



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS
CON CAPACIDADES DIFERENTES RESPECTO A SU
SALUD BUCAL, EN USUARIOS DEL CENTRO DE
ATENCIÓN INTEGRAL "PIÑA PALMERA" EN
ZIPOLITE, OAXACA.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N

**FATIMA DEL CARMEN AGUILAR DÍAZ
KARINA CURIÓCA REY**

**TUTOR: MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ
ASESOR: C.D. SERGIO SÁNCHEZ GARCÍA**

*Yago
Hernández*



México, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“La discapacidad no representa ningún impedimento;
sino una gran oportunidad de crecimiento.”*

- Marco Polo López Santos -

Dedicado a

*Mi familia, mi papá, mamá,
mis hermanos Joaquín, Noé y Wendy,
mis cuñados, mi sobrino Diego
y a Erik.*

Fatima

Dedicado a:

La memoria de mi abuelo:

El Sr. Manuel Rey Sandoval. Desde donde te encuentres, sabes que esto fue dedicado a ti muy especialmente.

A mis padres:

El Sr. José Luis Curioca Soto y la Sra. Silvia Rey Murguía, por ser mi más claro ejemplo de perseverancia y esfuerzo, por proporcionarme lo necesario y por los sacrificios que me ofrecieron desinteresadamente con el único fin de ver culminados nuestros sueños.

A mi hermana:

Viridiana Curioca Rey, por su carisma y espontaneidad, por escucharme, alentarme y apoyarme. Por estar allí siempre.

Gracias familia por su apoyo para realizar uno de mi más grandes sueños... Los amo!!

A Marco Polo López Santos:

Por su gran calidad humana, fortaleza y su apoyo espiritual, pero sobre todo, por demostrar que la única discapacidad que hay en la vida, es la actitud negativa.

Karina

AGRADECIMIENTOS

Al Mtro. Javier de la Fuente Hernández, nuestros agradecimientos más sinceros por habernos guiado y brindado sus conocimientos y valiosos consejos. Gracias por su confianza, paciencia y amistad.

Al C.D Sergio Sánchez García por su valiosa colaboración en el trabajo estadístico, por su amistad, paciencia y buen humor.

Al Centro de Atención Integral "Piña Palmera" y a todas las personas que en el laboran, por abrirnos las puertas y dejarnos ser parte de su hermosa familia. Gracias por el apoyo brindado durante el tiempo en que se realizó esta investigación, en especial a Flavia Anau Levi y Araceli Rodríguez por su gran disponibilidad. También agradecemos a todos los usuarios y sus familias quienes nos permitieron conocer y comprender un poco de lo que es vivir con una discapacidad.

A los CD Cristina Sifuentes Valenzuela, Dora Liz Vera Serna y Juan Carlos Rodríguez Avilés, por sus valiosas observaciones y aportaciones a esta investigación.

Al CD Manuel Lazzeri Fernández por su amistad y el apoyo ofrecido a este proyecto.

