
- ✓ Lagunas formativas de los profesionales sanitarios en el campo de lo cultural, en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud, a lo cual se suma cierto grado de escepticismo acerca de su efectividad.
- ✓ Ausencia o escasez de incentivos personales y colectivos.

Estos obstáculos y restricciones deben ser vencidos mediante la puesta en marcha de medidas positivas o de incentivación que incidan de forma directa sobre los distintos componentes del problema: el sistema, los profesionales y la población, a fin de mejorar la relación médico-paciente. Los profesionales de la atención primaria han de asumir la importancia de actividades de promoción de salud con eficacia y eficiencia, con vistas a mejorar el nivel de salud de la comunidad a su cargo (43).

La propia población, las instituciones locales y las organizaciones comunitarias son importantes en este proceso, pues asumen su trascendencia y favorecen la adopción de estilos de vida saludables, con una autorresponsabilidad progresiva y reclaman la puesta en práctica de medidas preventivas y de promoción de los profesionales de la salud. De manera general, la mayor rentabilidad preventiva parte de medidas de promoción de salud (43). La prevención primaria es la única eficaz y es evidente que los amplios campos de actuación de las medidas de promoción de salud no solo dependen de los integrantes de este nivel de atención; las instituciones públicas y de gobierno tienen una responsabilidad de primer orden que no debe ser olvidada (43).

Todas las acciones de promoción van encaminadas a fomentar la salud a lo largo de la vida. La cultura sanitaria es el conjunto de hábitos, costumbres, saberes y manifestaciones de los individuos y la sociedad, que conducen al desarrollo de acciones conscientes en beneficios de su salud y de la colectividad (43).

Los indicadores que sitúan al individuo en un determinado nivel de desarrollo de su cultura en salud son: responsabilidad ante su salud, actitud ante la nutrición (qué y cómo ingiere alimentos), enfrentamiento al estrés y disposición para el ejercicio físico (43).

De los 4 indicadores generales anteriores devienen otros específicos, entre los cuales se encuentran los propios de la cultura en salud bucal:

1. Conocimiento y práctica que posee la población sobre la higiene bucal.
2. Modificación de los hábitos dietéticos arraigados en la cultura alimentaria.
3. Enfrentamiento al estrés para evitar afecciones bucales.
4. Actitud responsable ante la medicación, para lo cual se le otorga la función protagónica.

5. Práctica sistemática del autoexamen bucal como primer elemento para la persona que diagnostica.

Las acciones de promoción y prevención comunitaria contribuyen al logro de la cultura en salud bucal en la población y elevan el nivel de conocimientos sobre tan importante tema, por lo cual se debe continuar trabajando por elevar la cultura en salud bucal de la sociedad en general y fortalecer la función de la intersectorialidad en el sistema de salud (43).

#### **2.4.2.3 Odontología y Cultura Sanitaria**

La odontología sanitaria es, pues, la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades dentales y bucales, de limitar o reparar los daños causados por ellas mediante los esfuerzos coordinados de la colectividad en pro de la adopción de medidas preventivas de carácter colectivo, de la educación sobre el modo de proteger, conservar o restaurar la salud bucal, y de la organización de los servicios de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales, al alcance por igual de todos los ciudadanos.(36) es así que el desenvolvimiento de la odontología en una colectividad dada ofrece un notable paralelismo con el desarrollo de la salud pública, de la educación, de la economía, de la agricultura y, en suma, con el desarrollo integral de la colectividad. El natural deseo del odontólogo de poner en marcha un programa de odontología sanitaria donde no falte nada de los adelantos y pormenores alcanzados por la profesión sólo puede satisfacerse en muy contadas colectividades e instituciones de algunos países afortunados (36).

Según Cano Hernández en el año 2009 la odontología y la cultura sanitaria hace notar que es el conjunto de los conocimientos básicos de salud, que posee una sociedad o una persona como resultado de haber asistido a un curso de capacitación, estudiado o leído o

haberse relacionado de manera directa con una persona que se encuentra dentro del área de odontología, abarcando también sus costumbres, tradiciones o hábitos bucales (33).

Mientras que Molina J en el año 2005 hace referencia que lo más importante para mantener una boca sana en nuestros hijos es la prevención, mediante unos hábitos de higiene bucal correctos y una alimentación sana, cepillando los dientes tres veces al día, después de las comidas, incidiendo más en el cepillado de la noche que es el más importante, y cepillando la zona de la encía que se une al diente (44).

Dentro de las principales causas de problemas de salud bucal en niños con síndrome de Down son:

Déficit en la calidad y frecuencia de cepillado: la limitación física o la deficiencia intelectual hacen que este aspecto se vuelva una situación muy difícil al momento de iniciar la higiene bucal, el temor que muchos padres o cuidadores a puede tener al iniciar el cepillado y la falta de conocimiento de cómo abordar es el motivo principal para que haya un déficit de higiene que conlleve a la a larga padecer de patología odontológicas (45).

Falta de asesoramiento Dietético: los Hábitos alimentarios inadecuados a no tener horas programadas para la ingesta de alimento y el consumo excesivo de carbohidratos, alimentos de consistencia blanda y poca ingestión de líquidos agravaría la predisposición de padecer enfermedades bucodentales a corto plazo (45).

Utilización de Fármacos: la ingesta de algunos medicamentos aumenta el riesgo de enfermedades bucodentales, el consumo prolongado de jarabes azucarados, sedantes, barbitúricos y antihistamínicos provoca la disminución en la producción de saliva dando paso a una boca seca con PH salivales óptimos para la colonización de bacterias, reduciendo así su acción protectora y un barrido salival normal. Por eso es importante la higiene bucal posterior a la utilización de estos medicamentos (45).

Frecuencia de Cepillado: la placa bacteriana se posiciona en las superficies dental en menos de 24 horas tras su eliminación, por lo que los dientes deben cepillarse al menos tres veces al día. Lo ideal es que se realice el cepillado después de cada comida, el cepillado más minucioso se debe realizar por la noche. En los niños hay que insistir mucho en la higiene, ya que es el periodo durante el cual se forma la dentición permanente y hay que tener un cuidado especial si los niños llevan algún tipo de aparatología de ortodoncia (45).

La American Dental Association (Asociación Odontológica Estadounidense) recomienda cepillar los dientes dos veces al día con un dentífrico que contenga flúor (pastas dentales fluoradas) de acuerdo a la edad adicionalmente recomienda uso de Hilo dental, enjuagues dentales de acuerdo a la presencia de patologías, reemplazar el cepillo dental cada tres o antes si las cerdas ya se encuentran muy desgastadas, programar controles dentales con un odontólogo, beber mucha agua (46).

Visitas al odontólogo: los odontólogos recomiendan acudir a la primera consulta cuando el niño ha cumplido su primer año de vida e iniciar la higiene bucal a edad muy temprana tras la aparición de los primeros dientes de leche, pues la aparición de caries dental y problemas asociados a la primera dentición ha forzado a los especialistas a tomar medidas preventivas. Tras la primera revisión, los controles se deben realizar, si todo va bien, una vez al año y si ya hay presencia agente que generan alguna patología se debe de realizar cada 6 meses (46).

### **2.4.3 Síndrome de Down**

El Síndrome de Down es un conjunto de síntomas cognitivos y físicos que se da por tener un cromosoma 21 de más o parte de ese cromosoma extra, es la causa más común de discapacidades intelectuales leves a moderadas por anomalías cromosómicas. Las personas con síndrome de Down también tienen ciertos rasgos físicos característicos (47).

Características fenotípicas: los niños con Síndrome de Down presentan anomalías craneofaciales y orofaciales como la braquicefalia, microcefalia variable con fontanelas grandes y de cierre tardío, aplanamiento occipital, fisuras palpebrales inclinadas hacia arriba, hipoplasia o aplasia de senos frontales, micrognatia con puente nasal bajo y tendencia a la presencia de pliegues epicánticos internos (48).

Las Manifestaciones Orales que presentan los niños con Síndrome de Down son múltiples aquí mencionaremos las más recurrentes.

El paladar duro es más alto y profundo con tendencia a un arco elevado; el paladar blando suele ser corto y en ocasiones presenta úvula bífida, tienen una predisposición a tener respiración bucal facilitando la aparición de gingivitis e infecciones de tracto respiratorio (49).

Labios con hipotonía muscular peri orbicular con una elevación pasiva del labio superior y el labio inferior dando lugar con el tiempo a unos labios gruesos con descamación. Esta postura de los labios produce una tendencia a boca abierta y babeo constante que da lugar a una queilitis angular (49).

Macroglosia debido a la disminución del tamaño de la cavidad oral o del espacio oro faríngeo que hace que protruya hacia afuera de la boca la protrusión hacia adelante provoca problemas para hablar.

Lenguas geográfica e interdentada que hacen que la limpieza sea más deficiente y dar lugar a una halitosis (49).

Entre las principales características que afecta a las estructuras dentales está la microdoncia en ambas denticiones, primaria y secundaria; presencia de coronas clínicas de los dientes en forma cónica, diastemas por presentar dientes pequeños. -Es frecuente la aparición de hipoplasia e hipo calcificación del esmalte relacionada con el periodo de

gestación relacionada con la concentración de calcio y fósforo en la saliva que a su vez son las que conforman la función tampón del pH. En las personas que padecen síndrome de Down la concentración de sodio se ha visto aumentada en comparación con la población general.

La ausencia congénita de algún diente es común en el Síndrome de Down (50%) comparado con la población general que solo tiene un porcentaje del (2%). Los dientes que faltan tienden a ser los mismos que en el resto de la población y se ha sugerido que existe una relación entre la anodoncia parcial y otros defectos ectodérmicos (mucosas, piel y pelo) (49).

El taurodontismo es otra alteración que se presenta en las cámaras pulpares de los dientes ocurre con una prevalencia entre el 0,54% al 5,6%, los dientes con taurodontismo presentan una cámara pulpar (49).

Hay alteraciones en la forma de la corona dental, como la fusión entre dientes deciduos. En todos los casos la fusión suele afectar a un incisivo lateral inferior con el canino mandibular. La secuencia de erupción no es muy diferente a la de la población general (49).

Alteraciones Oclusales en los niños con síndrome de Down: La aparición de una Clase III de Angle a causa de una lengua grande y protruida todo esto contribuye a que la mandíbula vaya hacia delante y de lugar a una mordida cruzada posterior por consecuencia del desarrollo transversal del maxilar superior.

Los siguientes factores juegan un papel importante en las mal oclusiones y que presenten respiración oral (96%), masticación inadecuada (60%), bruxismo (45%), agenesias dentales (12,7%), desviación de la línea media maxilar (80%), mordida abierta anterior

(45%), disfunción de la articulación temporomandibular (24%), exfoliación de la primera dentición y erupción de la dentición definitiva retardada (49).

Se evidencio por Bertonati y Cols en el año 2013 mediante la realización de su estudio en el que analizaron la frecuencia y tipos de alteraciones oclusales en una muestra de 116 pacientes con SD, 138 pacientes con retraso mental no SD y 137 individuos sanos. En el grupo de SD, el 92% presentó al menos un tipo de anomalía oclusal, situación que se observó en el 71% del grupo con retraso mental no Down y 58% de los sanos. Los pacientes con SD presentaron mayores frecuencias de mordida cruzada (62,9%), de mordida abierta (52,6%), de mordida invertida (69%), de mes oclusión molar (54,3%) y menor frecuencia de sobre mordida (8,6%) respecto de los otros dos grupos analizados.

#### **2.4.4. Test de evaluación Bucal**

##### **2.4.4.1.I HO-S**

Es un índice de higiene bucal que ayuda a determinar el grado de higiene bucal por medio del Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Se divide la boca en seis partes (sextante) y se revisan seis dientes específicos, uno por cada sextante. Para la revisión de los dientes se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de detrito o cálculo. Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS. Teniendo una Puntuación este índice valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo (50).

