

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN-León

Facultad de Odontología



Tesis para Optar al título de:

Cirujano Dentista.

“Importancia de la Salud Bucal que brindan los padres a sus hijos discapacitados en el centro de educación especial Ángela Morales Avilés, León, año 2012.”

Br. Gonzalo Wilfredo Navarro Murillo.

Br. Rigel Oswaldo Real Laínez.

Tutor:

Msc. Luis Jaime Argüello.

León, Noviembre del 2012

Agradecimientos

A nuestro tutor, Master Luis Jaime Argüello, por su guía en la realización de este trabajo.

A nuestros maestros, por transmitirnos el conocimiento.

Al Centro de Educación Especial-León Ángela Morales Avilés, por confiarnos el presente estudio.

A todos los padres con hijos discapacitados que participaron en este estudio, por su apoyo y confianza.

Dedicatoria

A Dios por haber permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres por apoyarnos en todo momento, por sus consejos y la motivación constante para lograr salir adelante.

Al Master Luis Jaime Argüello por su gran apoyo y motivación para la elaboración y culminación del presente estudio.

Lista de siglas.

AAMD..... Asociación Americana para la Deficiencia Mental.

CEE..... Centro de Educación Especial.

CEOD.....Índice cariado, con indicación de extracción y obturado, unidad de diente (diente temporal).

CI..... Coeficiente Intelectual.

CPOD.....Índice cariado, perdido y obturado, unidad de diente.

EPS..... Educación para la Salud.

OMS.....Organización Mundial de la Salud.

MRE..... Retardo Mental Educable.

MREn..... Retardo Mental Entrenable.

PCD.....Persona con discapacidad.

SD.....Síndrome de Down

Resumen

El presente estudio es de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo fue realizado en el CEE Ángela Morales Avilés es una escuela fundada en 1977, situada en la comunidad indígena de Sutiava, costado oeste del asilo de ancianos. El centro cuenta con tres alas en su infraestructura en las cuales se disponen nueve aulas para la instrucción de niños con discapacidad, una oficina administrativa y un área de esparcimiento de juegos para los niños.

El estudio pretende lograr tres objetivos específicos, caracterizar a la población de estudio, evaluar el conocimiento de los padres sobre la salud oral e identificar la práctica de la misma para con sus hijos con discapacidad.

La población de estudio estuvo constituida por los padres de niños con discapacidad que se presentaron a entrevista de grupo focal en número de diecinueve, en el mes de octubre del año 2012.

Se estableció una dinámica basada en un instrumento de recolección de datos constituidos por un número de preguntas poderosas con el objetivo de evaluar el conocimiento y la práctica de los padres con respecto a la salud de sus hijos con discapacidad.

Se obtuvo poco nivel de conocimiento y buena práctica en lo que respecta a los objetivos del estudio.

Con estos datos obtenidos habiéndolos codificados según escala Likert y ponderados adecuadamente se obtuvo la importancia que los padres de familia poseen con respecto a la salud oral de sus hijos con discapacidad siendo esta poca.

Siendo los niños con discapacidad un grupo vulnerable es necesario realizar acciones de conocimiento en salud, promoción y prevención de la salud bucal a través de un programa continuo que involucre a los mismos, sus padres, cuidadores y personal educativo del centro.

Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Marco Teórico.....	4
Diseño Metodológico.....	28
Resultados.....	35
Discusión de Resultados.....	40
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	42
Bibliografía.....	43
Anexos.....	47

INTRODUCCIÓN.

La discapacidad es cualquier restricción o impedimento para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad no está dada exclusivamente en función del déficit del sujeto que la padece, sino también por el entorno social de pertenencia.

La herramienta fundamental de la promoción y la prevención es la educación para la salud (EPS) que consiste, según la OMS, en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y la sociedad. Debe ser fundamentada en una pedagogía participativa y lograr no solo cambios cognoscitivos, sino cambios de conducta y estilos de vida.^{1, 2}

La salud oral en pacientes con discapacidades ha representado un reto para el profesional de la salud oral a través de la historia, pues las diferentes discapacidades físicas y cognitivas en la mayoría de los casos limitan la adecuada remoción de placa dentobacteriana, llevando consigo el desarrollo de enfermedades orales de alta prevalencia en esta población, como la caries dental y la enfermedad periodontal.

Ante las limitaciones médicas, físicas y sociales que dificultan el tratamiento odontológico de los niños con discapacidades, es muy importante la vinculación de los padres en las tareas de la educación para la salud de los mismos, ya que así la influencia educativa sobre ellos será directa, contarán con una información adecuada para enfrentar aquellas situaciones que puedan presentarse en el hogar y que inciden negativamente en la salud de todos.^{3, 4}

La mayoría de estos padres de familia desconocen por completo o de manera parcial los principales problemas que su hijo puede presentar sistémicamente según la deficiencia o incapacidad que esté presente, por lo tanto es muy probable que también carezcan de conocimientos acerca de los cuidados de higiene oral que deben realizarse para mantener una correcta salud oral.

Las actitudes y los conocimientos que tengan los padres acerca del cuidado de sus hijos con respecto de la salud oral será esencial para la prevención de enfermedades bucales ya que se puede relacionar de una manera directa el conocimiento con la práctica de prevención como tal, es decir entre mayor sea el conocimiento del padre mayor es la probabilidad que su hijo tenga una buena higiene oral.

En Lima – Perú en el año 2009 Vásquez Mejía, MariSabel realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal sobre el “Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades

diferentes” concluyendo que el 84.21% de los niños cuyos padres poseen un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo no presentaron buena higiene bucal. Por lo tanto se deduce que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes.⁵

En el CEE Ángela Morales en sus 35 años que lleva en funcionamiento no se ha realizado ningún tipo de estudio para determinar o evaluar el estado de Salud oral que presentan los niños que acuden a él; así como tampoco se sabe si los padres o tutores de estos niños tienen conocimiento sobre Salud Oral. Según lo refiere la directora actual del centro.

Por las razones expuestas el presente estudio permitió conocer ¿Qué tan importante es la salud bucal que brindan los padres a sus hijos con discapacidades en el centro de educación especial – León “Ángela Morales Avilés”?

En el empeño de educar en salud, los padres de familia desempeñan un rol fundamental, ya que de ellos depende enseñar a sus hijos hábitos correctos de higiene oral, como parte de la prevención dirigido a una vida saludable de este grupo vulnerable mejorando de esa manera su calidad de vida.

En los niños con discapacidades, la promoción y la prevención de salud cobran singular importancia. Sin embargo, se observa como en la práctica diaria esto no se lleva acabo, y a veces cuando se realiza no tiene una orientación correcta necesaria, de allí la alta prevalencia de los problemas de salud bucal.

En base a la dependencia que se genera entre las personas con discapacidades y sus respectivos padres o tutores el presente estudio permitió conocer la importancia que los padres de familia poseen con la salud bucal de sus hijos, siendo esta poca.

Es por eso que con este dato obtenido se dirigió este estudio a los padres de familia de hijos discapacitados, a la directora del CEE y a los odontólogos, estudiantes y autoridades de la Facultad UNAN-León para ejecutar una fase de acción de tal manera que se pueda dar seguimiento continuo y promover salud bucal y prevención a este grupo en particular.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la importancia de la salud bucal que brindan los padres a sus hijos con discapacidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar características generales de los padres de los niños con discapacidades.

Evaluar el conocimiento de los padres de niños con discapacidades sobre la importancia de la Salud Oral de sus hijos.

Identificar la práctica que realizan los padres de niños con discapacidades para el cuidado de la Salud Bucal de sus hijos.

MARCO TEÓRICO

En el mundo se estima que el número de personas con discapacidades (PCD), va ascendiendo a 600 millones. En Nicaragua se han encontrado 4,876 personas con discapacidad, correspondiendo al 10.25% la prevalencia con respecto a la población nacional, de las cuales el 43.5% son hombres y el 56.5% mujeres.

Entre las características de la población con discapacidad se encuentran: El 16% se encuentran entre los 6-19 años. El 47% se encuentran entre los 20-59 años. El 37% se encuentran entre los 60 y + años.⁶

El 21 de septiembre de 1995 se aprobó la ley 202 o ley de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. La cual en su artículo primero establece todo un sistema de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para las PCD, tiende a mejorar su calidad de vida y asegurar su plena integración a la sociedad.

En su artículo sexto menciona que el estado impulsará medidas apropiadas para la prevención de las deficiencias a través de sistemas de atención primaria en salud, en un inciso (a), en su inciso (f) del mismo artículo menciona sobre brindar capacitación apropiada para el personal médico con miras a prevenir discapacidades de diversos grados.

En su artículo ocho, inciso (b), se establece la priorización de actividades educativas y sanitarias que ayuden a la población a lograr estilos de vida que proporcionen un máximo de defensa contra las causas de deficiencia.⁷

Las incapacidades y los deterioros solo se convierten en una discapacidad para un niño si el / que ella es incapaz de llevar a cabo las actividades normales del grupo de la misma edad (Nunn, 1999).

1. DEFINICIÓN DEL PACIENTE ESPECIAL O DISCAPACITADO.

El paciente niño especial, discapacitado o con habilidades especiales; es aquel cuya condición física, mental clínica o social le impide alcanzar su pleno desarrollo en comparación con otros niños de su misma edad.⁸

En el acta de rehabilitación de 1973 se define como "Persona incapacitada" a aquella persona que:

- Presenta un impedimento físico que limita las actividades principales de la vida, como el comer, ver, hablar, aprender, trabajar, etc.
- Presentan algún registro de cierto impedimento.
- Es considerado como que tiene algún impedimento.

La amplitud del impedimento o discapacidad del niño depende del grado en el cual, su habilidad de funcionabilidad normal ha sido afectada. Dividido en tres categorías principales de discapacidad:

- a) Discapacidad física
- b) Discapacidad mental
- c) Trastornos sistémicos

2. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE DEFICIENCIAS, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍAS DE LA O.M.S.

2.1 Deficiencia.

Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, incluye tanto situaciones innatas como adquiridas.

La deficiencia se refiere a las funciones propias de cada parte del cuerpo. ⁸

- Deficiencias intelectuales: perturbaciones del ritmo y grado de desarrollo de las funciones cognitivas. Así la percepción, la atención la memoria y el pensamiento con su deterioro; como consecuencia de procesos patológicos.
- Otras deficiencias psicológicas.
- Deficiencias del lenguaje.
- Deficiencias del órgano de la audición.
- Deficiencias viscerales y de otras funciones especiales.
- Deficiencias músculo esqueléticas.

2.2 Discapacidades.

Pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. La característica fundamental es la objetivación. En otras palabras la discapacidad toma forma al tiempo que el individuo toma conciencia de un cambio de su identidad. ⁸

Decir que alguien tiene una **discapacidad es mantener la neutralidad**, ya que son posibles distintos matices de interpretación en relación a su potencial.

- Discapacidad de la conducta: hacen referencia a la conciencia y capacidad de los sujetos para conducirse en las actividades de la vida diaria como en la relación con otros, incluida la capacidad de aprender.