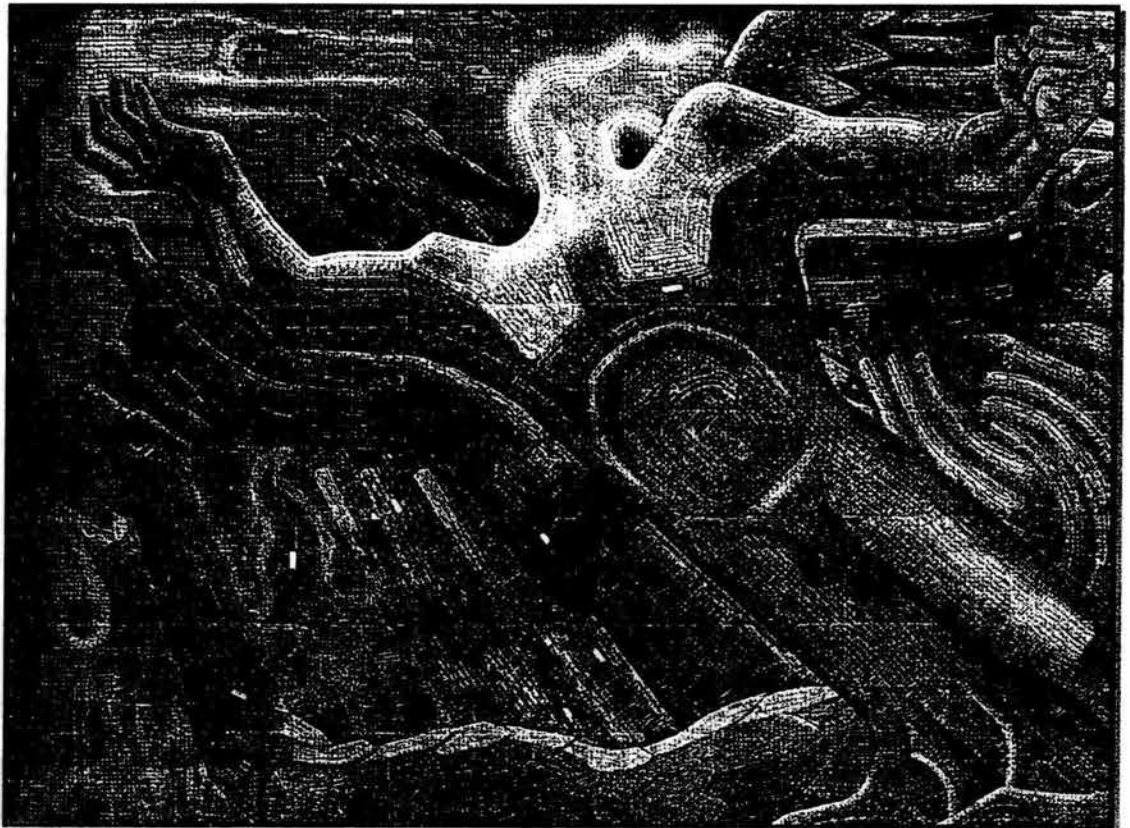
A todos aquellos compañeros, familiares y amigos que contribuyeron de alguna manera a lo largo de nuestra formación académica y en la realización de este trabajo.

A nuestra *Alma Mater* La Universidad Nacional Autónoma de México, muy especialmente a la Facultad de Odontología, sus profesores y pacientes por forjarnos académicamente y por proporcionarnos lo necesario para nuestra superación profesional.

Fatima y Karina



IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON
CAPACIDADES DIFERENTES RESPECTO A SU SALUD
BUCAL, EN USUARIOS DEL CENTRO DE ATENCIÓN
INTEGRAL "PIÑA PALMERA" EN ZIPOLITE, OAXACA.



"La superación del Hombre", autor: Francisco Eppens Helguera. El hombre originado en la tierra, elevándose sobre sus raíces tratando de alcanzar las alturas. Mural en el costado sur-oriente del edificio de la Facultad de Odontología en Ciudad Universitaria.



ÍNDICE

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	2
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 MODELO SOCIAL	4
2.1.1 Concepto de Salud - Enfermedad	4
2.1.2 Concepto de Salud Bucal	6
2.1.3 Concepto de Calidad de Vida	7
2.1.4 Concepto de Salud Bucal - Calidad de Vida	10
2.1.5 Deficiencia, Discapacidad y Desventaja	11
2.1.6 Indicadores Sociales de Salud Bucal	15
2.1.6.1 Oral Health Impact Profile (OHIP)	17
2.1.7 Pacientes con Capacidades Diferentes	19
2.1.7.1 Discapacidad Intelectual	26
a) Problemas de Aprendizaje	
b) Retraso Mental	
c) Síndrome de Down	
2.1.7.2 Discapacidad Motora	31
a) Artritis Juvenil	
b) Cuadriplejia, Hemiplejia y Paraplejia	
c) Parálisis Cerebral	
d) Poliomielitis	
2.1.7.3 Discapacidad Visual	36
a) Ceguera	
3. ANTECEDENTES	38
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	48
5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	49