##### **2.4.4.2.CPOD**

Es un estudio odontológico que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Índice CPOD, significa el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Se

utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. (51)

## **2.5. Definición de Términos Básicos**

- ✓ Cultura sanitaria familiar: Es la suma de experiencias que influyen favorablemente sobre los hábitos, creencias, actitudes y conocimientos relacionadas con la salud del individuo y sus familias (12).
- ✓ Salud bucal: Estado de normalidad, funcionalidad óptima, eficiente de los dientes y el sistema orofacial de las personas (4).
- ✓ Promoción de la salud: Para la OMS y la OPS, la promoción de la salud es la realización de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las instituciones públicas y privadas de los diferentes ámbitos y contribuyen al desarrollo económico y social de los países (52).
- ✓ Prevención: La OMS lo define como “Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad y a reducir los factores de riesgo, cuando la enfermedad ya se encuentra instalada ayuda en el proceso de su detección, detener su avance y sus consecuencias una vez establecida (52).
- ✓ Gingivitis: La gingivitis es una enfermedad propia de las encías y se presenta cuando aparece una inflamación produciendo un enrojecimiento e hinchazón de las mismas en algunos casos más avanzados se presenta falta de implantación gingival como tejido de recubrimiento llevando a una exposición dental. La gingivitis se incluye entre las patologías que afectan al periodonto de sostén, su origen es bacteriano y la colonización se presenta por el déficit de higiene. (51)

- ✓ Síndrome de Down: El Síndrome de Down es un conjunto de síntomas cognitivos y físicos que se da por tener un cromosoma 21 de más o parte de ese cromosoma extra, es la causa más común de discapacidades intelectuales leves a moderadas por anomalías cromosómicas (40).
- ✓ Características socioeconómicas: Es la relación del hombre con su entorno en la cual un grupo de individuos comparten una característica en común que los vincula socioeconómicamente, sea por su función productiva o “social”, poder adquisitivo o económico o por la posición dentro de la burocracia. (13)

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Ubicación Geográfica

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Cajamarca en el local de Rotary Club ubicado en Jr. Junín 1348 en donde se realizan las diferentes reuniones y actividades que desarrolla la Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca, departamento de Cajamarca.

#### 3.2 Diseño de la investigación

La investigación es descriptiva, correlacional de corte transversal. Es descriptiva porque ve cómo son y cómo se manifiestan el fenómeno o el problema en estudio. Es de corte transversal porque se recogió los datos en un momento dado y espacio determinado, sin realizar seguimientos. Correlacional, porque permitió determinar la relación entre las variables: independiente cultura sanitaria familiar y dependiente salud bucal.

#### 3.3 Unidad de análisis y muestra

##### 3.3.1 Población

La población estuvo conformada por los padres o tutores y los integrantes con síndrome de Down de la Asociación Unión Down, de la ciudad de Cajamarca, del departamento de Cajamarca.

Población 1	Población 2
55 padres/tutores de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019	55 integrantes con Síndrome de Down de la Asociación.

### **3.3.2 Muestra**

Las muestras para este estudio fueron:

$n_1 = 25$  personas con síndromes de Down integrantes de la Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca y,

$n_2 = 25$  entre padres o tutores de estos integrantes de la Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. No probalístico por motivos de disponibilidad de la muestra, (asistencia continua a la Asociación).

### **3.3.3 Unidad de análisis**

La unidad de análisis fue representada por cada integrante con síndrome de Down perteneciente a la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca y cada uno de los tutores o padres de los integrantes.

### **3.3.4 Criterios de Inclusión**

- Personas integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca y de los cuales sus padres o cuidadores acepten y den permiso mediante el consentimiento informado.
- Padre/Madre o tutor del integrante de Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca que haya aceptado y firme el consentimiento informado.

### **3.3.5 Criterios de Exclusión**

- Integrante de la Asociación Unión Down que se niegue a ser evaluados mediante el examen bucal.
- Padre de familia o tutor de algún integrante con Síndrome de Down de la asociación que tengan algún problema psicológico.

- Padre o tutor de los integrantes de la Asociación Unión Down que no culmine con la encuesta.

### **3.4 Procedimiento, técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

#### **Procedimiento:**

El presente estudio se realizó en etapas: Primera etapa. - Se solicitó el permiso respectivo a la Asociación Unión Down, para realizar el presente estudio de investigación.

Segunda Etapa. - Se sostuvo reunión con el personal de la Asociación y los padres o tutores de familia en donde se explicó los objetivos y la metodología del trabajo a realizar con ellos. En esta reunión los padres o tutores firmaron el consentimiento informado.

Tercera etapa. - Se coordinó y definió una fecha para aplicar el cuestionario, explicando detalladamente las preguntas para su llenado correcto. El cuestionario fue auto administrado y el tiempo de duración fue de aproximadamente 30 minutos.

Cuarta etapa. - Se realizó la evaluación de la salud bucal utilizando dos test, el IOH-S y CPO D., para lo cual cada integrante de la muestra asistió con su padre o tutor y delante de ellos se realizó la evaluación de la salud bucal, informando brevemente los hallazgos encontrados.

#### **Técnicas de recolección de datos:**

Para la recolección de datos del estudio se utilizó como técnicas: La entrevista, y la observación. El cuestionario permitió obtener información sobre la cultura sanitaria familiar de los padres o tutores del integrante con síndrome de Down, así como datos socioeconómicos. Para la realización del examen bucal, se coordinó fecha y ambiente y a través de la observación se plasmó en los formatos 1 y 2 los hallazgos identificados en el examen bucal de cada uno de los integrantes de la muestra.

## **Cuestionario:**

El cuestionario utilizado fue tomado de Pérez Sánchez, 2015, de su estudio "Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo. 2015" (53), realizándose algunas modificaciones para ser adaptadas al estudio actual. Este cuestionario permitió obtener la información necesaria de acuerdo a cada una de las variables de estudio y los objetivos de la presente investigación. (ANEXO 1). Con la adecuación fue sometida al criterio de jueces.

El cuestionario consta de 27 preguntas cerradas, se presentan las posibilidades de respuesta, las que permitieron determinar la cultura sanitaria familiar y factores socioeconómicos de los integrantes con síndrome de Down de la asociación unión Down de la ciudad de Cajamarca.

El Cuestionario está dividido en 3 secciones, contiene información sobre filiación del integrante con SD. La primera sección contiene 7 preguntas relacionadas a factores socioeconómicos de las familias, la segunda sección recoge información relativa a la cultura sanitaria familiar en sus dimensiones de conocimiento en salud con un total de 6 preguntas; 6 preguntas; fuente de información 3 preguntas, hábitos 3 preguntas, creencias 4 preguntas, y finalmente la actitud de los padres 4 preguntas. En la tercera sección se presenta los formatos para determinar la situación de la salud bucal de integrantes de la Asociación Unión Down y caries dental (formatos 1 Índice de higiene oral (IHO – S), (formato 2 índice CPO-D)

### **El índice de Higiene Bucal (IHO-S)**

Fue desarrollado por Green y Bermellón en el año 1960 se compone de los índices de placa dental y cálculo, el valor del índice se obtiene sumando los valores obtenidos del índice de placa más el de cálculo, se examina 6 piezas dentarias según la metodología

de este índice 1° molar permanente superior derecho (superficie vestibular); incisivo central superior permanente derecho (superficie vestibular); 1° molar permanente superior izquierdo (superficie vestibular), 1° molar permanente inferior izquierdo (superficie lingual); incisivo central inferior permanente izquierdo (superficie vestibular) y 1° molar permanente inferior derecho (superficie lingual).(47) se requiere sumar la puntuación para cada diente señalado y dividirla entre el número de superficies analizadas, una vez ya establecido, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal: Excelente: 0,0 Bueno: 0,1 - 1,2 Regular: 1,3 - 3,0 Malo: 3,1 – 6.(50)

#### - **Índice de COPD**

Es un estudio odontológico que se realizó para cuantificar la prevalencia de la caries dental. Este índice, señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados índice CPOD, significa el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales (51).

Se calcula con base en 28 dientes permanentes, excluyendo los terceros molares Dicho índice se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes cariados, perdidos y obturados, incluidas las extracciones indicadas, entre el total de individuos examinados, por lo cual es un promedio. Se consideran sólo 28 dientes (49).

El índice de caries se obtuvo de acuerdo a los criterios de la OPS/OMS y según la técnica de inspección visual, en un ambiente acondicionado para el examen clínico, utilizándose una mesa para el instrumental y material odontológico necesario tales como espejos bucales, baja lenguas, exploradores, linterna, formato, guantes respetando las normas de

bioseguridad, una silla para el paciente y un tacho para desechos, todo esto dispuesto para aprovechar la luz natural, con participación de los tutores de los integrantes.

### **3.5. Validez y confiabilidad del instrumento**

El cuestionario ha sido validado a través de criterio de jueces que fue realizado por 3 expertos con grado de Magister y Doctor. Para determinar la validez del instrumento, se utilizó la razón de validez de contenido de Lawshe con modificación de Florián CVR, en la cual se obtuvo un valor de 9 indicando que el instrumento es válido (ANEXO 7).

#### **Prueba Piloto:**

Se realizó una prueba piloto, en la que participaron 8 personas de la Asociación Down de Cajamarca, los mismos que ya no fueron parte de la muestra de estudio. No hubo sugerencias para cambiar términos del cuestionario, fue entendido en la totalidad de la misma por parte de los padres. La aplicación del cuestionario tuvo una duración de 20 minutos. Luego, se aplicó el coeficiente de Alfa de Cron Bach, en la cual se obtuvo un valor de 0.807 indicando que el instrumento es confiable (ANEXO 8).

### **3.6 Procedimiento y análisis de datos**

Una vez obtenida toda la información de los cuestionarios, y de los índices de higiene oral y de caries se realizó una base de datos en el programa de Microsoft Excel 2016, se procesaron los datos. Se verificó la calidad de la digitación de los datos al azar y se elaboraron tablas simples de frecuencia y de asociación. Para determinar la relación entre las variables se utilizó el estadístico D de Sommers, pues las modalidades son ordinales; con nivel de significación 5% o  $\alpha = 0,05$ . Cuando p tiene un valor menor a 0,05 entonces si existe asociación entre las variables estadísticas en cuestión.

### **3.7. Aspectos éticos de la investigación**

Esta investigación consideró los principios éticos básicos que son:

- Autonomía: Por parte de los padres o tutores tuvieron la oportunidad de emitir sus respuestas sin que sean influenciados por otras personas.
- El respeto por las personas con sus circunstancias sociales, culturales, económicas, étnicas, ecológicas.
- La beneficencia: se buscó el bienestar para las personas participante de esta investigación y comprimir la posibilidad de perjuicios e injusticia; para lo cual firmaron un consentimiento informado.
- Confiabilidad: las informaciones obtenidas no han sido utilizados para otros fines que no sean la investigación.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

En este capítulo se presenta los resultados, según los objetivos del estudio.

**Tabla 1. Factores socioeconómicos de los padres/ tutores de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019.**

Característica	Grupo	N°	%
Edad	30 o menos	2	8,0
	De 31 a 50	7	28,0
	Más de 50	16	64,0
Sexo	Femenino	21	84,0
	Masculino	4	16,0
Grado de instrucción	Primaria	7	28,0
	Secundaria	4	16,0
	Superior	14	56,0
Lugar de procedencia de los abuelos maternos y paternos de su hijo (a).	Provincia de Cajamarca	15	60,0
	Otra provincia del departamento de Cajamarca	8	32,0
	Otro departamento del Perú	2	8,0
Estado civil	Soltero	1	4,0
	Casado	16	64,0
	Conviviente	3	12,0
	Separado	1	4,0
	Viudo	4	16,0
¿Cuál es su situación laboral?	Empleado permanente	7	28,0
	Empleado temporal	4	16,0
	Desempleado	1	4,0
	Independiente	1	4,0
	Su casa	12	48,0
¿Cuál es su ingreso económico?	1 MV (mínimo vital)	7	28,0
	1-2 MV	15	60,0
	3 a más MV	3	12,0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>

**Fuente: Cuestionario: características socioeconómicas de los padres/tutores los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019.**

La tabla 1 muestra que, de los 25 padres o tutores encuestados, la mayoría (64%) tiene de 50 a más años, la mayoría (84%) son de sexo femenino. El grado de instrucción predominante de los padres /o tutores es superior con 56%, le sigue en importancia con un 28% personas que solo cuentan con nivel primario de escolaridad. La procedencia de los abuelos es la provincia de Cajamarca en el 60% de los encuestados, y provienen de la zona rural en el mismo porcentaje de 60%. EL 64% de los padres y tutores se encuentran casados y su situación laboral es su casa con 48%, el ingreso familiar que predomina es de 1 a 2 mínimo vital (MV) con 60%, considerando el mínimo vital en 700.00 soles, el 28% con solo un ingreso MV.