- Discapacidad de la comunicación: hacen referencia a la capacidad del sujeto para generar y emitir mensajes, así como para recibir y comprender mensajes.
- Discapacidad del cuidado personal.
- Discapacidad de la locomoción.
- Discapacidad de la disposición corporal.
- Discapacidad de destreza.
- Discapacidad de situación.
- Otras restricciones de la actividad.

2.3 Minusvalías.

Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol, que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

La minusvalía es un fenómeno social, que representa las consecuencias sociales y ambientales que se derivan para el individuo por el hecho de tener deficiencias y discapacidades.⁸

- Minusvalías de orientación.
- Minusvalías de independencia física.
- Minusvalías de movilidad.
- Minusvalías de ocupación.
- Minusvalías de integración social.
- Otras minusvalías.

2.4 DEFICIENCIA INTELECTUAL.

2.4.1 Definición.

Para comprender la Deficiencia intelectual o comúnmente llamada deficiencia mental, habría que acercarse antes al concepto de Inteligencia.

La Teoría Monárquica defiende que la inteligencia es una facultad única o unitaria no compuesta por otras facultades inferiores.

La Teoría Oligárquica propone la existencia de un Factor General o "G" denominado Inteligencia General y un segundo factor específico constituido por la capacidad concreta para cada tipo de actividad (Factores S).

La teoría Multifactorial sostiene la existencia de un conjunto de factores (13, de los cuales los 6 primeros se consideran como de habilidades primarias) independientes entre sí y que constituyen lo que llamamos Inteligencia.

Estas teorías nos conducen a una concepción determinista de la Inteligencia considerándola de forma estática y reduciendo la capacidad mental a una cifra (Coeficientes Intelectuales). Se ha de tomar con mucho cuidado este concepto, ya que las personas tenemos diferente capacidad de respuesta y de adaptación al medio.⁹

Otros autores la definen, quizás de forma más certera como la habilidad para aprender, capacidad para pensar abstractamente, habilidad para adaptarse a situaciones nuevas, o también como conjunto de procesos cognitivos como memoria, categorización, aprendizaje y solución de problemas, capacidad lingüística o de comunicación y conocimiento social.

Siguiendo los lineamientos mencionados con anterioridad podemos decir que la deficiencia intelectual se define como la capacidad intelectual inferior a la media o promedio, que aparece generalmente durante la infancia y que se manifiesta por una alteración del desarrollo, problemas de aprendizaje y dificultad en la adaptación social.

Existen tres criterios fundamentales para definir lo que es la Deficiencia Intelectual:

Criterio Psicológico o Psicométrico.

Es deficiente mental aquel sujeto que tiene un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales. Binet y Simon fueron los principales impulsores del criterio psicométrico.

Criterio Sociológico o Social.

Deficiente mental es aquella persona que presenta en mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar a cabo una vida con autonomía personal: Doll, Kanner y Tredgold, utilizaron este criterio.

Criterio Médico o Biológico.

La deficiencia mental tiene un sustrato biológico, anatómico o fisiológico que se manifiesta durante la edad de desarrollo.

Tanto en la Asociación Americana para la Deficiencia Mental (A.A.M.D.) como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), recogen en sus definiciones estos tres criterios:

La O.M.S define a los deficientes mentales como "individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos".⁹

La A.A.M.D define la Deficiencia Mental como un "funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media o promedio, originado durante el período de desarrollo y asociado a un déficit en la conducta adaptativa".¹⁰

Otros criterios son:

Criterio Conductista: Lanzado por los partidarios del Análisis experimental de la Conducta. El déficit mental ha de interpretarse como producto de la interacción de cuatro factores determinantes: biológicos, de interacción con el medio y condiciones ambientales momentáneas o acontecimientos actuales.

Criterio Pedagógico: El deficiente mental es aquel sujeto que tiene una mayor o menor dificultad en seguir el proceso de aprendizaje ordinario y que por tanto tiene unas necesidades educativas especiales, es decir necesita unos apoyos y unas adaptaciones del currículo que le permitan seguir el proceso de enseñanza ordinaria.

2.4.2 VARIANTES DE LA DEFICIENCIA INTELECTUAL

2.4.2.1 Deficiencia intelectual ligera.

Su C.I. está entre 52-68. Pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación, y tienen capacidad para adaptarse e integrarse en el mundo laboral. Presentan un retraso mínimo en las áreas perceptivas y motoras. Los pacientes con afectación leve constituyen el 75% de los pacientes con deficiencia mental y a menudo no se distinguen de los niños con plenas facultades mentales hasta que empiezan a ir a la escuela.¹¹

En general estos niños pueden seguir parte del programa educativo, aunque a un ritmo más lento que el resto de los niños, y en la edad adulta suelen conseguir mantenerse por sí mismos si reciben ayuda en momentos puntuales. No suele haber síntomas o signos físicos relevantes, salvo una incidencia de ataques de epilepsia ligeramente superior a la del resto de la población.

2.4.2.2 Deficiencia intelectual moderada o media.

Su C.I. se sitúa entre 36-51. Pueden adquirir hábitos de autonomía personal y social. Pueden aprender a comunicarse mediante el lenguaje oral pero presentan con bastante frecuencia dificultades en la expresión oral y en la comprensión de los convencionalismos sociales.

Aceptable desarrollo motor y pueden adquirir las habilidades pre tecnológicas básicas para desempeñar algún trabajo. Difícilmente llegan a dominar las técnicas instrumentales básicas.¹¹

Los individuos con deficiencia mental moderada pueden llegar, en la edad adulta, a trabajar como personal no cualificado o semicualificado.

2.4.2.3 Deficiencia intelectual severa.

Su C.I. se sitúa entre 20-35. Generalmente necesitan protección o ayuda ya que su nivel de autonomía tanto social como personal es muy pobre.

Suelen presentar un importante deterioro psicomotor. Pueden aprender algún sistema de comunicación, pero su lenguaje oral será muy pobre.

Puede adiestrarse en habilidades de auto cuidado básico y pre tecnológicas muy simple.¹¹

En general, estas personas pueden llevar una vida normal aunque, en muchas ocasiones, precisan de una supervisión de sus actividades pero, en general, son independientes para las actividades de la vida diaria.

En cambio, los individuos con deficiencia mental profunda precisan ayuda y cuidados continuos.

Existen muchos factores que pueden ser causa de deficiencia mental.

Entre ellos están:

- Las infecciones de la madre durante el embarazo (como la rubéola).
- Las lesiones químicas (como las intoxicaciones por plomo o el síndrome del alcohol fetal).
- Los traumatismos (sobre todo craneales).
- Las alteraciones del metabolismo (como la fenilcetonuria o la enfermedad de Tay-Sachs), las alteraciones mentales que aparecen en la fenilcetonuria pueden prevenirse si se eliminan de la dieta ciertos componentes antes de que se produzcan lesiones cerebrales irreversibles.
- Las enfermedades cerebrales (como la neurofibromatosis o el cáncer).
- Los procesos prenatales de causa desconocida (como la hidrocefalia).
- Las alteraciones cromosómicas (como el síndrome de Down).
- Los trastornos del comportamiento (como el autismo).
- Las influencias ambientales (como la malnutrición o la falta de estímulos).

Uno de los principales objetivos, en el tratamiento de los pacientes con deficiencia mental, es conseguir el desarrollo óptimo de sus facultades; deben tenerse en cuenta sus intereses individuales, sus experiencias personales y sus recursos disponibles. Otro objetivo es conseguir la adaptación social y la incorporación a la vida normal.

Es muy importante que los individuos con algún grado de deficiencia mental reciban una educación especial, a ser posible desde la infancia.

Los resultados de los programas de educación especial son espectaculares, por lo que también se aplican a los de deficiencia mental profunda.¹¹

El pronóstico de las personas con deficiencia mental tiene más relación con la edad de comienzo y la intensidad del tratamiento, la motivación personal, las posibilidades de educación o las condiciones médicas o ambientales que con el grado de alteración mental.

Con un programa de actuación precoz y la disponibilidad de sistemas de apoyo, muchos pacientes con deficiencia mental han llegado a ser miembros útiles de la sociedad.

Este enfoque permite a algunos pacientes alcanzar una vida independiente, o al menos los alberga en un ambiente más protegido. Incluso los pacientes cuya discapacidad requiere cuidados permanentes se benefician de los programas de reeducación y estimulación.

3. CAUSAS RELACIONADAS DIRECTAMENTE A UNA DEFICIENCIA INTELECTUAL

3.1 SÍNDROME DE DOWN.

El síndrome de Down o trisomía del par 21 fue descrito por primera vez por John Longdon Hayden Down, en 1866. Es un fenómeno de traslocación, tiene incidencia de 1: 660 nacidos vivos y esta asociado con la edad materna avanzada. Las anormalidades en el Síndrome de Down son tan comunes entre si que a menudo parecen primos o hermanos.

3.1.1 Manifestaciones clínicas.

Características generales.

- Cabeza braquicéfala.
- Piel seca, eczematosa y a veces hiperqueratósica.
- Hipoplasia de los senos frontales.
- Puente nasal pequeño con aplasia del hueso nasal.
- Ojos oblicuos y fisuras palpebrales angostas.
- Pliegues epicánticos.
- Cuello corto y grueso.

Características bucales

- Lengua escrotal.
- Macroglosia con protrusión y mordida abierta.
- Anomalías palatinas (rugas anteriores prominentes).

- Maxilar superior hipoplásico.
- Ángulos gonianos oblicuos (tendencia a clase III).
- Desarmonías oclusales (mordida cruzada)
- Microdoncia.
- Dientes primarios que no se exfolian.
- Dientes conoides.
- Anodoncias.
- Dientes supernumerarios.
- Trastornos periodontales.

De las muchas anomalías bucales asociadas con el síndrome de down, la enfermedad periodontal es la más común. Esta condición puede empezar poco después de la erupción de los dientes primarios y se cree que esta asociada con la elevada prevalencia de gingivitis necrotizante.¹²

La infección gingival causa una pérdida de tejido interproximal, la que a su vez crea zonas para la acumulación de alimentos; esto, junto con la pobre higiene bucal, produce zonas para exacerbaciones inflamatorias recurrentes. La recidiva crónica de estas inflamaciones gingivales agudas resulta en una recesión gingival progresiva, pérdida de hueso, movilidad dentaria aumentada y pérdida de dientes a una temprana edad.

3.2 EL AUTISMO.

El autismo es un trastorno muy complejo del lenguaje, socialización y dificultades perceptivas motoras.

Su etiología es incierta; se le conoce también como Síndrome de Kanner. El síndrome autístico, está caracterizado por múltiples impedimentos de desarrollo, cognitivos, sensoriales, perceptuales, motoras, de lenguaje y problemas de la conducta y la socialización.

Todas estas características hacen que sea definido como la incapacidad de relacionarse en la forma corriente con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida, desarrollando un deseo ansiosamente obsesivo por el mantenimiento de la identidad. La prevalencia del autismo se calcula entre el 2 y 5 por 10.000 de la población.