6. OBJETIVOS	50
6.1 Objetivo general	
6.2 Objetivos específicos	
7. HIPÓTESIS	50
8. MATERIALES Y METODOS	51
8.1 Tipo de estudio	
8.2 Población del estudio	
8.3 Selección y tamaño de la muestra	
8.4 Criterios de inclusión y exclusión	
8.5 Definición Operacional y Escala de Medición de las Variables	
8.6 Método de recolección	
8.7 Estudio piloto	
8.8 Calibración	
8.9 Estudio principal	
8.10 Método de registro	
8.11 Análisis estadístico	
9. RESULTADOS	61
10. DISCUSIÓN	87
11. CONCLUSIONES	94
12. BIBLIOGRAFÍA	96
13. ANEXOS	101
13.1 Carta de permiso para la realización del proyecto	
13.2 Carta de consentimiento del Centro de Atención Integral "Piña Palmera"	
13.3 Cuestionario piloto	
13.4 Cuestionario final	
13.5 Calibración	



RESUMEN

Objetivo: Determinar el impacto en la calidad de vida de personas con capacidades diferentes respecto al estado de su salud bucal (CPO-D). **Materiales y Métodos:** El estudio fue realizado durante un periodo de cuatro meses, con usuarios del Centro de Atención Integral "Piña Palmera" ubicado en la comunidad de Zipolite, Oaxaca; así como en diversas comunidades rurales de alta marginación de la zona sur del estado de Oaxaca, con personas de ambos sexos, de siete años de edad en adelante con algún tipo de discapacidad intelectual, motora o visual, y con algunos de sus familiares y/o acompañantes. El instrumento utilizado para este estudio fue el Oral Health Impact Profile (OHIP) en su versión corta (14 preguntas) teniendo como principal propósito conocer el impacto en la calidad de vida. Al terminar el interrogatorio se realizó una inspección bucal a cada uno de los individuos incluidos en este estudio evaluando el índice de CPO-D. **Resultados:**

	Población	*OHIP	CPO-D	Correlación "r"
	% (n)	Media (D.E.)	Media (D.E.)	
Sin discapacidad ¹	47.9 (151)	18.70 (11.18) ²	4.91 (4.12)	0.718**
Discapacidad intelectual ²	30.5 (96)	12.68 (11.14) ¹	6.23 (4.84)	0.202*
Discapacidad motora ³	16.5 (52)	15.69 (12.63)	4.09 (2.62)	0.634**
Discapacidad visual ⁴	5.1 (16)	17.85 (18.85)	6.00 (2.64)	-0.061
Total	100 (315)	16.33 (14.07)	4.39 (5.16)	0.564**

*ANOVA p<0.05)

^{1,2,3,4} Bonferroni p<0.05

Correlación de Spearman *p<0.05, **p<0.001

Conclusiones: Se pudo demostrar que sí existe un impacto en la calidad de vida debido a problemas bucales, en personas con y sin discapacidad. Este trabajo pretende crear conciencia e impulsar el apoyo a estas personas. Asimismo, se busca sensibilizar a la comunidad odontológica de la existencia de este problema para continuar investigando respecto a este sector, con el propósito de determinar mejores tratamientos, ofrecer un trato igualitario, eliminar prejuicios y con esto mejorar la calidad de vida de estos individuos.



1. INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud se ha convertido para los profesionales de la salud y de las ciencias sociales en una promesa de encuentro a partir de la cual parece ser posible generar respuestas importantes a las muchas necesidades de mejoramiento de calidad de vida de individuos y de la comunidad. A la salud bucal se le ha dado poca importancia en las comunidades rurales, y aun más en las personas con capacidades diferentes; a pesar del impacto que tiene en el deterioro de su calidad de vida.