**Tabla 2. Cultura sanitaria familiar según dimensiones en salud bucal en los padres / tutores de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019**

Dimensión	Respuesta	Nº	%
<b>Conocimientos</b>	<b>Bajo</b>	6	24,0
	<b>Moderado</b>	16	64,0
	<b>Alto</b>	3	12,0
<b>Información</b>	<b>No apropiada</b>	20	80.0
	<b>Apropiada</b>	5	20.0
<b>Hábitos</b>	<b>No saludable</b>	20	80.0
	<b>Saludable</b>	5	20.0
<b>Creencias</b>	<b>Negativas</b>	17	68.0
	<b>Positivas</b>	8	32.0
<b>Actitud</b>	<b>Rechazo</b>	20	80.0
	<b>Aceptación</b>	5	20.0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario: cultura sanitaria de los padres/tutores los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019.

A través de la tabla 2 se evidencia las dimensiones de la cultura sanitaria familiar indicando que predomina un conocimiento moderado acerca de la salud bucal en el 64%, el 24% tiene conocimiento bajo. El 80% recibió información no apropiada sobre salud bucal, lo cual constituye un riesgo para la salud bucal de sus hijos; 80% tienen hábitos de higiene no saludables, resultado que de alguna manera tiene coherencia con lo expresado anteriormente de que la mayoría tiene información no apropiada de la salud bucal. El 68% creencias negativas relacionadas a la salud bucal, y la tercera parte que es importante tiene creencias positivas, finalmente el 80% tuvo actitud de rechazo hacia la salud bucal y el porcentaje restante de aceptación. Estos resultados revelan la necesidad imperiosa de que, en la Asociación Unión Down, se lleven a cabo programas de educación sanitaria a los padres, que permita revertir estos hallazgos en beneficio de la población que es integrante porque tiene que ver con su bienestar y calidad de vida.

**Tabla 2.1. Cultura sanitaria familiar en conocimientos de la salud bucal, de los padres /tutores de la Asociación Unión Down. Ciudad de Cajamarca 2019**

<b>Conocimiento</b>	<b>Respuesta</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
¿A qué edad cree usted que se debe empezar a realizar la higiene en la cavidad oral a sus hijos(as)?	Desde que nace su hijo	13	52,0
	Cuando aparece el primero diente	9	36.0
	Cuando se ha completado toda su dentadura	3	12.0
¿Cuántas veces al día cree usted que debe cepillarse los dientes?	Tres veces al día	9	36.0
	Dos veces al día	4	16.0
	1 vez al día	12	48.0
Sabe usted ¿Qué es la caries dental?	Son puntitos negros que aparecen en los dientes	13	52.0
	Es una enfermedad de los dientes	9	36.0
	Es cuando los dientes se desgastan	1	4.0

	No se	2	8.0
Sabe usted ¿qué es la gingivitis?	Es cuando le sangra y están enrojecidas las encías de mi hijo	15	60.0
	Cuando se notan las raíces de sus dientes de mi hijo	2	8.0
	Inflamación del labio y aparecen llagas	8	32.0
¿Cada cuánto tiempo usted cree que debe cambiar el cepillo dental?	Cada 6 meses	1	4.0
	Cada 3 meses / y el cepillo esta con las cerdas abiertas	9	36.0
	Cada mes	6	24.0
	Cada 2 meses	9	36.0
¿Cree usted que cada persona debe tener una pasta dental adecuada para su edad?	Si por que las pastas dentales deben ser indicadas exclusivamente por el odontólogo según las necesidades del paciente	21	84.0
	No se	4	16.0
<b>Total</b> 100%			<b>25</b>

Fuente: Cuestionario: cultura sanitaria de los padres/tutores los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019.

En la tabla 2.1 se detalla las características del conocimiento de los padres o tutores en el marco de la cultura sanitaria familiar con relación a la salud bucal, observándose que el 52% de los padres tiene conocimiento correcto respecto a la edad de inicio para realizar la higiene bucal de sus hijos, el 36% indicó cuando aparece el primer diente.

Con relación al número de veces del cepillado de dientes al día, el 48% padres encuestados indicaron 1 vez al día, y la tercera parte indicó 3 veces al día. Este resultado se atribuye a conocimiento insuficiente de los padres y probablemente a la falta de iniciativa de estos por supervisar el cepillado de los mismos.

También se observa en la tabla que el 52% de padres conoce qué es la caries dental, y realmente la mayoría tiene idea de la caries dental, el 60% de los padres reconoce a una de las afecciones muy comunes como la gingivitis, el 8% no conoce que es la gingivitis. Con relación a la renovación del cepillo dental el 36% de padres indicaron cada 3 meses y cada 2 meses respectivamente.

Es importante destacar que el 84% de los padres reconoce que las personas deben tener su pasta dental de acuerdo a las indicaciones odontológicas, el 16% no sabe.

Estos resultados obviamente son el resultado del conocimiento moderado que los padres o tutores tienen de la salud bucal.

**Tabla 2.2. Cultura sanitaria familiar en información y salud bucal de los padres /tutores de la Asociación Unión Down, Ciudad de Cajamarca 2019**

<b>Información</b>	<b>Respuesta</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Los temas de salud bucal ¿cómo Usted ha obtenido la información?	Por la televisión	1	4,0
	De un profesional (odontólogo)	6	24,0
	De un familiar o amigo	13	52,0
	Mediante folletos, revistas	5	20,0
Usted Cuándo compras una pasta dental ¿cómo haces para elegirla?	Por publicidad	6	24,0
	El odontólogo me lo sugirió	8	32,0
	Me dejo llevar por el precio del producto	6	24,0
	Adquiero la que visualizo por la televisión	5	20,0
¿Cuándo usted llevo a su hijo (a) al odontólogo lo eligió por?	Porque algún familiar me lo sugirió	9	36,0
	Lo llevo al odontólogo que siempre atendió a mi familia	6	24,0
	Me dejo llevar por la publicidad	8	32,0
	A un especialista que se encuentre involucrado con el estado de salud de mi hijo (a)	2	8,0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario: cultura sanitaria de los padres/tutores los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019.

La tabla 2.2 muestra las respuestas de la información que obtienen los padres o tutores de la salud bucal, el 52% manifestó que sobre salud bucal obtuvo información de un familiar o amigo y solo un 24 % de un profesional (odontólogo) y por publicidad respectivamente, lo que evidencia la influencia de los amigos y la publicidad en las personas, lo cual es común. En cuanto a la compra de una pasta dental el 32% dijo que se lo sugirió un odontólogo, el 24 % manifestó que lo hace por la publicidad y un porcentaje igual tiene

en cuenta el precio, lo cual es obvio sobre todo cuando los recursos económicos no son suficientes.

La consulta odontológica es importante para prevenir problemas o afecciones bucales en las personas con síndrome de Down y mientras más temprana sea la consulta, mejor; así en el presente estudio se encontró que son los familiares que influyeron para que conduzcan a sus hijos a consulta odontológica, el 32% lo hizo por la publicidad. Vale la pena destacar que el 24% de padres lleva a su hijo al odontólogo de la familia, lo cual es un aspecto y práctica importante.

**Tabla. 2.3. Cultura sanitaria familiar en hábitos en salud bucal de los padres /tutores de la Asociación Unión Down. Ciudad de Cajamarca 2019**

Hábitos	Respuesta	N°	%
Su hijo (a) ¿se chupa el dedo, el labio, se muerde las uñas u otro objeto y siempre lo lleva a la boca?	Nunca	8	32,0
	A veces	11	44,0
	Siempre	6	24,0
¿Con qué frecuencia su hijo (a) consume golosinas?	Diariamente	10	40,0
	2-3 veces por semana	8	32,0
	Casi nunca	4	16,0
	Nunca	3	12,0
¿Con qué frecuencia lleva a su hijo (a) al odontólogo?	1 vez al año	8	32,0
	2 veces al año	5	20,0
	Solo cuando le duele el diente o tiene molestia	10	40,0
	Nunca hemos ido al odontólogo	2	8,0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100%</b>

En la tabla 2.3 se observa que el 44% de integrantes con SD a veces se chupa el dedo, labio o muerde el labio o algún objeto, la cuarta parte lo hace siempre, esto debido probablemente a que por las características del síndrome persisten estas acciones. Llama la atención que el 40% de los padres diariamente den golosinas a sus hijos con SD, y 32% lo hace 2 ó 3 veces por semana, si se suma ambos hábitos son el 72%, lo cual es un serio problema para la salud bucal especialmente la caries dental y por tanto un hábito no saludable para las personas con este síndrome. Sin embargo, esta es una práctica todavía bastante común en las familias más aún para demostrar seguramente “el cariño” que tienen a sus hijos con el SD. El 32% refirió que nunca da golosinas a sus hijos, lo cual es importante para la salud bucal.

Es importante destacar que la consulta odontológica el 32% de los padres lleva a su hijo al odontólogo una vez al año, el 20% lo hace dos veces al año, probablemente porque comprendieron la importancia de esta consulta para la salud y bienestar de sus hijos con SD, pero la mayoría el 40% solo hace uso de los servicios de odontología cuando su hijo tiene alguna molestia y el 8% nunca ha llevado a su hijo al odontólogo, estos hábitos podrían deberse al desconocimiento de la importancia de la consulta odontológica y no solamente para personas con SD sino también para todas las personas como medida importante para detectar a tiempo problemas o evitar afecciones que alteren la salud y el bienestar. La consulta odontológica evita el sufrimiento de las personas a causa de problemas o afecciones bucodentales.

**Tabla:2.4. Cultura sanitaria familiar en creencias en salud bucal de los padres /tutores de la Asociación Unión Down, Ciudad de Cajamarca 2019**

<b>Creencias</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Cree usted que cuando los niños consumen muchas golosinas tiene mala dentadura.	Si	25	100,0
¿Qué tan importante es para los abuelos de su hijo (a) cuidar su salud bucal?	Muy importante	4	16,0
	Medianamente importante	12	48,0
	Poco importante	9	36,0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>

La tabla 2.4 evidencia las creencias de parte de los padres y son aspectos que se transmiten de generación en generación, así el 100% de padres o tutores indicó que cuando los niños comen golosinas tienen mala dentadura; sin embargo como se observó en la tabla anterior un buen porcentaje de los padres casi el 75% ofrece caramelos-golosinas a sus hijos, diariamente o dos a tres días a la semana, a pesar de que creen que esto ocasiona problemas en la dentadura de sus hijos. Esto podría deberse a que los padres de familia no han internalizado la importancia de la salud bucal, lo cual evidencia necesidades educativas en salud.

Así también, la mayoría (48,0%) de los abuelos de las personas con SD conceden importancia mediana el cuidado de la salud bucal, para el 36% es poco importante y sólo para el 16% es muy importante. Este es un aspecto importante que debe tener en cuenta la Asociación para que pueda implementar acciones educativas y cambiar esta situación en beneficio de sus integrantes, además por lo valioso que resulta que las personas con SD no tengan mayores problemas o afecciones bucales si en casa los tutores realizan adecuadamente y periódicamente el cuidado bucal de sus hijos.

**Tabla:2.5. Cultura sanitaria familiar en actitud y salud bucal de los padres /tutores de la Asociación Unión Down, Ciudad de Cajamarca 2019**

<b>Actitud</b>	<b>Respuesta</b>	<b>Recuento</b>	<b>%</b>
Cuando a su hijo (a) le duele el diente o presenta alguna molestia ¿qué es lo primero que hace?	Compra algún medicamento para el dolor en la farmacia	15	60,0
	Lo lleva al odontólogo de inmediato	6	24,0
	Prepara algún remedio casero	2	8,0
	No hace nada y espera a que se le pase	2	8,0
El uso prolongado del biberón produce mala posición de los dientes.	Si	19	76,0
	No se	6	24,0
La caries dental se puede contagiar por utilizar la misma cuchara.	Si	17	68,0
	No se	8	32,0
Ayuda a su hijo (a) con su higiene oral	A veces	15	60,0
	Siempre	8	32,0
	Casi nunca	1	4,0
	Nunca	1	4,0
<b>Total</b>		<b>25</b>	<b>100,0</b>

La tabla 2.5 indica que el 60,0% de padres o tutores compra algún medicamento cuando su hijo tiene alguna molestia bucal, el 24% lo lleva inmediatamente al odontólogo, lo cual es una acción importante para aliviar rápidamente el sufrimiento de su hijo, el 8,0% no hace nada o le da remedios caseros respectivamente. La automedicación es un serio problema, así como consultar a personas que no tienen conocimiento al respecto, además una persona con SD requiere necesariamente

indicación profesional para resolver los problemas o afecciones bucales que pudiera tener.