Los síntomas, causados por trastornos cerebrales, incluyen:

(1) Perturbaciones en la rapidez de aparición de las habilidades físicas, sociales y de lenguaje.

(2) Respuesta anormal a sensaciones. Cualquier combinación de los sentidos y sus respuestas están alterados: Visión, oído, tacto, dolor, equilibrio, olfato, gusto y el modo en que el niño maneja su cuerpo.

(3) El habla y el lenguaje no aparecen o retrasan su aparición a pesar de que existan capacidades intelectuales evidentes.

(4) Relación anormal con personas, objetos o acontecimientos.

Gilbert et al. Realizaron un estudio sobre 28 niños autistas situados en su primera infancia y encontraron marcadas peculiaridades en:

a) La mirada: es fija, evitan el contacto ocular directo con las demás personas. Cuando miran lo hacen "de reojo".

b) La audición: muchos niños autistas han sido tomados por sordos en el primer período de sus vidas. No se inmutan ante los cambios auditivos de su entorno. Ignoran los sonidos fuertes que podrían alarmar a la mayoría de niños.

Ello puede ser debido a una falta de interés por lo que los rodea, aunque pueden mostrar fascinación por ciertos sonidos sutiles como el desenvolvimiento de un caramelo.

c) El juego: pueden mostrar falta de interés en los juegos que divierten a los otros niños de su misma edad. No manifiestan interés en los juegos que implican una interacción social con sus padres.

Mientras que los bebés pueden manifestar "características autistas", solo un diagnóstico valorativo exhaustivo puede revelar si tiene Autismo o simplemente son manifestaciones de comportamiento atribuibles a otras dificultades.

3.2.1 Consideraciones médicas odontológicas.

Existen pocos problemas médicos que un odontólogo debe considerar al tratar a un niño autista. Sin embargo debe tenerse cierto cuidado en el trastorno convulsivo, ya que ello puede conllevar a una hiperplasia gingival secundaria debido a la medicación con anti convulsionante.

Promover una buena higiene bucal para el niño impedido requiere lograr de los padres un alto grado de cooperación.

La preparación de los padres especialmente de las madres, puede exigir posiblemente un esfuerzo igual al de plasmar las respuestas del niño. Es de esperar que una comprensión empática de las dificultades que estas familias enfrentan permitan al odontólogo no sólo corregir algunas falsas interpretaciones, sino también comprometer a los padres en la elaboración de un programa de higiene bucal adecuado, que cumpla las necesidades del niño autista.

En su mayor parte, los padres de niños autistas son informantes confiables de las dificultades de su hijo y pueden ser maestros y terapeutas eficaces con ellos.

El profesional debe darse cuenta del grado de madurez del desarrollo individual y de las dificultades específicas del síndrome; hay que intentar que el niño este cómodo en el ámbito del consultorio, preparándolo para que desarrolle un Rapport con el odontólogo.¹³

En algunos casos se tendrá que hospitalizar al niño autista para su completa rehabilitación bucal con anestesia general, sin embargo, la mejor solución es evitar la necesidad de la hospitalización mediante un cuidado preventivo precoz, uso máximo de fluoruros, regulación de la dieta y promoción de una buena higiene bucal, sobre una base de pacientes ambulatorios.

3.3 RETARDO MENTAL.

El retardo mental es definido por la Asociación Americana de Psiquiatría como un funcionamiento intelectual general subnormal que se origina durante el periodo de desarrollo y está asociado con deterioro de aprendizaje y adaptación social o maduración o ambos.¹⁴

Para evaluar el grado y la severidad del retardo mental se debe realizar una prueba psicométrica donde se asociará la edad mental de la persona evaluada y su correspondiente edad cronológica y el cociente que se obtenga como resultado representará el cociente de inteligencia promedio (C.I) que permitirá la siguiente clasificación:

GRADO DE RETARDO MENTAL	COCIENTE INTELECTUAL
FRONTERIZO	68 – 83
LEVE	52 – 67
MODERADO	36 – 51
GRAVE	20 – 35
PROFUNDO	DEBAJO DE 20

Sin embargo a pesar de esta clasificación la significación del cociente de inteligencia en el diagnóstico del retardo mental no es determinante.

Perlstein sostiene que es un número que dice muy poco sobre la naturaleza de la condición, su pronóstico o la velocidad del crecimiento intelectual del niño.

Fenichel ha sostenido que es una verdad esencial que todos los que trabajen con esos niños impedidos nunca deberían olvidar que no importa que etiqueta diagnóstica se coloque en un niño trastornado; ese niño es único y totalmente distinto de cualquier otro niño en conducta, funcionamiento intelectual, deficiencias de lenguaje y en sus reacciones al dolor y al temor.

Para el odontólogo la clasificación que debería interesarle sobre los pacientes mentalmente retardados es la que pueda establecer un pronóstico educativo y social.

Infortunadamente dicha clasificación también se basa en la medición del C.I., pero es utilizada ampliamente en la ubicación del niño para su rehabilitación educativa y vocacional.

Esta clasificación divide a los niños en:

Educables (RME)	50 -79
Entrenables (RMEn)	25 -49
No entrenables	Debajo de 25

A los retardados educables se le considera capaces de una educación especial, mientras que los entrenables son considerados como capaces de hacer solamente las tareas más sencillas, sin poder beneficiarse de los ejercicios académicos.

3.3.1 Factores prenatales en el retardo mental.

La base biológica del retardo mental está determinada por el efecto de la mala salud materna en las tres capas germinativas; ectodermo, mesodermo y endodermo; como el sistema central deriva del ectodermo, es completamente lógico que las anomalías de la piel, cabello y dientes estén asociadas frecuentemente con la disfunción cerebral.

Los principales factores implicados en los defectos de nacimiento y malformación son:

- Infección
- Nutrición
- Enfermedad crónica
- Medicamentos
- Radiación
- Trauma
- Anoxia

En el niño no nacido puede también influir la prematurez, toxemia e incompatibilidad sanguínea.

La infección materna: producida por los virus parecen ser las más dañinas durante el primer trimestre del embarazo, debido a que el embrión en este estadio todavía no ha desarrollado mecanismos de inmunidad y como consecuencia puede producir muerte, aborto o el desarrollo de anomalías mayores.

Como el primordium del órgano dentario se encuentra en estadio crítico desde la sexta a la novena semana de gestación, los dientes están frecuentemente afectados en estos niños.

La prematurez: se define como un niño con peso menor de 2500 gramos.

Es un factor importante en el retardo mental y tiene que ver con el 25% de todas las muertes neonatales.

Se dice que el infante prematuro es propenso al daño cerebral, principalmente porque el tamaño pequeño predispone al feto a posiciones anormales en el útero.

La falla en el desarrollo de los sistemas orgánicos pueden llevar inmadurez respiratoria, renal y hepática; esta última podría variar el nivel de bilirrubina a un grado mayor a 20mg/100ml en el torrente sanguíneo y por consiguiente puede producir daño cerebral, retardo mental y atetosis.

Envenenamiento por plomo: de interés para los odontólogos son los estudios de determinación de niveles de plomo en dientes primarios.

Un estudio en Filadelfia por Needleman, Tuncay y Shapiro, se encontraron concentraciones aumentadas de plomo en la dentina secundaria adyacente a la pulpa, reflejando exposición post dental.

La conclusión obvia de estos estudios es que los programas para la prevención del retardo mental deben incluir la eliminación del plomo del medio ambiente.

3.3.2 Aspectos bucales del retardo mental.

Los pacientes con incapacidades de desarrollo presentan frecuentemente:

- Malformaciones congénitas múltiples incluyendo anomalías de la dentición.
- Patrones aberrantes de la dentición.
- Hipoplasia del esmalte.
- Ausencia de gérmenes dentarios.
- Displasia ectodérmica hereditaria.

3.3.3 Manejo odontológico del paciente mentalmente retardado.

Los estudios revelan que el 89% de los niños con retardo mental están catalogados como discapacidad intelectual leve, por lo que pueden ser tratados de forma rutinaria, pero con ciertos principios sobre el manejo odontopediátrico.

El acercamiento y la eficacia del tratamiento dependen de la actitud que tome el odontólogo y el personal auxiliar, para la atención de los pacientes impedidos mentalmente.¹⁵

Esta atención no debe crear estereotipos, y por el contrario debe realizarse un análisis individual tomando en cuenta su historia médica e historia odontológica; la estrategia de atención debe considerar el aspecto físico, emocional y social para poder tener éxito.

Existe, por supuesto, una cantidad de pacientes mentalmente impedidos que son hiperactivos e impulsivos, actitudes que pueden perturbar el procedimiento del consultorio y por consiguiente obliga al profesional a plantearse exigencias fuera de lo común para poder atender a ese tipo de pacientes, esto demandaría que el profesional obtenga una remuneración mayor por su trabajo, cosa más ilógica en la mayoría de los casos porque muchas de las familias están agotados económicamente por los costos médicos vitales que requieren el tratamiento de estos pacientes.¹⁶

El factor principal en la negativa de muchos odontólogos para tratar estos enfermos, no obstante es su falta de entrenamiento adecuado para superar los problemas que presentan.

Para la atención odontológica de estos pacientes se debería de tener en cuenta el siguiente decálogo:

1. Conocer la enfermedad del paciente.
2. Analizar a cada paciente como un individuo.
3. Evite actitudes negativas hacia el enfermo, el lisiado o el ciego.
4. Estructurar el consultorio para atender ese tipo de paciente.
5. Ejercitar una atención cariñosa combinada con firmeza.
6. Emplear auxiliares que mejoren la capacidad del paciente para aceptar la atención ambulatoria.
7. Recompensar el buen comportamiento y desaliente el que es inapropiado.
8. Enseñar a los padres los principios de la prevención.
9. Estudiar continuamente las diferencias de los niños sanos y los que están enfermos.
10. Enseñar a los auxiliares las modalidades de los impedidos mentales y físicos y solicite su apoyo en el manejo de esos pacientes.

4. LA EPIDEMIOLOGÍA DENTAL.

Por simple definición, es el estudio de la distribución y dinámicas de las enfermedades dentales en una población humana. La distribución significa que

cierto número de personas se selecciona para tener alguna afección y que la relación entre la enfermedad y la población afectada se puede describir con variables como la edad, el sexo, grupo racial o étnico.

El término dinámica se refiere a la distribución temporal y tiene que ver con tendencias, patrones cíclicos y el lapso entre la exposición a los factores incitantes y el inicio de la enfermedad.¹⁷

La definición de Russell de la epidemiología dental puede dar un mejor entendimiento: “No es tanto el estudio de la enfermedad como un proceso, sino el estudio de la situación de la gente que presenta la enfermedad”

4.1 La placa microbiana.

La placa microbiana es una película blanda, pegajosa que se acumula sobre la superficie dental, especialmente en la parte cervical de los dientes. La teoría de la formación de placa nos explica que se inicia con el depósito inicial de una capa de proteína salival en la superficie dentaria, a esta película se adhieren los microorganismos presentes en la saliva; es por eso que se habla de la formación de la placa en dos etapas, una etapa inicial que puede comprender un depósito no bacteriano y una segunda que comprenda la fijación de las bacterias.