La sociedad en su conjunto aún no se ha sensibilizado respecto a la gente con capacidades diferentes, aquellas que por lesión adquirida (ocasionada por accidentes, enfermedades) o problemas congénitos han perdido la capacidad para realizar ciertos trabajos, movimientos u otras actividades, de modo que se ignoran sus necesidades en materia de salud o educación, pero también su potencial en lo productivo, creativo o afectivo.⁶

El manejo de los pacientes con capacidades diferentes entre la comunidad odontológica día a día ha cobrado mayor interés, principalmente en aquellos que tienen una concepción integralista de la profesión. Sin embargo, no ha sido suficiente este interés individual, ya que las instituciones y escuelas de odontología no están preparadas para el abordaje y tratamiento hacia este tipo de personas.

El actual desconocimiento sobre la discapacidad, en muchos ámbitos de la salud revela la inexistencia de antecedentes sobre el tema, más aún, en el campo de la odontología. Esta área requiere una atención interdisciplinaria, que integre la odontología, la medicina, la psicología y la educación, junto con otras ramas auxiliares de la salud.¹⁵



Las medidas de morbilidad, discapacidad y de determinantes no biológicos de la salud, como el acceso a servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales, son de necesidad creciente para analizar con objetividad la situación de salud de grupos poblacionales y para documentar la capacidad de las personas para funcionar física, emocional y socialmente. Para facilitar la cuantificación y evaluación de las diferentes dimensiones del estado de salud de una población se utilizan los indicadores de salud.⁵⁶

Generalmente, los indicadores de salud bucal deben ser confiables, aplicables, y válidos, sugiriendo que sean aceptables para investigar a los individuos (y fáciles de aplicar). Su principal valor es su manera de describir y monitorear el estado de salud bucal auto-percibida en poblaciones a estudiar.⁴⁰

En este trabajo se revisan algunos temas conceptual y teóricamente envueltos en esta área de investigación, tratando de aclarar conceptos como enfermedad, calidad de vida y bienestar, salud bucal y la relación existente entre estos, así como conocer los cambios o alteraciones que pueden presentarse en la calidad de vida cuando alguna de estas variantes se ve afectada en relación al estado de salud bucal.⁵⁶



2. MARCO TEÓRICO

2.1 MODELO SOCIAL

Los términos de salud y enfermedad son conceptos muy difíciles de definir, ya que sólo sabemos intuitivamente lo que significan, a lo que ellos se refieren, son multidimensionales, complejos y no tienen sucesos muy bien definidos. Están referidos a eventos que son predominantemente subjetivos en carácter; estos conceptos están en constantes cambios, ya que, lo que para nosotros significa salud hoy, puede ser diferente para el día de mañana y finalmente, lo que para nosotros significa salud y calidad de vida puede variar de acuerdo a contextos sociales, políticos, culturales y prácticos, los cuales pueden ser medidos de diferente manera.³⁹

Las definiciones de salud y calidad de vida necesariamente envuelven juicios personales y sociales sobre lo que es normal o lo que vale la pena y además, estos juicios son hechos con base en valores.

2.1.1. CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

El concepto de salud ha generado diversas concepciones, lo que ha logrado una gran variedad de términos que se han usado para describirlo; frecuentemente, este concepto es intercambiado, ambiguo y mal definido. Por ejemplo, salud, enfermedad, bienestar, impacto psicosocial, salud positiva, estado funcional, deficiencia funcional, salud relacionada a la calidad de vida, calidad de vida, son conceptos que no están bien definidos y son susceptibles a cambio.