El 76,0% de los padres o tutores de las personas con SD considera que el biberón produce mala posición de los dientes, el 24,0% no sabe. Asimismo, la mayoría de padres (68,0%) considera que la caries dental puede ser contagiada por utilizar la misma cuchara. Sin embargo, esta es una práctica muy común en las familias, al mezclar los cubiertos, sin embargo, como producto de la pandemia (COVID-19) las familias habrán recapitado para separar los utensilios individualmente.

También se aprecia en la tabla que, el 60,0% de padres ayuda a veces en la higiene oral a sus hijos con SD, sólo la tercera parte lo hace siempre y el 4,0% casi nunca y nunca respectivamente. Este es un aspecto a tener en cuenta puesto que las personas con SD necesitan apoyo permanente, dependiendo obviamente del grado de retardo mental que puedan tener, sin embargo, el apoyo de los padres es imprescindible en estas acciones o cuando menos supervisarlas personalmente para que la higiene bucal sea la adecuada y le ayude a promocionar su salud, su bienestar y calidad de vida.

**Tabla 3. Estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down según índices CPO-D e IHOS, Cajamarca, 2019**

<b>Estado de salud bucal</b>	<b>Categoría</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>CPO-D</b>	Bajo	8	32,0
	Moderado	1	4,0
	Muy Alto	16	64,0
<b>IHOS</b>	Sin gingivitis	4	16,0
	Gingivitis leve	6	24,0
	Gingivitis moderada	15	60,0
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>	<b>100%</b>

La tabla 3 muestra que de los 25 integrantes de la Asociación unión Down de la ciudad de Cajamarca que se le practicó el examen de CPO-D el resultado obtenido fue muy Alto en 64% con un porcentaje que sobrepasando la escala establecida por la OMS. Este indicador determina la prevalencia de caries en un 64%, mientras que solo un 32 % de la población en estudio su índice de CPO-D dio un resultado positivo en un nivel bajo de caries dental. Esto nos quiere decir que a pesar de que los padres o tutores no ponen mucho interés a la salud bucal de sus hijos y a pesar de los factores predisponentes que estos presentan un buen número de la población tiene escasas caries dental.

En el índice de IHOS el 60% de la población en estudio tenía un índice moderado de gingivitis, el 24 % leve y no presentaban enfermedad gingival solo el 16 %. Estos resultados evidencian la prevalencia de enfermedad bucal, lo cual debe ocasionar

sufrimiento a las personas con este síndrome, más aún que algunos pueden no tener facilidad para comunicar lo que les ocurre.

**Tabla 4. Relación entre cultura sanitaria familiar y CPO-D de los integrantes con síndrome de Down, Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca 2019**

Cultura sanitaria familiar	Índice CPOD						Total	
	Muy bajo		Moderado		Muy alto		N°	%
Conocimientos	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Bajo</b>	0	0,0	0	0,0	6	24	6	24,0
<b>Moderado</b>	5	20,0	1	4,0	10	40,0	16	64,0
<b>Alto</b>	3	12,0	0	0,0	0	0,0	3	12,0
<b>d de Sommers= -0,554 p valor= 0,000</b>								
Información								
<b>No apropiada</b>	3	12,0	1	4,0	16	64,0	20	80,0
<b>Positiva</b>	5	20,0	0	0,0	0	0,0	5	20,0
<b>d de Sommers= -0,675 p valor= 0,001</b>								
Hábitos								
<b>No saludable</b>	7	28,0	1	4,0	12	48,0	20	80,0
<b>Saludable</b>	1	4,0	0	0,0	4	16,0	5	20,0
<b>d de Sommers= 0,151 p valor= 0,396</b>								
Creencias								
<b>Negativas</b>	0	0,0	1	4,0	16	64,0	17	68,0
<b>Positivas</b>	8	32,0	0	0,0	0	0,0	8	32,0
<b>d de Sommers= -0,944 p valor= 0,000</b>								
Actitud								
<b>Rechazo</b>	3	12,0	1	4,0	16	64,0	20	80,0
<b>Aceptación</b>	5	20,0	0	0,0	0	0,0	5	20,0
<b>d de Sommers= -0,675 p valor= 0,001</b>								
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>32,0</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>	<b>16</b>	<b>64,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

La tabla muestra la cultura sanitaria familiar, sus dimensiones y su relación con la salud bucal el índice CPOD, observándose que sólo en la dimensión hábitos no hay relación estadística  $p=0,396$ . En las demás dimensiones la relación es perfecta. Esto indica que si el conocimiento, la información, creencias y actitudes se ven aumentadas de manera negativa hay riesgo de tener un índice de CPO-D Alto agravando las condiciones de vida y el estado de salud general de las personas con Síndrome de Down de la Asociación.

**Tabla 5. Relación entre cultura sanitaria familiar e Índice de Higiene Oral Simplificado en los integrantes de la Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca 2019**

Cultura sanitaria familiar	IHOS						Total	
	Muy bajo		Moderado		Muy alto		N°	%
Conocimientos	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Bajo</b>	0	0,0	0	0,0	6	24,0	6	24,0
<b>Moderado</b>	1	4,0	6	24,0	9	36,0	16	64,0
<b>Alto</b>	3	12,0	0	0,0	0	0,0	3	12,0
<b>d de Sommers= -0,625 p valor= 0,000</b>								
Información								
<b>No apropiada</b>	0	0,0	5	20,0	15	60,0	20	80,0
<b>Positiva</b>	4	16,0	1	4,0	0	0,0	5	20,0
<b>d de Sommers= -0,693 p valor= 0,001</b>								
Hábitos								
<b>No saludable</b>	3	12,0	5	20,0	12	48,0	20	80,0
<b>Saludable</b>	1	4,0	1	4,0	3	12,0	5	20,0
<b>d de Sommers= -0,015 p valor= 0,939</b>								
Creencias								
<b>Negativas</b>	0	0,0	4	16,0	13	52,0	17	68,0
<b>Positivas</b>	4	16,0	2	8,0	2	8,0	8	32,0
<b>d de Sommers= -0,555 p valor= 0,003</b>								
Actitud								
<b>Rechazo</b>	0	0,0	6	24,0	14	56,0	20	80,0
<b>Aceptación</b>	4	16,0	0	0,0	1	4,0	5	20,0
<b>d de Sommers= -0,540 p valor= 0,022</b>								
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>32,0</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>	<b>16</b>	<b>64,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

En la Tabla 5 se presenta la relación entre la cultura sanitaria familiar en sus dimensiones conocimientos, información, creencias, hábitos y actitud y la salud bucal también a través del índice de IHOS y se pudo establecer que hay relación directa con el indicador IHOS ya que si no hay un buen conocimiento, información adecuada, hábitos y creencias adecuadas tenderemos un índice de higiene oral bajo y salud bucal inadecuada.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación respecto a la cultura sanitaria familiar indica que los conocimientos sobre salud oral de los 25 padres o tutores encuestados, de los integrantes con Síndrome de Down, es moderado, con un 64%. Los resultados obtenidos en la presente investigación respecto a la cultura sanitaria familiar indica que los conocimiento sobre salud oral de los 25 padres o tutores encuestados, de los integrantes con Síndrome de Down, es moderado, con un 64%, estos hallazgos coinciden con Mina C (2016) que en su estudio que mide el nivel de conocimiento sobre salud oral en niños con Discapacidad al Norte de Ecuador obtuvo un valor regular de 64.9% para el conocimiento, así también coincide con el estudio de Pérez (2015) quien realizó un estudio en la ciudad de Trujillo y su objetivo fue medir el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales .y encontró conocimientos moderado en 60% de una muestra de 70 padres con sus respectivos niños con habilidades especiales , así mismo con Carrillo (2016) en la ciudad de lima quien obtuvo conocimientos regulares en un 63.4% de 41 padres encuestados.

El conocimiento es importante en los padres o tutores de los integrantes de la Asociación, debido a que ello puede determinar el estado de salud bucal de sus hijos, que por sus características requieren no cuidados especiales sino ser persistentes para evitar problemas de salud en estas personas(3).Con relación a la cultura sanitaria familiar en salud indica que es una de las necesidades educativas más observadas en la población, y que la formación de la cultura sanitaria juega un papel importante en la formación de los programas de educación y promoción para la salud adicional a esto en cómo se replica en las familias, las escuelas y las normas culturales transmitidas de generación en generación

(33), esta aseveración es muy importante tenerlo en cuenta en las familias de las personas con síndrome de Down.

Así mismo, Lugo. E y García L señalan que el proceso educativo debe ser fuente de conocimiento y objeto de transformación para dar prioridad a la participación colectiva y multidisciplinaria, así como favorecer el intercambio de saberes y experiencia. Sin dudas, se le otorga una función importante a la trasmisión de los saberes vinculados a la salud y que afloran como parte de la cultura, ya que la salud es el valor más importante para la inmensa mayoría de la especie humana y en el orden jerárquico de la cultura, ocupa un lugar privilegiado para la efectividad de la promoción sanitaria, aspecto que es fundamental cuando se habla de la información. Asimismo, los autores destacan que generar una cultura de salud puede contribuir la promoción como mecanismo que tributa a la educación para la salud, además de otros elementos como la familia, la escuela y las normas culturales transmitidas de generación en generación, por ello es importante tener en cuenta los conocimientos y la información de los padres para que puedan implementarse medidas adecuadas de educación en salud, que permita mejorar la calidad de vida de las personas así como la salud bucal que es tan importante en toda persona (33).

Para promover la salud bucal en las personas con síndrome de Down, es imprescindible el autocuidado y no obstante las características de las personas a través de los padres se puede lograr que sus hijos aprendan algunas acciones necesarias para su cuidado y salud bucal, pero para ello requieren tener conocimientos adecuados que les permita poner en práctica y enseñar gradualmente y periódicamente a sus hijos hasta formar el hábito para que ellos mismos puedan contribuir con su salud y bienestar (33)

Respecto al autocuidado Dorothea Orem afirma que el autocuidado es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo y no es innato, es una conducta que se va a ir aprendiendo durante el proceso de crecimiento y desarrollo del ser humano (24).

También es importante tener en cuenta como refiere la indicada teoría que el desarrollo del autocuidado se ve afectado y modificado por la cultura, creencias, hábitos, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidades a la que se pertenece, cuando la capacidad de las personas no es adecuada como sucede con las personas con síndrome de Down relacionado con sus síntomas cognitivos cuya consecuencia más común de discapacidades intelectuales desde leves a moderadas para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado (24).

El déficit de autocuidado se expresa en las necesidades y limitaciones que presentan las personas, como los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca, para realizar las actividades básicas (24).

Puesto que esta teoría del déficit del autocuidado aborda al individuo de manera integral en función de ayudar al ser humano a vivir feliz durante más tiempo buscando maneras de mejorar su calidad de vida (24) realizando acciones de autocuidado para conservar su salud, vida motivándolas a recuperarse de la enfermedad que la aquejan.

La información como otra dimensión de la cultura sanitaria familiar no es más que el dato que informa de algo, y este es importante que sea científico para que la información que influirá en la toma de decisiones de los padres sea la más adecuada, sin embargo, en el presente trabajo se ha encontrado que el 60% de los padres tiene información inadecuada respecto a la salud bucal de sus hijos (31).

Los hábitos como parte de la cultura son importantes, la cultura modela la conducta, los comportamientos de las personas y por tanto lo que entiende por salud y enfermedad, aspectos que pueden ser diferentes en las personas, por ello la importancia de abordar la cultura sanitaria en sus diversas dimensiones como son el conocimiento, la información como parte de la anterior, los hábitos, creencias y actitud. A este respecto .....indica que las personas con Síndrome de Down presentan mayor susceptibilidad y predisposición a contraer enfermedades bucodentales, agregado a esto el déficit de higiene, y el poco conocimiento de los padres sobre los problemas genéticos propios de su síndrome. Estas personas pueden presentar continuos malestares a causa de afecciones odontoestomatológicas y la indiferencia de algunos odontólogos, al no poder atenderlos ya que no son personas a las que no se les pueda someter a situaciones de mucho estrés o tratamientos que demande de mucho tiempo al irritarse con mayor facilidad (9).