El depósito de placa a nivel del margen gingival se produce en todas las superficies de los dientes y se puede observar clínicamente con o sin soluciones reveladoras en menos de 24 horas. Luego de su establecimiento inicial la placa se acumula rápidamente en dirección de la corona y después de aproximadamente una semana sin limpieza activa y adecuada alcanza su máximo espesor y extensión. La formación de placa es tan grande que al cabo de siete a catorce días sin higiene oral se observan depósitos inmensos en la zona gingival e interdental.

Existen varias teorías que explican la formación de placa, una de ellas refiere que el ácido láctico de las bacterias bucodentales favorece la precipitación de la mucina de la saliva y estas a su vez son metabolizadas por las enzimas de las bacterias, sufriendo desnaturalización, deshidratación e inactivación, para formar luego una placa inicial firme.

Otros investigadores han mostrado que las proteínas de la saliva se encuentran en estado metabolizable y como son coloreables se precipitan en forma lenta, esta precipitación guarda mucha relación con el pH salival, tanto es así que el pH favorece el acúmulo de placa bacteriana y a su vez favorece el desarrollo bacteriano.

Los grupos predominantes de microorganismos que aparecen durante la formación de placa son los micrococos y estreptococos, los filamentos micóticos son raros en esta etapa. La placa madura, por otra parte, contiene cantidades

variables de detrito celular y orgánico y consiste fundamentalmente de microorganismos filamentosos Gram positivos incluidos en una matriz amorfa.

En la superficie de la placa se observan cocos, bacilos y en ocasiones leptothrix.

Una placa de diez días contiene gran cantidad de las bacterias ya mencionadas además de vibriones y espiroquetas. En una placa de catorce días los cocos Gram negativos y los bacilos cortos constituyen aproximadamente el 50% de la placa total. El número total de microorganismos viables se ha estimado en 108 por miligramo de peso húmedo.¹⁷

La placa bacteriana tiende a calcificarse, al hacerlo aumenta el número de filamentos Gram negativos.

Es conocido que la presencia de la placa bacteriana es la causa directa de la enfermedad periodontal y caries dental, en consecuencia el control de la placa es esencial en la prevención.

4.1.1 Control de placa.

El control de placa es la eliminación de la placa microbiana y la prevención de su acumulación sobre dientes y superficies gingivales adyacentes. La eliminación de la placa microbiana lleva a la resolución de la inflamación gingival durante sus etapas iniciales y la suspensión de las medidas de control de placa lleva a su recurrencia.

El control de placa es una de las claves de la práctica de la odontología; sin este nunca se lograría, ni conservaría la salud bucal. Cada paciente en cada consultorio dental debe participar en un programa de control de placa.

Para el sujeto con periodonto sano, el control de placa significa la conservación de la salud; para aquel con enfermedad periodontal, significa una curación óptima después de tratamiento y para los pacientes con enfermedad periodontal tratada representa la prevención de la recurrencia de la enfermedad.

4.1.2 Procedimiento paso a paso para la instrucción del control de la placa.

En la terapéutica periodontal el control de placa cumple dos objetivos importantes:

- 1) Disminuir la inflamación gingival.
- 2) Evitar la recurrencia de la enfermedad periodontal.

La eliminación mecánica de la placa diaria parece ser el único medio práctico para mejorar la higiene bucal.

PASO I: MOTIVACIÓN.

La motivación es uno de los elementos más críticos de lograr para tener éxito, por lo que requiere de los siguientes esfuerzos.

- Receptibilidad, entender los conceptos de patogénesis.
- Modificación de los hábitos, adoptar un régimen auto administrado.
- Modificaciones del comportamiento, ajustar la jerarquía de las propias creencias y hábitos de higiene bucal.

El paciente debe entender que es la enfermedad periodontal, cuales son sus efectos, que es susceptible a ella y que puede hacer para lograr y conservar la salud bucal.

El dentista debe reconocer que la motivación extensa efectiva suele ser en extremo difícil, si no es que imposible de lograr; por lo tanto, el dentista debe estar preparado para modificar el plan de tratamiento original si el paciente no esta capacitado para cooperar en forma satisfactoria.

PASO II: EDUCACIÓN.

El cepillado dental es el procedimiento preventivo y terapéutico más importante administrado por el paciente. Y aunque rara vez se reconoce su importancia en la prevención y tratamiento de la enfermedad periodontal deberá ser bien explicado.

PASO III: INSTRUCCIÓN.

Los pacientes pueden disminuir la incidencia de la placa y gingivitis con mayor eficacia mediante la instrucción y supervisión repetidas que con los hábitos auto adquiridos de higiene bucal, sin embargo, la instrucción con respecto a la limpieza de dientes debe ser algo más que una demostración de rutina sobre el uso del cepillo dental y los auxiliares de la higiene bucal.

4.2 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DENTAL.

Existe amplia evidencia para mostrar que la placa dental es el agente causal en la caries y en la enfermedad dental. Por lo tanto, para eliminar los efectos de la placa dental, deben utilizarse métodos que tiendan a eliminarla de los dientes y alrededor de los tejidos periodontales.

Junto con la eliminación de la placa, deben emplearse procedimientos para aumentar la resistencia del esmalte; en aquellas zonas donde la placa no se puede eliminar debido a la configuración anatómica, deben aplicarse selladores de fosas y fisuras.

Para todos los procedimientos necesarios se requiere la cooperación y motivación del paciente o en el caso de niños, de los padres.

4.2.1 Disminución de placa.

El único medio eficaz para disminuir la placa de las partes coronarias y oclusales de los dientes y de la unión de los tejidos periodontales, es mediante métodos mecánicos, como el cepillado dental y el uso de seda dental. Infortunadamente, esto requiere la participación activa del paciente en forma regular.

La persona impedida es más resistente a la prevención porque no puede entender la razón que la determina o no es capaz de realizarla, o porque da poco o ningún valor a su salud bucal, de acuerdo con la naturaleza del impedimento, habrá que decidir a quién enseñar. En el caso del paciente gravemente impedido, o retardado, hay que elegir a un padre, cuidador o ayudante.

4.3 Consejo dietético.

En una revisión bibliográfica, no se muestran, estudios sobre programas de regulación dietética en personas impedidas para el control de la enfermedad dental, sin embargo para poder prevenir la enfermedad dental, se debe reparar en la relación que mantiene con la dieta y ofrecer sugerencias para su implementación en el paciente.

Dieta y enfermedad dental.

Como se ha sugerido en párrafos anteriores, la placa dental juega un papel muy importante en la iniciación de la caries y de la enfermedad periodontal. El mecanismo exacto de la dieta sobre la formación de la placa no está aún del todo claro, pero se ha buscado implementar las medidas preventivas que regulen y modifiquen la ingestión dietética y la calidad del sustrato, necesarios para el crecimiento de la placa.

La nutrición y la dieta pueden afectar los dientes y los tejidos periodontales en dos formas:

- Sistémicamente durante su formación, desarrollo y mantenimiento.
- Localmente, por el contacto con las superficies de los tejidos y el producto resultante del metabolismo bacteriano.

El efecto de ciertos componentes y las propiedades del alimento parecen tener un efecto marcado en la iniciación y progreso de la enfermedad dental. Por ejemplo, se ha demostrado que una dieta cariogénica, cuando se administra por sonda, no produce caries en un animal susceptible, aunque un experimento similar en perros demostró que aun con alimentación por sonda hubo un aumento en el exudado gingival, lo cual parece sugerir que existía un sustrato de otras fuentes que no eran la cavidad bucal.

Esto sugiere además que el metabolismo de la placa en la caries y la enfermedad periodontal pueden ser procesos diferentes.

En el paciente impedido, la consideración del sustituto dietético en una preocupación fundamental respecto a las propiedades físicas de los alimentos y su retención en la boca, debido a la alteración de la capacidad masticatoria de los flujos salivales y de la tensión muscular en la boca y alrededor de ella.

El consejo dietético debe darse para establecer un programa, de odontología preventiva, este consejo debe centrarse principalmente en el equilibrio y adecuación de la dieta, utilizando los cuatro grupos alimentarios básicos, minimizando la ingestión de sacarosa y las frecuencias de las comidas y considerando las propiedades físicas de los alimentos recomendados.

Si se notan deficiencias nutricias mayores junto con patología obvia o demoras en el crecimiento y desarrollo, está indicada la consulta con el médico del paciente para un asesoramiento dietético por un médico o un nutricionista profesional quien deberá considerar la historia familiar y la salud de la boca (índice de caries, índice de higiene oral e índice periodontal).

A pesar del consejo dietético se debe tomar una estrategia basada en cuatro acciones:

- Combatir los agentes microbianos.
- Aumentar la resistencia del diente.
- Modificar la dieta.
- Mejorar la entrega y aceptación de agentes preventivos de la caries.

5. ACTITUD DE LOS PADRES EN LA SOCIEDAD ACTUAL CON HIJOS (AS) CON DISCAPACIDADES.

Desde el inicio de la organización del hombre en sociedad, aparece la familia como un elemento indispensable en cualquier cultura, raza o doctrina. Considerada como la unidad social básica, la cual se constituye como una agrupación social cuyos miembros se encuentran unidos por el parentesco o afinidad mutua.^{18, 19}

En el matrimonio o la unión de la pareja transitan un conjunto de amplios valores, normas y conductas a través de la convivencia diaria; cada uno de los cónyuges descubre las cualidades y las deficiencias del otro, lo cual puede representar un problema que no debe de ser, puesto que es parte de un periodo de aprendizaje necesario para la formación de una nueva familia; es conveniente que este tiempo de adaptación tenga lugar antes del nacimiento de los hijos, pues su llegada implicará nuevas modificaciones.

Al respecto, Minuchin (1998 citado en Monroy, 1999) señala que el nacimiento de un hijo representa un cambio radical en la organización de la familia, esto requiere de un espacio físico y emocional. Las funciones de la pareja deben diferenciarse ante los requerimientos del niño estableciéndose una nueva organización en general. Todos estos cambios provocan en la familia alteraciones en sus interacciones.

La interacción que tienen los miembros de la familia principalmente los padres hacia sus hijos(as) en los primeros años de vida propicia un buen y completo desarrollo psicológico y afectivo que requiere el niño y la niña para interactuar con los demás. El interés que tiene el padre permite que haya una estimulación para adquirir con facilidad la capacidad de comunicarse, de aprender, el impulso de cooperación, los modos de ser, de socializar, etc. lo cual en muchas ocasiones sólo se le adjudican a la paciencia y labor de la madre, pero es indiscutible que el padre también contribuye al desarrollo de estos patrones de conducta.²⁰

Los padres sienten la necesidad de amar y proteger a sus hijos, ayudándolos para que se desarrollen, frecuentemente desean que tengan más de lo que ellos tuvieron, es decir darles las oportunidades necesarias para que su desarrollo sea lo más completo y adecuado posible.

Los niños necesitan, por su parte, amor y cuidado, de bebés pasan por un largo periodo infantil en el que se desarrollan y aprenden. Durante su infancia, suelen ser dependientes, requieren alimento, refugio, seguridad, compañía y amor. Así, en los seres humanos, la relación padre, madre, hijos e hijas es muy intensa.