Con relación a los hábitos destaca los resultados de la investigación que la mayoría (40,0%) de padres dan golosinas diariamente a sus hijos y 32,0% dos a tres veces a la semana, este es un hábito nocivo para las personas y es importante que se tome en cuenta. Los alimentos que se pegan a los dientes aumentan el riesgo de caries, en comparación con los alimentos que desaparecen de la boca rápidamente. Por ejemplo, las papas fritas y las galletas se pegan a los dientes durante más tiempo que otros, como los caramelos y las golosinas. Esto se debe a que los caramelos y las golosinas contienen azúcares solubles que desaparecen más rápidamente gracias a la saliva. Cuanto más tiempo se queden los alimentos que contienen carbohidratos alrededor de los dientes, más tiempo tienen las bacterias para producir ácido y mayor es la posibilidad de desmineralización, por ello es importante que, en los padres de familia, estos hábitos no sean frecuentes y en todo caso después de consumir alimentos azucarados o golosinas debe realizarse el cepillado de los dientes (31).

Los hábitos, también como parte de la cultura sanitaria familiar son prácticas habituales aprendidas, al respecto la teoría del aprendizaje social se apoya en la idea de que los niños aprenden en entornos sociales por medio de la observación y de la imitación del comportamiento que vieron. También refuerza la idea de que el niño se ve afectado por la influencia de otros. El aprendizaje social es un proceso comportamental-cognitivo que tiene como principal característica la transmisión de habilidades, conocimientos e información entre los animales y que está ligado evolutiva y ontogenética mente a la transmisión cultural, tanto en humanos como en otras especies animales (25).

La teoría cognitiva social enfatiza que el comportamiento está influenciado por el ambiente y los factores personales, por ello es importante tener en cuenta esta teoría en los padres de la Asociación Unión Down. Resalta también que el comportamiento de una persona puede ser influenciado por sus creencias, actitudes y percepciones, que como se ve en el presente estudio es importante las dimensiones de la cultura. Por otra parte, al intentar hacer cambios de hábitos es importante entender lo que la teoría del aprendizaje social señala, que los conceptos centrales son aquellos relacionados con las habilidades y la auto-eficacia. Si una persona recibe un incentivo relacionado con una conducta específica, cree que es capaz de desempeñarlo (Auto-eficacia) (26). El éxito en el desempeño del comportamiento aumenta la probabilidad de que este comportamiento se repita en el futuro, y esto no es difícil en los padres para que sus hijos aprendan de ellos prácticas básicas de higiene bucal, de tal manera que contribuya con su autoestima, bienestar y calidad de vida (26).

Sin embargo, es importante considerar que esta teoría hace referencia a un factor personal clave para lograr un cambio comportamental, afirmando que éstos son mediados por un mecanismo cognitivo común que es la autoeficacia. La autoeficacia, es aquel conjunto de creencias personales de la capacidad de responder a las demandas situacionales. Se afirma

que estas expectativas influyen en: a) las actividades que las personas escogen hacer, b) el esfuerzo para mantenerse en dichas actividades y c) el grado de persistencia demostrado para no fallar. Esta interacción es conocida como determinismo recíproco, el cual afirma que el comportamiento y el funcionamiento humano son determinados por la influencia interrelacionada de los estados psicológicos, comportamentales, cognitivos y ambientales individuales. La autoeficacia se enfoca en el rol del autorreferente y provee un mecanismo común mediante el cual las personas demuestran control sobre sus propias motivaciones y comportamiento. Es importante que una persona sienta que cuenta con las capacidades, físicas, mentales y personales, así estará dispuesta a un cambio, sí por el contrario considera que no las posee es muy probable que se cierre a ésta posibilidad. (26)

Por otro lado, es importante tener en cuenta que cuando las personas comienzan un cambio, y empiezan a ver los resultados de éste, su autoeficacia cambia en la medida en que se están demostrando a ellos mismos logros que no pensaban poder cumplir, y cada vez se sentirán más capaces de comprometerse con nuevos retos personales.

Las creencias como parte intrínseca de la cultura sanitaria familiar respecto a la salud bucal de los padres o tutores en un 68% fueron de origen negativas. Las creencias son ideas o pensamientos que se considera como ciertos y esto es un serio problema en las personas más aún si no tienen posibilidades de consultar con profesionales y pueden hacer lo que ellos consideran que debe hacerse sin medir las consecuencias que ello pueda generar en la salud de sus hijos y hasta de ellos mismos (3).

Visitar al odontólogo frecuentemente o cuando menos una vez al año no es una práctica común en la población y los padres de esta asociación no son la excepción, de allí que la mayoría (40,0%) lo hace solamente cuando su hijo tiene alguna molestia bucodental, esto podría deberse a que las familias de las personas con síndrome de Down, no cuentan con

los recursos necesarios, también podría deberse a que “esconden” a su hijos y no desean que otras personas identifiquen el síndrome, puede ser por vergüenza etc, por lo que demanda no sólo dar información sobre el síndrome de Down, sino también hacer abordajes psicológicos para que los padres puedan entender, comprender, aceptar y llevar una vida normal como cualquier otra persona, aspectos que cruzan necesariamente con acciones educativas y asesoría especializada a los padres y entorno de la persona con síndrome de Down, para que estos problemas de salud bucal no se agraven cuando existan y no se presenten en estados normales.

Los resultados de las creencias de los padres como parte de la cultura sanitaria familiar muestran que el 100,0% cree que las golosinas ocasionan mala dentadura, sin embargo, se ha visto en la discusión líneas arriba que más del 70,0% de los padres da golosinas a sus hijos, lo cual puede evidenciar algunas creencias en los padres o con la finalidad de mostrar el cariño a sus hijos les ofrecen golosinas.

Respecto a la actitud, los resultados muestran una actitud de rechazo frente a la salud bucal, sólo el 20% tiene una actitud de aceptación hacia la salud bucal. Se sabe que las actitudes son el resultado de los conocimientos, creencias que tienen las personas y como se ha visto en el presente estudio el conocimiento es medianamente moderado y en su mayoría las creencias son negativas, entonces estos factores influyen necesariamente en las actitudes de las personas y sus decisiones estarán en base a las mismas, sin embargo, esto es importante considerarlo porque directamente influye en la salud bucal de sus hijos, en su bienestar, en su calidad de vida. Con conocimiento adecuado, mejora de las prácticas o hábitos el sufrimiento a causa de enfermedades bucodentales se puede disminuir en este grupo poblacional, que por sus características genéticas ya tienen algunas limitaciones o riesgos. Estos resultados también expresan las necesidades educativas de los padres en materia de salud bucodental, no basta el estar asociados, es

importante pero, si esto no se acompaña de acciones educativas como lo traduce el resultado de este estudio el sufrimiento, el dolor, las molestias bucodentales mermarán el bienestar y la calidad de vida a que tienen derecho las personas con síndrome de Down y sobre todo que provengan de la familia como primer espacio de fortalecimiento de prácticas sanitarias.

Con relación a la salud bucal de los integrantes de la asociación con síndrome de Down, se encontró un índice de CPO-D, este se refiere al estudio odontológico que se realizan para cuantificar la prevalencia de la caries dental, y señala la experiencia de caries tanto presente como pasada, pues toma en cuenta los dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados.

Respecto a la salud bucal se señala que está relacionada con múltiples funciones las cuales desde la primera etapa de vida permiten el crecimiento y desarrollo de la persona. La masticación, la deglución, la digestión, el habla, la estética y la autoestima; en general: la calidad de vida de la persona (54).

La salud bucal es una prioridad en el Perú, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud bucal y sistémica en los individuos y sociedad y por el alto costo de su tratamiento. Las enfermedades bucales comparten los factores de riesgo con otras enfermedades crónicas como cáncer y diabetes entre otras y su interrelación se demuestra de manera consistente en la evidencia científica. Según estudios nacionales disponibles se observan inequidades en la prevalencia y severidad del daño por caries en la población afectando más a los más desfavorecidos por su nivel socioeconómico y ruralidad. Estas diferencias aumentan con la edad.

Así también se destaca y para comprender la importancia de la salud bucal que las enfermedades de la cavidad bucal representan uno de los más grandes desafíos para la salud global, debido a su alta prevalencia, sus vínculos con la salud general y la gran carga económica que generan. Este asunto, merece la atención de los gobiernos, tomadores de decisiones e investigadores, por ser un problema actual y creciente de salud pública, y que requiere una serie de medidas costo-efectivas en prevención y promoción.

Las personas con Síndrome de Down describen cambios y manifestaciones clínicas orales frecuentes como: pigmentaciones, gingivitis crónica generalizada, cálculos, enfermedad periodontal severa, pérdida ósea y pérdida prematura de dientes, aumentando su incidencia y severidad por el difícil acceso a los servicios de salud de este grupo de personas. La enfermedad periodontal es la más común de las patologías bucales asociadas con este síndrome, como se ha identificado en el presente estudio. En la actualidad es evidente que las personas con Síndrome de Down tienen una mayor susceptibilidad a contraer enfermedad periodontal, sin embargo, no es clara la razón de ello. Para el abordaje de la atención odontológica de las personas con necesidades especiales es preciso mejorar su higiene bucal por medio de programas educativos dirigidos al personal de atención y a las familias que ayudan con las tareas diarias del cuidado personal, establecer una formación académica y entrenamiento específico para profesionales de la odontología y asignar fondos para cubrir el acceso a los servicios de salud de este tipo de pacientes.

Índice CPOD, significa el promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados. Y se utiliza para obtener una visión global de cuánto ha sido afectada la dentición por enfermedades dentales. En el presente estudio se encontró un nivel muy alto con un 64% concidiendo con los resultados obtenidos en los estudios de Rueda , Rodríguez , Tipe donde concluyen que el índice de caries es alto consecuencia de que el

40 % de los padres solo lleva a sus hijo con un especialista si tenían molestia o algún tipo de dolor afectando su calidad de vida , y en un valor similar con el estudio de Mina C en el resultado de su investigación con un resultado moderado ; es por esa razón que el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender orienta a las personas a tener conductas saludables motivadas a potenciar al ser humano y su entorno para mejorar y alcanzar el estado de salud óptimo, en este sentido IHO-S que se refiere al índice de higiene bucal que ayuda a determinar el grado de higiene bucal. Se divide la boca en seis partes (sextante) y se revisan seis dientes específicos, uno por cada sextante. Para la revisión de los dientes se requiere que se encuentren completamente erupcionados para calcular adecuadamente la presencia de detrito o cálculo. Se evalúan únicamente seis superficies, una de cada diente seleccionado para el IHOS. Teniendo una puntuación este índice valor mínimo de 0 y un valor máximo de 6, contabilizando detritos y cálculo (48).

Con el estudio también se pudo corroborar que el IHOS (índice de higiene oral simplificado) en los integrantes de la Asociación Unión Down de la Ciudad de Cajamarca fue moderado en un 60% y coincide con la investigación realizada por Mina C (2017), Rodríguez (2018), Tipe (2017) Tenazao (2017) donde sus resultados fue regular en todas las investigaciones. Así mismo León (2016) en su estudio “Estado de higiene Oral y salud gingival en niños con síndrome de Down” también manifestó que era muy escasa. Todo esto hace referencia a que la discapacidad más la falta de conocimiento de los padres contribuyen a haya un déficit en las correctas técnicas de cepillado según MINSA nos manifiesta que el cepillado dental se debe realizar después del consumo de alimentos pues ayuda a eliminar la placa dental y evitar que se forme tártaro y la enfermedad gingival se instale; como mínimo 3 veces al día con una duración de 2 a 3 minutos, por consiguiente, una buena higiene oral.

## CONCLUSIONES

1. El 64% de padres o tutores de los participantes con síndrome de Down tienen más de 50 años de edad, la mayoría fueron de sexo femenino, en el 56% predominó la instrucción superior, la mayoría procede de la provincia de Cajamarca, la mayoría son casados, predomina la ocupación su casa (48%), el 60% percibe ingresos económicos entre 1 y 2 mínimos vitales.

2. La cultura sanitaria familiar de los integrantes con síndrome de Down de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca se caracteriza porque el conocimiento sobre salud bucal de los padres o tutores es moderado en el 64 %, mínimo porcentaje tienen conocimiento alto. El 80% tiene información no apropiada y en el mismo porcentaje sus hábitos son no saludables. El 68% tiene creencias negativas de la salud bucal y una actitud de rechazo en el 80% de padres.

Respecto a los conocimientos, lo más saltante es que la mayoría considera el inicio de la higiene bucal desde que nace el niño, el 48% que el cepillado debe realizarse una vez al día, el 60% conoce a la gingivitis como afección común y el 36% que el cepillo debe cambiarse cada 3 o 2 meses respectivamente. La información la mayoría lo obtiene de amigos y familiares, en los hábitos el 44% se chupa el dedo, labio u objetos, la mayoría da golosinas a sus hijos diariamente y 2 a 3 veces por semana, el 40% acude al profesional de odontología solamente cuando su hijo tiene molestias bucales. El 100% de los padres cree que cuando los niños comen golosinas tienen mala dentadura y para el 48% de abuelos es medianamente importante la salud bucal. En la actitud se aprecia que ante molestias bucales el 60% compra medicamentos en farmacias, el mismo porcentaje ayuda a veces a sus hijos en la higiene bucal.

3. La prevalencia de caries dental en las personas con síndrome de Down es muy alta 64%, según el CPO-D.

El índice de higiene oral (IHOS) en las personas con síndrome de Down, la gingivitis es 84%, el 60% de estos tiene gingivitis moderada a causa de la insuficiente higiene oral.

4. Se encontró relación estadística entre cultura sanitaria familiar en las dimensiones de conocimiento, información, creencias y actitud y la salud bucal, cuyo valor de  $p$  es menor a 0,05. De igual manera para IHOS, con excepción de hábitos. El valor de  $p$  menor a 0,05. Con estos resultados, queda comprobada la hipótesis de investigación.

## **RECOMENDACIONES**

### **A los Dirigentes de la Asociación Unión Down**

- Implementar programa preventivo promocional sobre salud bucal y estilos de vida saludable de manera trimestral, que se desarrollen en las instalaciones de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca.

### **A los padres o cuidadores**

- Consultar a odontólogos que tengan empatía o estén especializados en el trato a pacientes especiales para que se encuentren informados de manera adecuada sobre las principales alteraciones y manifestaciones bucales que presentan las personas con síndrome de Down.
- Llevar a sus hijos cada tres meses al odontólogo presenten o no dolor para controles periódicos y también para que los niños se encuentren familiarizados con sus visitas al odontólogo.
- Participar activamente en programas de promoción y educación para la salud que permitan mejorar sus prácticas sanitarias respecto a la salud bucal, importante para el bienestar y calidad de vida de sus hijos con síndrome de Down o no.

### **A los profesionales y futuros odontólogos**

- Incentivar a los estudiantes de estomatología y otras carreras profesionales de salud, la realización de estudios al respecto para contrastar resultados, y/o realizar otros estudios de la salud bucal de las personas con síndrome de Dow, en la región Cajamarca no hay estudios que se hayan realizado a pacientes con habilidades especiales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kidshearth [publicación periódica en línea]2012.febrero[citada 2019 junio 25];4(1): [aproximadamente 5 pp.]. Disponible en <https://kidshealth.org/es/kids/down-syndrome-esp.html>.
2. Revista Salud Integral 2017.Marzo[citada 2020 julio30];3 (2): [aproximadamente 7 pp.]. Disponible en <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/salud-integral-que-es-y-que-relacion-tiene-con-las-nuevas-tecnologias>
3. De Los Ángeles RM; Paniagua SS, De La Fuente HJ, Beltrán HS, Durán JFR, Acosta-Torres LS. Componentes culturales que influyen en la salud bucal. Sociedad iberoamericana de información científica [revista en línea ]2015 España; Vol. 21. [consultado el 29 enero del 2019]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/139635>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental. Temas de salud. [Revista en línea] 2018 [consultado el 29 de enero del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
5. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles. ABECÉ sobre IV Estudio Nacional de Salud Bucal “Para saber cómo estamos y saber qué hacemos”. Todos por un nuevo país paz equidad educación. [Revista en línea]2014 [consultado el 04 de febrero 2019];12(4). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abc-salud-bucal.pdf>
6. Calle M. Perfil Epidemiológico de Salud bucal en el Perú. Situación Actual de la salud Bucal en el Perú 1. [Revista en línea]2015 [consultado el 07 de febrero del 2019] ;12(5) Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1013\\_OGE64.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1013_OGE64.pdf)
7. Castro VG, Rivera CJ. Informe Temático N° 2 " Síndrome de Down en el Perú “. REVISTA DE CONADIS. [revista en línea] 2016[consultado el 20 de febrero del 2019]2(8) en. disponible en [http://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2018/12/Down\\_Observatorio\\_Marzo22\\_2016\\_final-1.pdf](http://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2018/12/Down_Observatorio_Marzo22_2016_final-1.pdf)

8. Asociación Unión Down total de personas con síndrome de Down 2018. Perú: en la Asociación Unión Down de Cajamarca, 2018. Número total de personas ,2018.
9. Rodríguez GK, Peña S, Clavería C A, Vallejo PV, García VR Salud bucal en pacientes con síndrome de Down según actitud de sus tutores legales. [Tesis]. Cuba universidad de ciencias médicas Santiago de cuba facultad de medicina n°2;2017. [consultado el 25 de febrero 2019]. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n7/san10217.pdf>
10. Quispe J. Conocimientos sobre salud bucodental de los padres que tienen niños con síndrome de Down del CEBE. [tesis]. Cusco Universidad San Juan de cusco Facultad de medicina humana carrera profesional de odontología ;2013 [consultado el 02 de marzo del 2019] disponible en [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNS\\_735a51590ef83bd747797ad40d2f670f](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNS_735a51590ef83bd747797ad40d2f670f).
11. Federación Española de Síndrome de Down La Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad vista por sus Protagonistas. Revista Down España. [revista en línea]2014[consultado el 02 de marzo 2019]101(20-30) Disponible en [https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/57L\\_guia.pdf](https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/57L_guia.pdf).
12. Mejía L, López L. La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud [investigación]. Bogotá: Universidad Nacional Colombia; 2010.disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200015](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200015)
13. Olmeda GL. Nivel socioeconómico y rendimiento académico: Estudiantes resilientes. [tesis de doctorado]. España: Universidad Complutense de Madrid Facultad de psicología;2016. [Consultado el 24 de abril del 2019]Disponible en: <https://eprints.ucm.es/38862/1/T37677.pdf>
- 14 Mina BC. Estado de salud bucodental de niños con discapacidad del Instituto de Educación Especial del Norte (IEEN) y su asociación con el nivel de conocimiento de los padres sobre salud oral [Tesis Titulo]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador Facultad de Odontología Unidad de Investigación, titulación y graduación [consultado 5 de mayo del 2021] disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/6797/1/T-UCE-0015-352.pdf>

- 15 Rodríguez RM. Componente bucal de la salud en niños con Síndrome de Down y retardo mental y su relación con la calidad de vida. [Tesis doctoral]. Venezuela: Universidad del Zulia Facultad de Odontología División de Estudios para Graduados Doctorado en Ciencias Odontológicas [consultado 5 de mayo del 2019]disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4113/mrodriguez.pdf?sequence=1>
- 16 León GE. Estado de higiene oral y salud gingival en niños con síndrome de Down. [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil Facultad piloto de odontología ;2016[Consultado el 10de mayo del 2019]. Disponible en <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/19151/1/LEONerick.pdf7>
- 17 Villacís Ak, Suarez AE, Montece OE, Tóala RA. Caries y anomalías bucodentales en niños con Síndrome de Down. Revista científica Dominio de las ciencias [Revista en línea]2017[consultado el 7 de mayo del 2019];3(4). Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/d62c/9e468c738b10cd38ce8573cf2fcef565196b.pdf>
- 18 . Martínez CA. Promoción de la salud oral a maestros y padres de familia con Niños con Discapacidad Motriz y Síndrome de Down en el periodo de octubre – noviembre 2017. [Tesis]. Quito: Universidad de las Américas de Ecuador Facultad de Odontología ;2018. [consultado el 10 de mayo del 2019]Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/8545/1/UDLA-EC-TOD-2018-94.pdf>
- 19 Pérez SR. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales. [Tesis]Trujillo: Universidad privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Humana Escuela profesional de Estomatología ;2015 [consultado el 15 de mayo del 2019]. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1048/1/PEREZ\\_ROSA\\_SALUD\\_ORAL\\_PADRES%20NI%20c3%91OS.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1048/1/PEREZ_ROSA_SALUD_ORAL_PADRES%20NI%20c3%91OS.pdf)
- 20 Carrillo SN. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en los padres de los alumnos con síndrome de Down y Autismo del centro educativo básico especial (CEBE) Ricardo Bentin En el distrito de Rímac en el año 2016.[Tesis].Lima: Universidad privada Norberto Wiener Facultad de Ciencias de la Salud Escuela académica profesional de Odontología;2017[consultado el 17 de mayo del 2019].Disponible en <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/554/TITULO%20-%20CARRILLO%20SAAVEDRA%20NALY%20ROSARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- 21 Torres RV. Nivel de Conocimiento sobre salud Bucal de los padres y la Higiene oral en los alumnos del centro educativo Básico especial del distrito de Iquitos, año 2017 [Tesis]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Facultad de Odontología [consultado 5 de mayo del 2021] disponible en: [https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/5405/Vania\\_Tesis\\_Titulo\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/5405/Vania_Tesis_Titulo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 22 Tipe BC. Evaluación del perfil epidemiológico oral en niños de 12 a 16 años con Síndrome de Down en el centro de educación básica especial “Divina Misericordia” villa el salvador –lima 2017. [Tesis]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Estomatología;2017. [Consultado el 20 de mayo 2019]Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/524/T-TPCD-Cintha%20Sujei%20Tipe%20Bonifaz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 23 Tenazoa ChT. Nivel de conocimiento sobre salud bucal en padres e higiene oral de niños con habilidades Especiales en el Centro Educativo Básico Especializado Iquitos 2017. [tesis]. Iquitos: Universidad Científica del Perú Facultad de ciencias de la salud Escuela profesional de Estomatología ;2017. [Consultado el 22 de mayo del 2019]Disponible en <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/221/TENAZOA-1-Trabajo-Nivel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 24 Prado SI, González RM, Paz GN, Romero BK. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista médica electrónica [Revista en línea].2014[Consultado el 25 de mayo del 2019];36(6). Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)
- 25 Schunk DH. Teorías del aprendizaje Una perspectiva educativa [Libro electrónico]. México: Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de psicología;2012[consultado el 29 de mayo del 2019]Disponible en [https://www.academia.edu/8093359/SEXTA\\_EDICI%C3%93N\\_TEOR%C3%8DAS\\_DEL\\_APRENDIZAJE](https://www.academia.edu/8093359/SEXTA_EDICI%C3%93N_TEOR%C3%8DAS_DEL_APRENDIZAJE)
- 26 Rosa O, Merit B, Luis V. Revista Argentina de Antropología Biológica. [Internet] 2018. [Revisado el 15 de mayo del 2021];20 (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3822/382255488007/html/index.html>
- 27 Arizábal, Blanco D, Sánchez R. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Una Reflexión en Torno a su comprensión [Tesis de maestría en Enfermería]. MEXICO: Universidad Nacional Autónoma de México; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003)