La variedad de estimulación, afecto y respuestas de los padres es óptima para propiciar el surgimiento de interacciones de alta calidad durante el desarrollo psicológico del niño.^{21, 22}

Cuando los padres llegan a saber que su niño tiene un problema en el desarrollo, que limita el área cognitiva, social, emocional y las habilidades para el aprendizaje, comienza una situación en su vida que muy a menudo está llena de emociones fuertes, alternativas difíciles, interacciones con profesionales y especialistas diferentes, así como de una necesidad continua de búsqueda de información y servicios. Al inicio, los padres pueden sentirse aislados y solos, y puede ser que no sepan dónde comenzar su búsqueda de información, asistencia, comprensión y apoyo.

La existencia de un daño físico, psicológico y emocional en el niño generalmente propicia que el comportamiento de los padres hacia este tipo de niños difiera del comportamiento de éstos hacia los niños normales, ya que los primeros no cuentan con las habilidades necesarias para integrarse a la sociedad y en ocasiones suele darse un rechazo o una restricción en las oportunidades que los hijos y las hijas requieren para desarrollar habilidades más complejas.^{23, 24}

La llegada de un niño o de una niña es, en general, un acontecimiento familiar muy feliz, las esperanzas son numerosas, ya que todos los padres desean que su bebé sea el más bello y perfecto. Es una enorme decepción el enterarse de que tienen un hijo con necesidades especiales que pueden ser evidentes en el momento del nacimiento (por ejemplo, síndrome down, parálisis cerebral, etc.) y/o en el desarrollo posterior como: problemas de aprendizaje, de lenguaje, ausencia de conductas básicas (atención, seguimiento de instrucciones, discriminación, etc.), de autocuidado, pre académicas, hiperactividad, etc. Dichas características propician que los padres consideren que estos niños no pasan a través de las etapas usuales de la niñez, dado que no cuentan con los repertorios necesarios para desarrollar habilidades más complejas, esto les hace formarse una figura distorsionada en relación a la imagen ideal que se habían creado de él o ella antes del nacimiento o durante su desarrollo.²⁵

La forma en cómo los padres responden cuando tienen un niño con características diferentes, está determinada por factores como: 1) la manera en que fueron criados, 2) su habilidad y experiencia para enfrentarse a este tipo de problemas, 3) el tamaño de la familia, 4) el grado de retardo, 5) el lugar que ocupa el niño(a), 6) el sexo, 7) su nivel socioeconómico, 8) su nivel de estudios, 9) la calidad y naturaleza de los sistemas de apoyo que tuvieron los padres al enterarse de la situación, 10) la forma en que el médico comunicó la noticia y 11) la estabilidad de las relaciones familiares.²⁶

Todos los padres reaccionan con una conmoción y tristeza profunda a la noticia de que su hijo tiene características físicas, emocionales y psicológicas diferentes a las de los niños normales, se resisten a afrontar la verdad; evitan mirar la situación real y distorsionan los hechos para que parezcan más aceptables.

No obstante, la situación varía de una familia a otra, pero todo proceso de adaptación pasa, frecuentemente por las mismas fases: 1) desarrollan la capacidad para enfrentarse a la realidad, 2) aceptan el problema particular del niño(a), 3) hacen esfuerzos positivos para ayudarlo y 4) enfocan su atención a buscar soluciones terapéuticas que permitan favorecer el desarrollo de los hijos o hijas.

Reacciones de los padres al enterarse que su hijo (a) es un niño (a) con necesidades especiales. Muntaner (1998) señala al respecto que los padres de niños(as) con características diferentes sufren una fuerte conmoción al recibir la noticia de la discapacidad de su hijo (a), rompe todas las expectativas y los sumerge en una inesperada sensación de desconcierto y preocupación que se va transformando en un sentimiento de impotencia y soledad.²⁷

Ante esta situación, los padres pueden responder de diversas formas y actitudes que oscilan entre la observación pasiva y la huida, o la entrega dedicada, pasando por el reproche o la responsabilidad personal sobre el hecho. Todas sus actitudes coinciden en fomentar una fijación y una acomodación a determinados objetivos

personales que nada tiene que ver con la toma de decisiones e iniciativas para su hijo o hija, que repercutiría en su propio equilibrio emocional.

Rodrigo y Palacios (1998) señalan que el impacto que produce sobre la familia la llegada de un hijo o hija con retraso en el desarrollo sigue una serie de estadios: ²⁸

1) Inicio de la familia, éste tiene lugar cuando la pareja está creando las bases firmes que ayudan a enfrentar cualquier situación de crisis. Si la pareja está poco ajustada emocionalmente en sus inicios, el nacimiento de un hijo o hija con necesidades especiales provocará una situación de estrés que a la larga puede interferir con las actividades cotidianas de la familia.

2) Espera del hijo, aquí los futuros padres se preparan ante los nuevos cambios. Tanto si reciben la noticia de que esperan un hijo o hija con problemas en su desarrollo y deciden optar por un aborto terapéutico como si deciden continuar con el embarazo y tiene que prepararse para su llegada, se hace necesario el apoyo del profesional para superar éste momento.

3) Nacimiento del niño con discapacidad, se produce una crisis que tiene varias fases. La primera es la fase de shock, la segunda es la fase de reacción y la última es la fase de la realidad, en la que se produce una adaptación al problema, puesto que los padres tienen que enfrentarse a la crianza del niño o niña con discapacidad.

Por otra parte, diversos autores comentan que el hecho de identificar a un niño con características diferentes invalida la estructura familiar y provoca inseguridad y ansiedad, esto hace más difícil el que los padres sientan apego por el niño o la niña en el sentido de que éste los complete o valide. Las reacciones de los padres comúnmente pasan entre uno y otro de los siguientes estadios y con frecuencia sufren retrocesos: ^{29, 30, 31, 32}

a) Fase de shock. Los padres sufren una conmoción y un bloqueo, a la vez que se muestran psicológicamente desorientados, irracionales y confusos. Esto puede durar minutos o días durante los cuales necesitan ayuda y comprensión. Ellos experimentan sentimientos de ansiedad, amenaza y posiblemente culpa, esto puede ser asociado a una confianza muy escasa en sí mismos.

b) Fase de reacción. Los padres presentan reacciones de enfado, rechazo, resentimiento, incredulidad y sentimientos de pesar, pérdida, ansiedad, culpa y proteccionismo. El enojo, dirigido tanto a los profesionales como a sí mismos, permite igualmente a los padres explorar los aspectos causales de la situación; cuestionar el diagnóstico en general, e incluso pedir una segunda opinión. Este es un paso hacia la reinterpretación y la comprensión de lo que ha ocurrido.

c) Fase de adaptación. Esta aparece cuando los padres comienzan a plantear preguntas como ¿qué se puede hacer?, lo cual implica un nuevo conjunto de necesidades. Los padres adoptan ideas que les permiten entenderse a sí mismos

y entender la situación y valorar posibles tipos de acción. Por ello, necesitan información y ayuda psicológica, médica, pedagógica, etc., para adaptarse a una situación como esta. Esta es la etapa de control, en la que los padres han reconstruido lo suficiente la situación como para saber qué hacer y comenzar a actuar sobre los problemas con los que se enfrentan.

En este mismo sentido, Hutt y Gwyn comentan que los padres pueden reaccionar emocionalmente de modos muy diferentes al hecho de tener una hija o un hijo con necesidades especiales. Los modelos de la conducta de los padres pueden variar desde una forma constructiva de ajuste; como la aceptación realista del trastorno, hasta un rechazo o negación de éste. Los padres pueden reaccionar de tres modos principales:³³

a) Padres que aceptan, son personas maduras, constructivas y adaptables que reconocen y aceptan la realidad del problema del niño. Ellos manejan la situación de un modo apegado a la realidad y no se esclavizan en sus relaciones con el niño. Asumen sus responsabilidades en cuanto a las muchas otras funciones que les pide la sociedad, como padres, esposos, sostenedores del hogar y compañeros. Su conducta está orientada esencialmente a resolver problemas, es decir, buscar apoyo psicológico y alternativas de tratamiento e involucrarse directamente en él.

b) El padre que oculta. En ocasiones los padres ocultan el estado del niño o niña, lo cual les sirve para que la gente no se entere de la situación del niño y se inicie un periodo de cuestionamiento por la misma familia. El padre que oculta se da cuenta, en cierto grado, de que hay algo malo en su hijo o hija, pero no puede admitir o reconocer que la incapacidad del niño o la niña para realizar ciertas tareas que otros niños hacen comúnmente, se debe a sus reducidas capacidades intelectuales. El niño o niña es examinado una y otra vez, siempre con la esperanza de encontrar y corregir alguna causa del retraso. Frecuentemente los problemas académicos del niño(a) se les atribuye a malos métodos de enseñanza.

c) Los padres que niegan. Estos padres muestran una reacción emocional grave a la situación de estrés resultado de la noticia de que su hijo o hija tiene algún retardo; tanto a ellos mismos como a los demás niegan la realidad. El reaccionar de esta manera no es deliberado o planeado de los padres sino más bien una reacción inconsciente y automática ante una situación de estrés.

Los sentimientos y reacciones ante la discapacidad del niño(a) influirán considerablemente en la relación que establezcan los padres o profesionales con ellos. Emociones como la amenaza, la culpa y la ansiedad pueden ser orientadas positivamente en relación con su papel en el proceso de cambio dentro del sistema de pensamientos. Pueden ser consideradas como componentes esenciales en el proceso de cambio, y como señales de la necesidad de cambiar.

30

En relación a esto, Pueshel comenta que el tiempo que se necesita para sentirse cómodos con el niño o la niña es diferente en cada familia. Al oír el diagnóstico,

algunos padres sienten un fuerte impulso protector. Otros continúan estando inciertos e inseguros sobre sus sentimientos durante meses. Durante este tiempo, tratan de predecir cómo será el futuro con el niño(a), qué problemas surgirán y cómo se enfrentarán con ellos en el porvenir.³⁴

Algunas reacciones generales de los padres son tan comunes que merecen atención especial; entre ellas destacan las percepciones deformadas de las capacidades y cualidades del niño, tendencias de rechazo, indiferencia, problemas maritales y reacciones injustificables hacia la comunidad, además de los sentimientos de culpa sobre el retardo en el desarrollo.³³

Alvares, J. (2002) Compararon el conocimiento sobre caries dental e higiene bucal entre profesores en dos escuelas de la ciudad de Araracuara, se encontró que hubo diferencia significativa entre los grupos en cuanto al conocimiento sobre los alteraciones bucales causadas por la placa bacteriana ($p=0.034$); la etiología de la caries ($p=0.016$) y la función del flúor ($=0.013$).³⁵

Benavente, L. (2007) Estudió la Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental; en 58 niños de ambos géneros y con sus respectivos tutores; encontró diferencia estadística significativa para $p=0.036$. Que el 32.1% de los niños con salud bucal malo tuvieron padres con conocimiento de salud bucal malo.³⁶

Gonzales, L. (1998). En su investigación que constó en aplicar técnicas de cepillado dental en pacientes con retardo dental leve y moderado, concluyó que el IHO evoluciona mejor en relación a la técnica de cepillado de Bass y que los pacientes con retardo mental leve presentan una evolución favorable ante cualquier técnica de cepillado, en comparación con los que presentan retardo mental moderado, también recomienda que en los programas de salud bucal a niños con retardo mental deben estar comprendidos tanto profesores como padres de familia.³⁷

Navas, R. (2007) En su investigación sobre la participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de down, evaluó a 35 padres y a sus hijos con síndrome de down, buscó determinar la salud bucal de los mismos tomando como referencia sus índices de placa, y gingival y el estado de la dentición a través del CPOD y CEOD. Reportó que el 62.6% de los pacientes evaluados tenían caries y halló un índice gingival de 3.72.