- 28 Perú. Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley N° 27050 (18 de diciembre 1998). En: Normas Legales, N° 21456. Diario Oficial “El Peruano”. Lima: Congreso de la República. Disponible en: [http://www.minedu.gob.pe/files/266\\_201109141525.pdf](http://www.minedu.gob.pe/files/266_201109141525.pdf)
- 29 Perú. Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley N° 29973 (14 de junio del 2012). En: Normas Legales, N° 28806. Diario Oficial “El Peruano”. Lima: Congreso de la República. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/herramientas-recursos-violencia/contenedor-dgcvg-recursos/contenidos/Legislacion/Ley-general-de-la-Persona-con-Discapacidad-29973.pdf>
- 30 Perú. Ley de promoción, prevención rehabilitación y prestación de servicios al impedido, a fin de lograr su integración social, Ley N° 24067 (9 de enero 1985). En: Normas Legales, N°. Diario Oficial “El Peruano”. Lima: Congreso de la República. Disponible en: <https://docs.peru.justia.com/federales/leyes/24067-jan-11-1985.pdf>
- 31 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y la cultura. Unesco y los desafíos del mundo .UNESCO[Revista en línea ]2006[Consultado el 02 de junio del 2019];7 (12):17-20 .Disponible en: <http://www.aacid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Divulgaci%C3%B3n/folletounesco.pdf>
- 32 Harris, Marvin 1986 [1981]. La cultura norteamericana contemporánea. Una visión antropológica. Madrid. Alianza. <http://teoriaehistoriaantropologica.blogspot.com/2012/04/marvin-harris-y-la-primacia-de-la.html>
- 33 Lugo AE, Garcia CI, Gross FC, Casas Gs, Sotomayor LF. La cultura en la salud bucal, Problema actual de la sociedad. Revista Medisan. [Revista en Línea]2013 [Consultado el 03 de junio 2019];17(4). Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3122/1/Cano%20Hern%C3%A1ndez,%20Encarnaci%C3%B3n%20TFM.pdf>
- 34 Blázquez EF. Sociedad de la información y educación. Revista Investigación Educativa. [Revista en Línea]2001 [consultado el 06 de junio del 2019];60(4). Disponible en: <http://www.ub.edu/prometheus21/articulos/obsiberprome/blanquez.pdf>
- 35 Islas SP, Pérez PA, Hernández OG. Enfermería y educación para la salud. Enfermería Universitaria. [Revista en línea]2015[consultado el 06 de junio 2019]. Disponible en:[http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/aula\\_acredit\\_eps.pdf](http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/aula_acredit_eps.pdf)

- 36 Benavente LL. Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental. revista Odontología Sanmarquina. [Revista en línea ]2017. [Consultado el 08 de junio 2019];10(2):3-7. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2007\\_n2/pdf/a02.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/odontologia/2007_n2/pdf/a02.pdf)
- 37 Higashida HB. Odontología Preventiva [Libro Electrónico]. México: McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES.2009. [Consultado el 10 de junio 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/72950112-Odontologia-preventiva.html>.
- 38 Marta C, Learsys Revista Cubana de Estomatología. [Internet] 2012. [Revisada el 15 de mayo 2021];49 (1). Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubest/esc-2012/esc121g.pdf>
- 39 OPSOMS. - Agentes Comunitarios de Salud: Guía general, Serie HCT/AIEPI-15. E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC, enero 1999.Disponible en [https://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/guia\\_intercultural\\_web.pdf](https://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/guia_intercultural_web.pdf)
- 40 Revista psicología científica [publicación periódica en línea]2015.Febrero [citada:2020, enero,19];10(3): [aproximadamente 13 pp.]. Disponible en <https://www.psicologiacientifica.com/familia-contexto-transcultural/>.
- 41 Nacional Institutes OF Health [Página principal en Internet], Estados Unidos.2012[Actualizado en febrero 2012;Consultado el 20 de junio del 2019]. Disponible en [:https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/down/Pages/default.aspx](https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/down/Pages/default.aspx)
- 42 Barrios CE, VilaVG, Martínez SE, Encina Ta. Relación entre pH salival y caries dental en pacientes con síndrome de Down. Revista Odontoestomatologicas .[Revista en line ]2014 [consultado el 25 de marzo] ;16(23).Dhttp://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1688-93392014000100003
- 43 Culebras AE, Silvestre RJ, Silvestre DF . Alteraciones odontoestomatologicas en el niño con síndrome de Down. Hospital universitario Dr. PESET VALENCIA. [Tesis]. España: Universidad de valencia 2012. [consultado el 25 de febrero del 2019]. Disponible en: <http://centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/6d3dd90110f6a8fd31465d23a0763e631d2d89c9.pdf>

- 44 Órgano de expresión de la Sociedad Española de Investigación en Nutrición y Alimentación en Pediatría. síndrome de Down. Revista española de pediatría clínica e investigación. [Revista en línea] España 2012 [Consultado el 6 de mayo del 2016] ;68(6). Disponible en : [https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/122L\\_revista.pdf](https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/122L_revista.pdf)
- 45 Molina BJ. Atención y cuidados odontológicos para los niños con síndrome de Down. Revista Síndrome de Down. [Revista en línea]2005 [consultado el 30 de marzo del 2019]; 22(15-19).Disponible en: <http://www.downcantabria.com/revistapdf/84/15-19.pdf>
- 46 Pérez AM. Hábitos dietéticos y Problemas Alimentarios y Nutricionales en personas Adultas con discapacidad intelectual leve-moderada. [Tesis Doctoral] España :Universidad de Alicante departamento de enfermería ; 2014.[Consultado en 14 de abril del 2019 ].Disponible en : [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/41454/1/tesis\\_gallar\\_perez-albaladejo.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/41454/1/tesis_gallar_perez-albaladejo.pdf)
- 47 Salina TJ. ¿cuándo y con qué frecuencia debes cepillarte los dientes? Revista Mayo Clinic. [Revista en línea ]2016. [consultado el 18 de julio 2019]. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/adult-health/expert-answers/brushing-your-teeth/faq-20058193>.
- 48 Ministerio de salud. Plan Nacional Concertado de salud, 2007.Perú, p34-53.
- 49 ÍNDICE DE HIGIENE BUCAL [homenaje en Internet]. Argentina: Salud Dental Para Todos.2018 [actualizada 16 setiembre 2018; consultado 16 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.sdpt.net/ID/indicesimplificadohigieneoral.htm>
- 50 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Estadio “crecimiento” con un índice C.P.O.D. entre 3 y 5 (es decir elevada incidencia de caries), Revista Plan Nacer [Revista en línea 2005. [consultado el 23 de marzo del 2019] Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000236cnt-protocolo-indice-cpod.pdf>
- 51 Organización Mundial de la salud. ¿Qué e la promoción de la salud? Materia de la promoción de la Salud. [revista en línea ]2016. [consultado el 18 de marzo 2019]. Disponible en <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>
- 52 Regezi JA, Sciubba JJ. Patología bucal. 3ED.Perez GJ Editor. México: McGraw-Hill INTERAMERICANA; 2000.

- 53 Pérez SR. Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de niños con habilidades especiales, Trujillo.2015. [Tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de medicina humana Escuela Profesional de estomatología. [Consultada el 18de mayo del 2019]. Disponible en [positorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1048/1/\\_Nivel.conocimiento.salud.oral.padres.niños.habilidades.especiales.Trujillo.2015.pdf](http://positorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1048/1/_Nivel.conocimiento.salud.oral.padres.niños.habilidades.especiales.Trujillo.2015.pdf).
- 54 Ministerio de salud. Plan Nacional Concertado de salud, 2007.Perú, p34-53.

# **ANEXOS**

## CUESTIONARIO

PARA DETERMINAR LA CULTURA SANITARIA FAMILIAR Y ESTADO DE SALUD BUCAL EN LOS INTEGRANTES CON SÍNDROME DE DOWN DE LA ASOCIACIÓN UNIÓN DOWN.

**Instrucciones:** Reciba un cordial saludo de mi parte. Mi nombre es Jessica Jennifer Miranda Cortegana, Cirujano Dentista de profesión y actualmente estudiante de maestría en la mención en Salud Pública de la Escuela de Pos Grado en la Universidad Nacional de Cajamarca. El objetivo de la presente investigación es: Determinar la relación entre la cultura sanitaria familiar y el estado de salud bucal de los integrantes con síndrome de Down de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca. Por lo tanto, solicito a usted pueda responder las preguntas en el presente cuestionario, las mismas que se protegerán y sus datos personales en forma anónima, sus respuestas serán utilizados sólo para la investigación. se recomienda también si durante la realización de la encuesta tiene alguna duda nos la haga saber para que sea resuelta de antemano. Agradezco su gentil colaboración.

**Cuestionario****Datos de Filiación**

Iniciales de sus apellidos y nombres: .....

Edad: .....

Procedencia: .....

**I. Factores socioeconómicos:**

1. Sexo

- a. Femenino
  - b. Masculino
2. Grado de instrucción:
- a. Sin grado de instrucción
  - b. Primaria
  - c. Secundaria
  - d. Superior
  - e. Otro/ Especifique .....
3. Lugar de procedencia de los abuelos maternos o paternos de su hijo (a).
- a. Provincia de Cajamarca
  - b. Otra provincia del departamento de Cajamarca
  - c. Otro departamento del Perú
4. Su hijo(a) ¿tiene algún origen (abuelos) rural?
- a. Si
  - b. No
5. ¿Cuál es su estado civil?
- a. Soltero
  - b. Casado
  - c. Conviviente
  - d. Separado
  - e. Otros / especifique .....
6. ¿Cuál es su situación laboral?
- a. Empleado permanente
  - b. Empleado temporal
  - c. Desempleado

- d. Independiente
  - e. Otros / Especifique .....
7. ¿Cuánto es su ingreso económico mensual?
- a. 1 MV (mínimo vital S/. 910.00)
  - b. 1-2 MV
  - c. 3 a más MV

**II. Cultura sanitaria familiar:**

**2.1. Conocimientos en salud bucal:**

8. ¿A qué edad cree usted que se debe de empezar a realizar la higiene en la cavidad oral a sus hijos (as)?
- a. Desde que nace su hijo
  - b. Cuando aparece el primer diente
  - c. Cuando se ha completado toda su dentadura
  - d. Ninguna de las anteriores
9. ¿Cuántas veces al día cree usted que debe cepillarse los dientes?
- a. Tres veces al día
  - b. Dos veces al día
  - c. 1 vez al día
  - d. Cuando me acuerdo
10. Sabe usted ¿Qué es la caries dental?
- a. Son puntitos negros que aparecen en los dientes
  - b. Es una enfermedad de los dientes
  - c. Es cuando los dientes se desgastan
  - d. No se

11. Sabe usted ¿qué es la gingivitis?
- a. Es cuando le sangra y están enrojecidas las encías a mi hijo
  - b. Cuando se notan las raíces de sus dientes de mi hijo
  - c. Inflamación del labio y parecen llagas.
  - d. No se
12. ¿Cada cuánto tiempo se debe cambiar el cepillo dental?
- a. Cada 6 meses
  - b. Cada 3 meses / y el cepillo esta con las cerdas abiertas
  - c. Cada mes
  - d. Cada 2 meses
13. ¿Cree usted que cada persona debe de tener una pasta dental adecuada para su edad?
- a. No porque todas las pastas dentales son iguales
  - b. Si por que las pastas dentales deben ser indicadas exclusivamente por el odontólogo según las necesidades del paciente.
  - c. No se

## **2.2.Fuente de información**

14. Respecto a los temas de salud bucal, cómo ha obtenido la información.
- a. Por la televisión
  - b. De un profesional (odontólogo)
  - c. De un familiar o amigo
  - d. Mediante folletos, revistas
15. Cuando compra una pasta dental ¿cómo hace para elegirla?
- a. Por publicidad
  - b. El odontólogo me lo sugirió

- c. Me dejo llevar por el precio del producto
- d. Adquiero la que visualizo por la televisión
- e. Otros / especifique .....

16. ¿Cuándo llevo a mi hijo (a) al odontólogo lo elijo por?

- a. Por qué algún familiar me lo sugirió
- b. Lo llevo al odontólogo que siempre atendió a mi familia
- c. Me dejo llevar por la publicidad
- d. A un especialista que se encuentre involucrado con el estado de salud de mi hijo (a)
- e. Otros / especifique. ....

**2.3.Hábitos del integrante con síndrome de Down**

17. Su hijo (a) ¿se chupa el dedo, el labio, se muerde las uñas u otro objeto y siempre lo lleva a la boca?

- a. Nunca
- b. A veces
- c. Siempre
- d. Otros / especifique .....

18. ¿Con que frecuencia su hijo(a) consume golosinas?

- a. Diariamente
- b. 2-3 veces por semana
- c. Casi nunca
- d. Nunca

19. ¿Con que frecuencia lleva a su hijo(a) al odontólogo?

- a. 1 vez al año
- b. 2 veces al año

- c. Solo cuando le duele el diente o tiene alguna molestia
- d. Nunca hemos ido al odontólogo
- e. Otros / especifique .....

**2.4. Creencias de los padres sobre salud bucal.:**

20. ¿Ha escuchado usted que cuando los niños consumen muchas golosinas tienen mala dentadura?
- a. Si
  - b. No
  - c. A veces
21. ¿Qué tan importante era para los abuelos de su hijo (a) cuidar su salud bucal?
- a. Muy importante
  - b. Medianamente importante
  - c. Poco importante
22. ¿Cuántas piezas dentales están ausentes en su cavidad oral de usted?
- a. De 1 a 5
  - b. De 5 a 10
  - c. Más de 10
23. Los abuelos de su hijo (a) presentan sus piezas dentales naturales.
- a. De 1 a 5
  - b. De 5 a 10
  - c. Más de 10
  - d. Otros / especifique .....

**2.5. Actitud de los padres frente a la salud bucal**

24. ¿Cuándo a su hijo(a) le duele el diente o presenta alguna molestia que es lo primero que hace?

- a. Compra algún medicamento para el dolor en la farmacia
  - b. Lo lleva al odontólogo de inmediato
  - c. Prepara algún remedio casero
  - d. No hace nada y espera a que se le pase
25. ¿Cree que el uso prolongado del biberón puede producir mala posición de los dientes?
- a. SI
  - b. No
  - c. No se
26. ¿Considera que la caries dental se puede contagiar por utilizar la misma cuchara y soplar los alimentos?
- a. Si
  - b. No
  - c. No se
27. ¿Con qué frecuencia ayuda usted a su hijo(a) con su higiene oral?
- a. A veces
  - b. Siempre
  - c. Casi nunca
  - d. Nunca

### III. Salud Bucal

4.1. Índice De CPOD.

**FICHA ODONTOLÓGICA DE LOS INDICES CPOD y cco.**

Fecha del Examen:	Nº de Formulario:	Nombre y Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Observaciones:	

Índice DE CPOD

CODIGOS	
0	= Espacio vacío
1	= Cariado
2	= Obturado
3	= Extraído
4	= Extracción indicada
5	= Sano

← CPOD

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

CODIGOS	
0	= Espacio vacío
6	= Cariado
7	= Obturado
8	= Extracción indicada
9	= Sano

cco →

INDICE CPOD				
C	O	E	El	CPOD

INDICE cco			
c	el	o	cco

#### 4.2. Índice de IHO-S

Pza.	<b>1.6</b>	<b>1.1</b>	<b>2.6</b>
Valor			
Pza.	<b>4.6</b>	<b>3.1</b>	<b>3.6</b>
Valor			

**RESULTADO: .....**

**VALORES:**

**Índice Gingival.**

**0= SIN GINGIVITIS**

**0.1 - 1.0 = LEVE**

**1.1 - 2.0 = MODERADO**

**2.1 - 3.0 = SEVERO**

ANEXO 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PADRES DE FAMILIA**

Yo.....Padre/Madre  
y/o Tutor de.....

Por medio del presente doy consentimiento para que la Srta.: Jessica Jennifer Miranda Cortegana con DNI 70174576 (Odontóloga de profesión, con numero de colegiatura 36872 habilitada por el Colegio odontológico del Perú Región de Cajamarca). Pueda Realizar una entrevista y mi persona y yo desarrolle un cuestionario con preguntas relacionadas a la cultura sanitaria y estado socioeconómico de mi hogar siendo lo más honesta con las respuestas de ser necesario realice tomas fotográficas con fines de estudio, pudiendo ser esto utilizado para la realización de un proyecto de investigación titulado "Cultura sanitaria familiar y su relación con el estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca" por lo cual firmo este documento.

.....

Firma padre/ Madre o Tutor

ANEXO 3

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES DE FAMILIA**

Yo..... Padre/Madre  
y/o Tutor de.....

Por medio del presente doy consentimiento para que la Srta.: Jessica Jennifer Miranda Cortegana con DNI 70174576 (Odontóloga de profesión, con numero de colegiatura 36872 habilitada por el Colegio odontológico del Perú Región de Cajamarca). Pueda Realizar Exámenes Odontológicos y diversos indices de salud bucal en mi hijo (a) , de ser necesario realice tomas fotográficas con fines de estudio , pudiendo ser esto utilizado para la realización de un proyecto de investigación titulado “Cultura sanitaria familiar y su relación con el estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca ” , por lo cual firmo este documento.

.....

Firma padre/ Madre o Tutor

## ANEXO 4

### Carta Solicitando permiso a la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de investigación.

SEÑOR: DR. Albeth Aguilar Guevara

Yo, Jessica Jennifer Miranda Cortegana, identificada con DNI N° 70174576, con domicilio en Jr.: Huánuco # 2437 barrió San Sebastián del distrito, provincia y departamento de Cajamarca. N° cel.: 995763305 Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que, realizando la Maestría mención en salud pública solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca organización a la que usted representa, sobre **“Cultura sanitaria familiar y su relación con el estado de salud bucal de los integrantes de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019”** para optar el grado de Maestría en ciencias con mención a Salud Pública.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Cajamarca Julio del 2019

*W. Guevara*  
*10/07/19*

  
.....  
Jessica Jennifer Miranda Cortegana  
DNI : 70174576

## ANEXO 5

### VALIDACIÓN DE EXPERTOS

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO**

**1. DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres: Esteban Mario Díaz T.  
 Cargo de la Institución donde labora: Docente

**2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los Padres/cuidadores de los niños con síndrome de Down. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de los sujetos de estudio	1
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		9

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

**3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)**

Se sugiere y trabajada con los estudiantes

---



---



---



---



---



---



---

CAJAMARCA, 11 DE 08 DEL 2019

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma

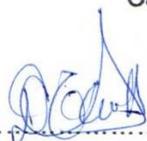
### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Doris Tereza Castañeda Abanto, de profesión Doc. en Sociología, trabajador en el área Ciencias Sociales, en la Institución Universidad Nacional de Cajamarca.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por el o la interesado(a) y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			x	
Amplitud de contenido			x	
Redacción de los Ítems				x
Claridad y precisión				x
Pertinencia			x	

Cajamarca 17 de 08 del 2019



Firma EXPERTO

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO**

**1. DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres: Huamán Rivera Aidé Yanet

Cargo de la Institución donde labora: Profesora Universitaria UPEU

**2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los Padres/cuidadores de los niños con síndrome de Down. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de los sujetos de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	2
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	2
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		10

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

**3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CAJAMARCA, 19 DE 08 DEL 2019

COLEGIO DE ESTADISTIGOS DEL PERU  
  
 Lic. Aidé Yanet Huamán Rivera  
 COESP 051

Firma

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Aidé Yanet Huamán Rivera, de profesión Zic. en Estadística, trabajador en el área Docente universitario, en la Institución \_\_\_\_\_

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por el o la interesado(a) y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los ítems			X	
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

Cajamarca 19 de 08 del 2019

COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERU

*Aidé Yanet Huamán Rivera*  
Lic. Aidé Yanet Huamán Rivera

..... COESPE. N° 254 .....

Firma EXPERTO

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO**

**1. DATOS GENERALES**

Apellidos y Nombres: ARMAS CALDERÓN M. PRIMA M.  
 Cargo de la Institución donde labora: DOCENTE UPAEVI

**2. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Valoración: 0 = Debe mejorarse, 1 = Poco adecuado, 2 = Adecuado

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIÓN
CLARIDAD	Es formulado con lenguaje claro y coherente para los Padres/cuidadores de los niños con síndrome de Down. El vocabulario es apropiado al nivel educativo de los sujetos de estudio	2
OBJETIVIDAD	Esta expresado en indicadores o preguntas precisos y claros.	1
ORGANIZACIÓN	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara.	1
CONSISTENCIA	Responde a los objetivos, a las variables/objeto de estudio, marco teórico	2
COHERENCIA	Coherencia entre la (variable /objeto) de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán.	2
RESULTADO DE VALIDACIÓN		8

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

**3. SUGERENCIAS (realizar todas las anotaciones, críticas o recomendaciones que considerarán oportunas para la mejora del cuestionario)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

CAJAMARCA, 16 DE 02 DEL 2019

  
 C.D. Esp. Marina Armas C.  
 C.O.P 24300 R.M.E 1218

Firma

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, ARMAS CALDERÓN MARINA M, de profesión CIRUJANO DENTISTA, trabajador en el área CIENCIAS DE LA SALUD, en la Institución UPAEU

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación el Instrumento solicitado por el o la interesado(a) y de acuerdo a los objetivos alcanzados. Luego de hacer las observaciones pertinentes, formulo las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los ítems			X	
Claridad y precisión				X
Pertinencia			X	

  
C.D. Esp. Marina Armas C.  
C.O.P. 24396 R.N.E. 1218

ANEXO 6

Consolidado de opinión de expertos

Valoración

0=Debe mejorarse

1=Poco Adecuado

2= Adecuado

Criterios	Indicadores	H3	P2	E1	CVR´
<b>Claridad</b>	Es formulado con lenguaje claro y coherente. El vocabulario es apropiado al nivel educativo del sujeto en estudio	2	1	2	0.667
<b>Objetividad</b>	Está expresado en preguntas precisas y claras.	1	2	2	0.667
<b>Organización</b>	Presentan los ítems/preguntas una organización lógica y clara	1	2	2	0.667
<b>Consistencia</b>	Responde a los objetivos, a las variables objeto de estudio, marco teórico	2	2	2	1.00
<b>Coherencia</b>	Coherencia entre la variable/objeto de estudio e indicadores/marco teórico. Los ítems corresponden a las dimensiones u objeto de estudio que se evaluarán	2	2	2	1.00
	Total	8	9	10	
	CVI				0.800

Calificación: **Aceptado** (7-10 puntos), **Debe mejorarse** (4-6 puntos), **Rechazado** (< 3 puntos)

**LEYENDA:**

**E1:** Dra. Aidé Huamán Rivera

**P2: Dr: Doris Castañeda**

**H3:** Mg. Marina Armas

Para una validez facial se ha obtenido una calificación promedio aceptable de 9.00 Todos los CVR' son mayores a 0.5823, por tanto, cada criterio es válido El CVI es 0.800 mayor 0.5823, el instrumento de acuerdo a los tres expertos tiene concordancia y es válido

Donde:

CVR= razón de validez de contenido de los ítems aceptables

N=número de jueces

$n_e$ = número de jueces que tienen acuerdo en la categoría esencial

CVI = índice de validez de contenido

M = Total de ítems aceptables en el instrumento

Razón de Validez de contenido de Lawshe con modificación de Florián CVR'

Índice de Validez de contenido

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2} = \frac{n_e}{N}$$

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR'_i}{M}$$

## ANEXO 7

### CONFIABILIDAD

Para la confiabilidad de los instrumentos de Medición se tomó una muestra de tamaño 8. Para las dimensiones con ítems de escala de Likert se aplicó Alpha de Cron Bach y para ítems con escala dicótoma KR-20 de Richard

CUESTIONARIO: CULTURA SANITARIA FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS INTEGRANTES DE LA ASOCIACIÓN UNIÓN DOWN DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA”

### CONOCIMIENTOS EN SALUD BUCAL

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,753	6

- Fuente de información

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,982	3

- Respecto a creencias

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,778	4

Respecto a sus actitudes

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,813	4

Hábitos

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,880	3

Global

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,807	20

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[ \frac{K}{K-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

donde

$S_i^2$  es la varianza del ítem  $i$ ,

$S_t^2$  es la varianza de la suma de todos los ítems y

$K$  es el número de preguntas o ítems.

#### **A partir de las correlaciones entre los ítems**

A partir de las correlaciones entre los ítems, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \frac{np}{1 + p(n-1)},$$

donde

$n$  es el número de ítems y

$p$  es el promedio de las correlaciones lineales entre cada uno de los ítems.

Interpretación de la formulación

Lo deseable para crear una escala fiable es que los ítems estén muy correlacionados entre sí. El nivel máximo de correlación se alcanza cuando los ítems  $X_1, \dots, X_j$  son todos iguales. En

### **K-R20 de Kuder Richardson**

$$r_{20} = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( \frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

$K$  = Número de Ítems del instrumento

$p$  = Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

$q$  = Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

$\sigma^2$  = Varianza total del instrumento

ANEXO 8

Aplicación de la Encuesta a los padres de la Asociación Unión Down de la ciudad de Cajamarca 2019





## ANEXO 9

### Realización de examen odontológico y aplicación de los índices utilizados en la investigación