Se concluyó que los padres de los niños de este estudio deberán participar activamente en la búsqueda de propuestas efectivas para mejorar la salud bucal de sus niños con síndrome de down.³⁸

Morales, E. (2008) Evaluó en su investigación el grado de conocimiento sobre higiene bucal de padres de niños aparentemente normales y padres de niños con síndrome de down, retardo mental y autismo en el hospital del niño.

Se obtuvo niveles bajos de conocimiento de patología bucal; propone realizar investigaciones sobre grados de información sobre higiene bucal de padres de niños con habilidades diferentes en diversos estratos socio económicos.³⁹

Requena, E. (1999). En su estudio realizado en dos Centros Educativos Especiales de Huaraz y Chancay, afirma que los niños con retardo mental presentaron mayor IHO que los niños con Síndrome Down, sin embargo su hallazgo no tuvo significancia estadística.⁴⁰

Torres, C. (1976) Publicó una investigación sobre incidencia y prevalencia de la enfermedad gingival en niños con Síndrome de Down, evaluó a 52 niños de ambos sexos en edad de 16 a 19 años en el Centro Piloto de Parálisis Cerebral de Mongolismo “Acuario” y el instituto para niños excepcionales nº 6 de Lima.

Los resultados indicaron que el 88.46% tuvo inflamación gingival, la prevalencia y severidad de la gingivitis en la zona anterior y posterior fue similar, a predominancia del maxilar inferior.

Concluye que el factor etiológico principal del problema inflamatorio fue la pobre higiene dental acondicionada por la deficiencia mental.⁴¹

Velásquez, H. (1995) Este estudio tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de 137 madres gestantes pertenecientes al IPSS de Lima – Perú, para determinar el nivel de conocimiento se confeccionó un cuestionario de 10 preguntas referentes a la higiene bucal del niño.

Se encontró que el nivel de conocimiento más frecuente fue moderado con 60.6%.⁴²

Viteri, R. (1988) La tesis que sustentó tiene el propósito de comprobar la eficiencia de un modelo educativo para la salud oral desarrollado y experimentado en pequeños grupos por el departamento de odontología social de la UPCH y su repercusión en las condiciones clínicas periodontales.

Este modelo de instrucción fue dividido en una parte teórica que busca la motivación en los niños y una parte práctica que permite alcanzar la mayor destreza posible en su autoprofilaxis.

El tiempo de aplicación fue de 18 semanas; la población estuvo constituida por un total de 58 alumnos de primaria del C.E. nº 30215 de la localidad de Jauja: 35 hombres y 23 mujeres. Se utilizó el índice simplificado de Green y Vermillón para evaluar la higiene oral y para la salud periodontal el índice de Russell.

Los resultados indicaron que ambos índices, de higiene y periodontal, disminuyeron considerablemente y que los niños habían adquirido un mayor número de conocimiento sobre salud bucal.⁴³

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: El estudio es de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo.

Área de estudio: Se realizó en el Centro de Educación Especial – León “Ángela Morales Avilés” que se encuentra ubicado al oeste de esta ciudad en la comunidad de Sutiava.

Población de estudio: Todos los padres de niños con capacidades especiales que asistieron al centro y estuvieron dispuestos a participar del estudio, el número de estos fueron 19 padres presentes.

Variables:

- Características generales.
 - i) Edad
 - ii) Sexo.
 - iii) Escolaridad.
 - iv) Ocupación.
 - v) Lugar de residencia.
 - vi) Ingreso económico.
- Conocimiento de salud bucal de los padres con hijos discapacitados.
- Práctica que realizan los padres para el cuidado de la salud bucal de sus hijos discapacitados.
- Importancia.

Instrumento y procedimiento para la recolección de datos.

Aspectos Éticos

A todos los participantes se les explicó de manera clara y concisa el propósito, naturaleza y beneficios del estudio, después de lo cual se procedió a firmar el consentimiento informado.

Para llevar a cabo esta investigación se realizó las siguientes acciones: En el Centro Especial – León “Ángela Morales Avilés” se solicitó a la Directora un permiso para contactar a los padres y madres que llevan a sus hijos a dicha escuela y se les informó del estudio el cual pretende caracterizar a los padres de familia que tengan un hijo o hija con necesidades especiales para lograr obtener la mayor información del conocimiento y la práctica que tienen ellos sobre la salud oral de sus hijos.

Una vez aceptada la propuesta hacia los padres de familia se les entregó una ficha la cual se llenó con puño y letra de ellos mismos, la cual consta de datos de caracterización acerca de los datos generales de cada uno.

Ver anexo 1.

Posteriormente se dió inicio a la realización del grupo focal en la cual por la cantidad de padres que asistieron al centro se dividió en 2 grupos: el primer grupo constaba de 10 personas, mientras que el segundo grupo con 9 personas, cada grupo de padres fue evaluado respectivamente por los realizadores de dicho estudio.

Para reunir a estos padres de familia se envió una circular una semana antes de la reunión respectivamente con el propósito que asistiera la mayor cantidad posible de personas de nuestro interés.

Una vez dividido los grupos se procedió a la realización de los grupos focales con el objetivo de recoger la mayor información posible con respecto a cada uno de nuestros objetivos específicos. Para esto se hicieron preguntas poderosas de carácter abiertas la cual nos indicaron si las respuestas de los padres eran favorables o desfavorables, con respecto al conocimiento y la práctica que ellos poseían acerca de la salud oral.

Se tomo la decisión de realizar un grupo focal porque en este los participantes tienen una interacción directa entre ellos y el moderador según la pregunta realizada, de manera que pueda facilitar la obtención de datos que se esperan.

La actividad constó de 14 preguntas referidas a la importancia que brindan los padres a la salud oral de sus hijos con capacidades especiales, de acuerdo a los objetivos de la investigación:

1. La primera parte: conocimientos de los padres sobre la salud oral.
2. La segunda parte: práctica realizada por los padres para el cuidado de la salud oral de sus hijos.

Cada parte consta de sub. Ítems que hacen un total de 7 preguntas por área a investigar y cuyas respuestas son de tipo abierta. Dichas preguntas pueden observarse en el Anexo 2.

Como se observa algunos de los ítems de cada tema consta con más de una pregunta, es por eso que para darle un valor de favorable o desfavorable se tomaba en cuenta lo siguiente:

Ítems con una pregunta: para darle el valor de favorable la pregunta tendrá que estar bien contestada, según el entrenamiento previo y conocimientos del moderador.

Items con 2 preguntas: para darle el valor de favorable las 2 preguntas tendrán que estar bien contestada, según el entrenamiento previo y conocimientos del moderador.

Items con 3 preguntas: para darle el valor de favorable 2 de las 3 preguntas tendrán que estar bien contestada, según el entrenamiento previo y conocimientos del moderador.

Una vez obtenido el total de respuestas según el valor de favorable o desfavorable de cada uno de los padres, se procedió a saber cuantas preguntas de las 7 realizadas por cada objetivo se encontraban bien contestadas para establecer una codificación según la escala Likert.

La actividad fue grabada por una cámara de video lo cual sirvió para no perder ningún dato valioso ya que se reviso posteriormente para dar respuesta a las interrogantes de la investigación y de esa manera lograr una discusión de datos de forma correcta.

Operacionalización de Variables.

Objetivo N° 1: Conocer características generales de los padres de los niños con capacidades especiales.

Variable	Dimensión de variable	Definición	Indicador	Escala
Características generales.	Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Respuesta que la persona manifestó en la ficha de datos generales.	1) 16 – 30 2) 31 – 45 3) 46 – 59 4) Mayor de 60
	Sexo	Características fenotípica que diferencia al hombre de la mujer	Respuesta que la persona manifestó en la ficha de datos generales	1) Masculino 2) Femenino
	Escolaridad	Grado de estudio que alcanza una persona durante su formación académica.	Años cursados en sus estudios durante su vida	1) Primaria 2) Secundaria 3) Educación superior 4) Ninguna.
	Ocupación	Trabajo, empleo u oficio.	Respuesta que la persona manifiesta con respecto al oficio	1) Ama de casa 2) Obrero 3) Profesional 4) Comerciante

	Lugar de residencia	Sitio donde vive una persona. Rural: comunidades o reparto que se encuentran en la periferia de León. Urbano: repartos o barrios que estén dentro de León.	Respuesta que la persona manifieste con respecto al lugar donde vive	1) Urbano 2) Rural
	Ingresos económicos.	Cantidad de dinero que percibe el núcleo familiar.	Rango de salario	1) Menor de 1000. 2) Entre 1000 – 3000. 3) Mayor de 3000.

Objetivo N° 2: Evaluar el conocimiento de los padres de niños con capacidades especiales sobre la importancia de la Salud Oral de sus hijos.

Objetivo N°3: Identificar la práctica que realizan los padres de niños con capacidades especiales para el cuidado de la Salud Bucal de sus hijos.

Variable	Definición	Indicador	Categoría de escala
Conocimiento.	Hechos, información y conocimientos adquiridos que una persona posea sobre Salud Bucal.	Número de preguntas bien contestadas.	1) Muy bueno 2) Bueno 3) Poco
Practica.	Es la realización de manera repetida y constante de técnicas que contribuyan con la Salud Oral de una	Número de preguntas bien contestadas.	1) Muy bueno 2) Bueno 3) Poco

	persona.		
Importancia	Es una actitud aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable ante una condición o circunstancia actual como es la salud bucal de los niños con discapacidad, así mismo está relacionada con el comportamiento a la misma.	Aplicación de formula $\sum \downarrow = (C+P)/2 = I$ donde el resultado se le aplicará la categoría de la escala Likert correspondiente	1) Muy buena 2) Buena 3) Poca

Procesamiento de la información.

Se realizó una matriz de variables en el programa estadístico spss 19.0 donde se introdujeron los datos correspondientes a las preguntas solicitadas, se limpiaron los datos, posteriormente se obtuvieron cuadros y gráficas según las características sociodemográficas de los entrevistados.

Posteriormente se realizó una escala Likert y se codificaron las preguntas en lo que respecta al conocimiento y la práctica respectivamente. Siendo para ambos la codificación correspondiente de la siguiente forma: ⁴⁴

- Menor de 4 preguntas bien contestadas = poco
- De 4 hasta 6 preguntas bien contestadas = bueno
- Mayor de 6 preguntas bien contestadas = muy bueno

Para la obtención de la importancia de la salud oral que brindan los padres a sus hijos con discapacidad, se procedió a darle un valor cuantitativo en porcentaje con respecto a la escala de 100% en relación al número de preguntas contestadas favorablemente a cada una de las listas de preguntas en lo que corresponde al conocimiento y práctica respectivamente, aplicando la fórmula:

$$\sum \downarrow (C + P)/2 = I$$

Donde $\sum \downarrow$ es la sumatoria. C= conocimiento. P= práctica I= importancia.

Para obtener el resultado correspondiente de la importancia, aplicando la escala Likert para la misma.

Resultados

Se realizó una entrevista de grupo focal a 19 padres con hijos discapacitados del Centro de Educación Especial Ángela Morales Avilés; también ellos llenaron una pequeña ficha con la finalidad de conocer las características generales de cada una de ellas.

La entrevista fue realizada en el centro que se encuentra ubicado en la comunidad indígena de Sutiava en el departamento de León en el mes de Octubre del año 2012.

Cuadro N^o 1

“Rango de edad en padres con hijos discapacitados presentes en el CEE Ángela Morales Avilés en la ciudad de León, año 2012.”

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
16-30	2	10.5	10.5
31-45	8	42.1	52.6
46-59	7	36.8	89.5
>60	2	10.5	100.0
Total	19	100.0	

Con respecto a la edad de los padres entrevistados se encontró el predominio del rango de edad comprendido entre los 31- 45 años con el 42.1%.

Cuadro N° 2.

“Sexo de los padres con hijos discapacitados presentes en el CEE Ángela Morales Avilés en la ciudad de León, año 2012.”

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
masculino	3	15.8	15.8
femenino	16	84.2	100.0
Total	19	100.0	

Con respecto al sexo predomino el sexo femenino con un 84.2% de los entrevistados.

Cuadro N° 3

“Escolaridad de los padres con hijos discapacitados presentes en el CEE Ángela Morales Avilés en la ciudad de León, año 2012.”

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
primaria	9	47.4	47.4
secundaria	9	47.4	94.7
analfabeta	1	5.3	100.0
Total	19	100.0	

Con respecto a la escolaridad de padres con hijos discapacitados entrevistados el mayor porcentaje de ellos posee educación primaria y secundaria con un 47.4 %, siguiendo solamente una persona del grupo sin tener escolaridad alguna.

Cuadro N° 4

**“Ocupación de los padres con hijos discapacitados presentes en el CEE
Ángela Morales Avilés en la ciudad de León, año 2012.”**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ama de casa	14	73.7	73.7
obrero	3	15.8	89.5
comerciante	1	5.3	94.7
chofer	1	5.3	100.0
Total	19	100.0	

En relación a la ocupación de los padres con hijos discapacitados entrevistados el 73.7% son ama de casa.

Cuadro N° 5

**“Residencia de los padres con hijos discapacitados presentes en el CEE
Ángela Morales Avilés en la ciudad de León, año 2012.”**

Residencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
urbano	16	84.2	84.2
rural	3	15.8	100.0
Total	19	100.0	

En relación al lugar de residencia de los padres con hijos discapacitados entrevistados predomina la zona urbana con 84.2%.

Cuadro N° 6

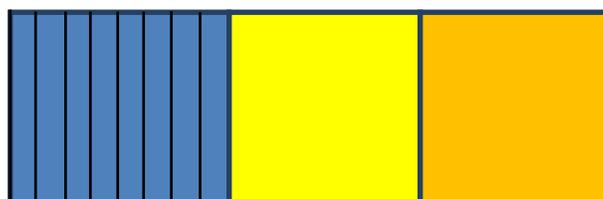
**“Ingresos de los padres con hijos discapacitados presentes en el CEE
Ángela Morales Avilés en la ciudad de León, año 2012.”**

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<1000	1	5.3	5.3
1000-3000	13	68.4	73.7
>3000	5	26.3	100.0
Total	19	100.0	

Con respecto a los ingresos económicos de los padres con hijos discapacitados entrevistados la mayoría posee un ingreso entre los 1000<3000 con el 68.4%.

Gráfico N° 1

**“Diagramación esquemática según escala de Likert del Conocimiento de los
padres con hijos discapacitados con respecto a la salud oral en el CEE
Ángela Morales Avilés - León, 2012.”**



<4 4-6 >6
Poco Bueno Muy Bueno

Gráfico N° 2

“Diagramación esquemática según escala de Likert de la Práctica que realizan los padres con respecto a la salud oral de sus hijos discapacitados del CEE Ángela Morales Avilés - León, 2012.”

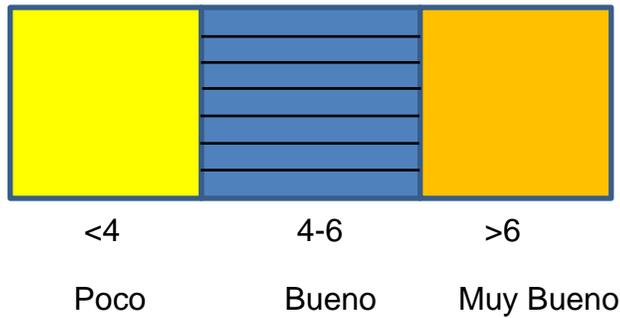
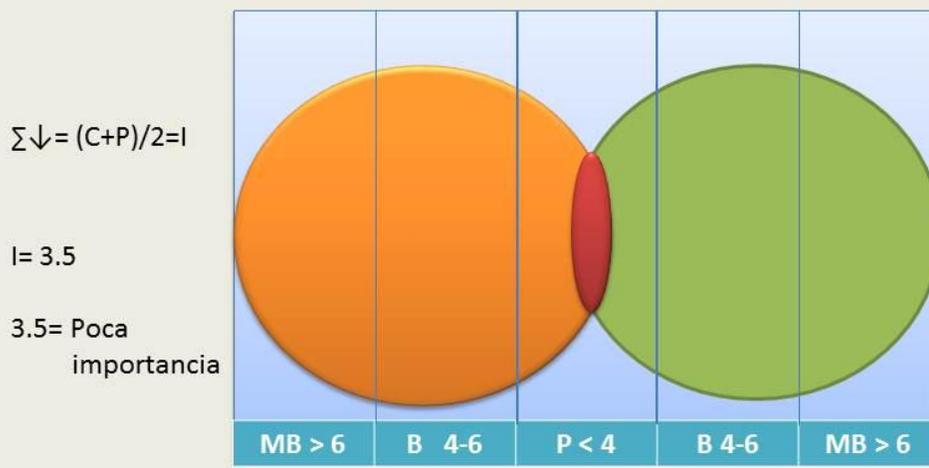


Gráfico N° 3

“Diagramación esquemática de la fórmula sobre la importancia de los padres respecto a la salud oral de sus hijos discapacitados presentes en el CEE Ángela Morales Aviles, León 2012.”



■ Conocimiento
 ■ Práctica
 ■ Importancia

Discusión de Resultados

Se entrevistaron y evaluaron a 19 padres de niños con discapacidades del CEE Ángela Morales Avilés.

El 73.7% de los padres entrevistados eran amas de casa por tal motivo no poseen ingreso económico directo sino que dependen del ingreso familiar; de las 19 personas entrevistadas el 68.4% obtienen un ingreso familiar entre 1000<3000 siendo esta una cantidad muy baja en comparación a la canasta básica actual que oscila a los 10,000 córdobas.

Báez-Cordero hacen mención que la falta de recursos económicos como factor contribuyente de riesgo de salud, considerando el ingreso de las personas entrevistadas el cual es menor de los 3000 córdobas al mes, es insuficiente para su propia manutención.

Benavente, L.(2007) Estudió la Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental; en 58 niños de ambos géneros y con sus respectivos tutores; encontró diferencia estadística significativa para $p=0.036$. Que el 32.1% de los niños con salud bucal malo tuvieron padres con conocimiento de salud bucal malo. En el presente estudio se obtuvo un valor menor de 4 según escala Likert del conocimiento siendo poco, es significativo desde el punto de vista cualitativo.

En Lima-Perú en el 2009 Vásquez Mejía, MariSabel realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal sobre el “Conocimiento de higiene bucal de padres relacionado con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes” concluyendo que el 84.21% de los niños cuyos padres poseen un conocimiento bueno obtuvieron una buena higiene bucal de esta manera también se encontró que el 100% de los niños cuyos padres presentaron un conocimiento malo, no presentaron buena higiene bucal. Por lo tanto se deduce que el conocimiento sobre higiene bucal que poseen los padres, está relacionado con la presencia de buena higiene bucal de niños con habilidades diferentes.

Comparando la precedente conclusión con el presente estudio este difiere completamente dado que los resultados obtenidos sobre el conocimiento de los padres es poco. A pesar del poco conocimiento presentado por los padres entrevistados se encontró una práctica buena hacia la salud oral de sus hijos discapacitados. Sin embargo esta práctica calificada como buena tiene ciertos factores limitantes que en un futuro se podría perder por la falta de visitas regular al dentista, técnicas incorrectas de cepillado dental, terapéutica inadecuada ante una emergencia dental de los padres entrevistados.

Conclusiones

- La mayoría de los padres de los niños con discapacidades del CEE Ángela Morales Avilés, presentaron una escolaridad media, entre un rango de edad de 31 a 41 años, con ingreso familiar entre los 1000 y los 3000 córdobas, con ocupación de ama de casa.
- El conocimiento sobre la salud oral obtenido de los padres con hijos discapacitados fue poco.
- La práctica de la salud oral obtenida de los padres con hijos discapacitados fue buena.
- La importancia resultante sobre la salud oral en los padres con hijos discapacitados fue poca.

Recomendaciones

- Educar en salud oral a los padres de familia de los niños con discapacidad del CEE Ángela Morales Avilés.
- Instruir en prevención de la salud oral a los padres de familia de los niños con discapacidad del CEE Ángela Morales Avilés.
- Presentar los resultados de la presente investigación a las autoridades del CEE Ángela Morales Avilés para que busquen ayuda en ONG interesadas en este tipo de actividades.
- A la Facultad de Odontología para que involucre a este centro por medio de un programa especial de: educación para la salud, promoción y prevención de la salud oral y que este sea un componente más del pensum académico.

BIBLIOGRAFIA

1. Cárdenas Sotelo O, Sala Adam MR. Que haya más salud en la educación para la salud. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998. p. 4-
2. Cárdenas Sotelo O, Sala Adam MR. Educación para la salud en estomatología. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1998. p. 3.
3. Carvajal Rodríguez C, Rodríguez Mena García M. La escuela, la familia y la educación para la salud. Programa "Para la vida". La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1995.p. 27.
4. Núñez de Villavicencio Porreo F, González Menéndez R, Ruiz Rodríguez G, Álvarez González MA, Leal Ortega Z, Suárez Vera DM, et al. Psicología y salud. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 101-5, 113-5.
5. Vásquez, M. MariSabel. Conocimiento de la salud bucal de padres relacionados con la higiene bucal de niños con habilidades diferentes. Lima.2009.
6. Argüello, Luis Jaime. Estado de salud periodontal y necesidades de tratamiento en personas con discapacidad en la ciudad de Managua. UNAN-León. 2007.
7. Feconori-UCA-BID, Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad y su Reglamento. Ley 202.
8. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad incluida la prevención, el Tratamiento y la rehabilitación. 58º Asamblea Mundial de la Salud, 2005.
9. Cash, D. Neurología para Fisioterapeutas. Colombia: Médica Panamericana, 4º edic. pág. 236 – 242. 1998.
10. La voz. La salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales. Boletín Epidemiológico 2001; 3(21).
11. Digebe, Manual de Adaptaciones Curriculares. Educación Inclusiva Min. Educ. 2008.

12. Altagracia, M. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta odontol. Venezuela, vol. 37, nº. 3., pág. 193 – 198. 1999.
13. Fernández, J. Grado de conocimiento sobre higiene bucal y prevalencia de caries dental en niños con discapacidad auditiva en los distritos de Surco y Barranco. Tesis para optar título de cirujano dentista. Lima U.N.F.V. 2001.
14. Cabellos, D. Relación entre el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. Tesis para optar el título de cirujano dentista, Lima. 2006
15. Dávila, M & Daza, D. Caries dental en personas con retraso mental y síndrome de down. Rev. Salud pública. 8 (3): 207 – 213. 2006.
16. Nowak, J. Odontología para el paciente impedido. Madrid: Mundi. 1º edic. pág 41-391. 1979
17. Carranza-Newman, Periodontología Clínica, octava edición, Mcgraw – Hill Interamericana, México D.F. 2001.
18. Torres, V. L.; Garrido, G. A y Reyes, L. A. Descripción de tres rublos que influyen en la relación familiar. México. UNAM. Iztacala. 2000.
19. Walkman, G. La crisis de la familia: Una revisión teórica del problema. México. UNAM, pp. 190-212. 1980.
20. Monroy, M. A. Estudio de la crisis provocada por nacimiento de un hijo con Síndrome de Down. Proyecto de investigación para Lic. En Psicología. México. UNAM Iztacala. 1999.
21. Ortega, S. P. La naturaleza de los vínculos adulto-niño con retardo en el desarrollo, desde una aproximación interaccional. Tesis de Maestría. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM. 1994.
22. Torres, V. L. E. Patrones de Interacción en diadas con y sin riesgo ambiental. Tesis de Maestría. Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. UNAM. 1993
23. McGillicuddy - Delisi, V.A y Siegel, I. E. Effect of the atypical child on the family. In L.A Bond y J.M. Joffe (Eds). Facilitating Infant and Early Childhood Development. Press of New England, Hanover y London. 197-233. 1982
24. Fraser, B. C. Chile impairment and parent/infant communication. Child: care, Health and Development, 12, 141-150. 1986

25. Guevara, B. Y; Ortega, S. P. y Plancarte, C. P. Psicología Conductual. Avances en Educación Especial. Universidad Nacional Volumen 8, Núm. 1 2006 Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 2001.
26. Ortega, S. P. El Ejercicio de la Paternidad en varones con hijos que nacen con problemas en su desarrollo. Tesis de Doctorado. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. 2002
27. Muntaner, J. J. La sociedad ante el deficiente mental. Normalización, Integración Educativa, Inserción Social y Laboral. Madrid: Narcea. 1998.
28. Rodrigo, M. J. y Palacios, J. Familia y Desarrollo Humano. Madrid: Alianza. 1998.
29. Ingalls, R. P. Retraso Mental. La nueva perspectiva. México: El Manual Moderno. 1989.
30. Cunningham, C y Davis, H. Trabajar con los padres. Marcos de colaboración. México: Siglo XXI. 1994.
31. Jasso, G.L. El niño down: mitos y realidades. México: El Manual Moderno. 2001
32. Nuñez, B. La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Arch. argent. pediatr. 101(2), 133-142, 2003.
33. Hutt, M y Gwyn, G. Los niños con retrasos mentales. Desarrollo, Aprendizaje y Educación. México: Fondo de Cultura Económica, 1988
34. Pueshel, L. Síndrome de Down hacia un futuro mejor. Guía para padres. Barcelona: Salvat, 1991
35. Álvarez, J. Comparação do conhecimento sobre cárie dental e higiene bucal entre professores de escolas de ensino fundamental. Cienc. Odontol. Brasil jan/mar.; 7(1) 58-65, (2007)
36. Benavente, L. Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental. Odontol. San Marquina; 10 (2): 3-7, (2007)
37. Gonzales, L. Técnica de cepillado en pacientes con retardo mental leve y moderado. Tesis para obtuvo grado de cirujano dentista en la USMP, 1998

38. Navas, R. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de down. OD v.4 n.2 Maracaibo dic, 2007
39. Morales, E. Grado de información sobre higiene bucal de padres de niños aparentemente normales y padres de niños con Síndrome de Down, retardo mental y autismo en el Hospital de Niño del 2007. Tesis para obtener el título profesional de cirujano dentista U.N.F.V. 2008
40. Requena, E. Perfil de salud – enfermedad en niños especiales Síndrome de Down y Retardo mental de centros educativos especiales de Huaraz y Chancay. Tesis para obtener grado de cirujano dentista en la UNMSM, 1999
41. Torres, C. “Incidencia y prevalencia de enfermedad gingival en niños especiales. El síndrome de Down en nuestro medio” tesis bachiller Lima: UNMSM, 1976
42. Velásquez, H. (1995) Nivel de conocimiento sobre medidas preventivas de enfermedades bucales en un grupo de madres gestantes pertenecientes al IPSS Lima. Tesis para obtener grado académico en la UPCH.
43. Viteri, R. (1988) Repercusión de un método de educación para la salud oral aplicable en centros educativos primarios en zonas rurales de sierra sobre las condiciones clínicas periodontales. Lima.
44. Roberto Sampieri, Metodología de la Investigación, tercera edición, Interamericana McGraw-Hill, 2003.

Anexos

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA (UNAN-LEON)
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
C.E.E. ANGELA MORALES AVILES. SUTIAVA-LEON

Diagnóstico:.....Fecha:.....
Nombre y Apellido del niño.....
Nombre y apellido del Padre o Apoderado.....
Edad del niño:.....Edad del Padre.....
Grado de instrucción del apoderado.....
Lugar de residencia.....
Ocupación.....
Ingreso económico mensual (familiar).....

La presente ficha forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este serán utilizados para evaluar la importancia de la salud oral que brindan los padres de familia sus niños en el Centro de Educación Especial Ángela Morales Avilés, por lo que solicito su participación completando cada uno de los espacios con la respuesta correspondiente de manera veraz.

Anexo 2

Preguntas de la entrevista. Cada pregunta de conocimiento, llevarlo a la práctica.

Conocimientos:

1 ¿Sabe cuáles son las enfermedades más comunes de la boca?

Favorable:

Desfavorable:

2 ¿Qué es la caries dental? ¿Tienen? ¿Sabe si su hijo tiene?

Favorable:

Desfavorable:

3 ¿Cree usted que su hijo es más susceptible a presentar enfermedades en la cavidad oral? ¿Por qué?

Favorable:

Desfavorable:

4 ¿Qué sabe usted acerca de los dientes de leche del niño? ¿Para qué sirven?

Favorable:

Desfavorable:

5 ¿Cree usted que su hijo necesita atención odontológica? ¿Sabe si tiene algo?

Favorable:

Desfavorable:

6 ¿Cada cuanto tiempo le cambia el cepillo al niño? ¿Por qué? ¿Tipo duro, suave?

Favorable:

Desfavorable:

7 ¿Qué tipos de tratamientos dentales conoce? ¿Cuáles le han realizado a usted?
¿Y a su hijo?

Favorable:

Desfavorable:

Práctica:

1 ¿Teniendo a su hijo con discapacidad como debe ser su higiene oral?

Favorable:

Desfavorable:

2 ¿Qué cosas realiza usted para prevenir las enfermedades bucales a su hij@?

Favorable:

Desfavorable:

3 ¿Le ha enseñado a su hijo a lavarse los dientes? ¿Supervisa a su hijo al cepillarse los dientes? ¿Cuántas veces al día le lava los dientes a su hijo o cada cuanto se los lava?

Favorable:

Desfavorable:

4 ¿Visita regularmente al dentista?

Favorable:

Desfavorable:

5 ¿Cómo ha sido su experiencia al llevar al niño a un consultorio dental? ¿Lo ha llevado alguna vez?

Favorable:

Desfavorable:

6 ¿Qué técnica de cepillado utiliza o conoce? ¿Cómo se los cepilla usted?

Favorable:

Desfavorable:

7 ¿Qué hace si su hijo tiene dolor de muela? ¿Qué utiliza? ¿Se los lava más?

Favorable:

Desfavorable:

Anexo 3

Índice de CPOD de los 82 niños que fueron seleccionados en el CEE Ángela Morales Avilés

# Niños	Cariados	Perdidos	Obturados	CPOD
1	11	0	3	14
2	7	2	0	9
3	6	0	0	6
4	8	2	0	10
5	6	1	2	9
6	10	0	0	10
7	8	0	0	8
8	9	1	0	10
9	7	0	2	9
10	10	0	0	10
11	4	0	0	4
12	9	4	0	13
13	10	0	0	10
14	9	3	0	12
15	4	0	0	4
16	12	0	0	12
17	7	0	0	7
18	10	0	2	12
19	4	3	0	7
20	6	0	0	6
21	4	0	0	4
22	7	0	0	7
23	5	0	0	5
24	3	0	0	3
25	4	0	0	4
26	4	0	0	4
27	4	0	0	4
28	3	0	0	3
29	3	0	0	3
30	7	1	0	8
31	10	0	3	13
32	8	0	0	8
33	9	0	0	9
34	13	0	0	13
35	4	0	0	4
36	1	0	0	1

37	3	0	0	3
38	1	0	0	1
39	4	0	0	4
40	4	0	0	4
41	4	0	0	4
42	11	0	3	14
43	7	2	0	9
44	6	0	0	6
45	8	2	0	10
46	6	1	2	9
47	10	0	0	10
48	8	0	0	8
49	9	1	0	10
50	7	0	2	9
51	10	0	0	10
52	4	0	0	4
53	9	4	0	13
54	10	0	0	10
55	9	3	0	12
56	4	0	0	4
57	12	0	0	12
58	7	0	0	7
59	10	0	2	12
60	4	3	0	7
61	6	0	0	6
62	4	0	0	4
63	7	0	0	7
64	5	0	0	5
65	3	0	0	3
66	4	0	0	4
67	4	0	0	4
68	4	0	0	4
69	3	0	0	3
70	3	0	0	3
71	7	1	0	8
72	10	0	3	13
73	8	0	0	8
74	9	0	0	9
75	13	0	0	13
76	4	0	0	4
77	1	0	0	1

78	3	0	0	3
79	1	0	0	1
80	4	0	0	4
81	4	0	0	4
82	4	0	0	4