Las formas tradicionales de pensar derivan del modelo médico, el cual se basa en el dualismo mente-cuerpo, en donde estos últimos son entes separados. En este modelo la salud y la enfermedad son vistas estrictamente como modelos



biológicos. La alta tecnología y los servicios médicos están orientados a restaurar y mejorar la salud de las poblaciones y del individuo; como resultado, el cuerpo es aislado de la persona y el historial médico del paciente es ignorado.³⁹

En los últimos 20 años el acercamiento tradicional ejemplificado por el modelo médico ha sido desafiado por el modelo socio-ambiental de salud. Aquí, el concepto de salud está definido no en términos de una ausencia de enfermedad sino en términos de funcionamiento óptimo y bienestar social y psicológico. Como resultado, se ha enfatizado más en términos de salud y no de enfermedad, es decir, por preocuparse más por la salud desde el saneamiento, la prevención y la promoción de la salud, y desde un punto en el cual los ambientes sociales y físicos en los que vivimos, son los principales determinantes de un estado de salud. Al mismo tiempo el paciente se ha transformado de un cuerpo a una persona, aumentando esto el significado de las experiencias e interpretaciones de salud y enfermedad.³⁹ El modelo socio-ambiental de salud proporciona la base para la teoría y práctica de la salud, modificando nuestra forma de pensar a cerca de lo que la salud constituye y las estrategias necesarias para obtenerla.³⁹

La salud puede ser definida como la experiencia subjetiva individual del bienestar funcional, social y psicológico de la persona. Este concepto se refiere a la vivencia personal en el cuerpo y las consecuencias en la vida diaria. Por esto, es un concepto sociológico y psicológico, el cual se aplica a la gente y a las poblaciones. Este concepto pertenece al prototipo socio-ambiental y concierne también al desarrollo de modos en los cuales también se toman en cuenta aspectos como percepciones, sentimientos y conductas.³⁹

La relación entre salud y enfermedad tiene suma importancia, tanto teórica como práctica. La salud y la enfermedad no son semejantes ni independientes, pero están relacionadas y aunque coinciden frecuentemente, pueden ser experimentadas por separado. Esto es, la enfermedad no necesariamente invade a la salud y poca salud puede no tener su origen en condiciones patológicas.



2.1.2 CONCEPTO DE SALUD BUCAL

Yewe Dwyer definió la salud bucal de la siguiente manera: “La salud bucal es un estado de la boca y un conjunto de estructuras asociadas en donde la enfermedad está contenida, las enfermedades futuras son inhibidas, los molares son lo suficientemente fuertes para masticar comida y los dientes son de una apariencia aceptada socialmente”. Mientras que esta definición hace referencia a lo que concierne funcional y socialmente, también hace una división entre dos paradigmas de salud, el aspecto médico y el socio-ambiental.³⁹

Una definición alternativa más sólida y actual, fue la presentada recientemente por Dolan, definiendo a la salud bucal como una dentición cómoda y funcional, la cual permite a los individuos continuar con un rol social deseado. Esta definición coloca a los roles sociales y de función como componentes clave, localizándose dentro del campo de la salud.

De acuerdo con las definiciones anteriores, la cavidad bucal como estructura anatómica, no puede ni ser saludable ni insalubre, sólo lo pueden ser los individuos.

Al hablar de salud bucal, no podemos sólo enfocarnos a la cavidad bucal, más bien debemos centrar nuestra atención en el individuo; en la forma en la que las enfermedades bucales, los desórdenes y las condiciones ya sean relacionados con la cavidad bucal o con otras condiciones médicas, se ven unidos. En este caso, las enfermedades bucales y los desórdenes no son diferentes de los generados en otras partes del cuerpo.

En la odontología ha habido una tendencia de tratar a la cavidad bucal como si ésta fuera autónoma o una estructura anatómica localizada dentro del cuerpo, pero sin estar conectada a la persona de manera significativa. Esto es, la boca se ha visto como un objeto frecuentemente apartado tanto del cuerpo como del individuo.



Se ha demostrado que las enfermedades y trastornos bucales, afectan la salud y el bienestar de las personas durante toda la vida. La carga que representan las enfermedades bucales es grande, y puede ser especialmente significativa para los grupos de población más vulnerables, como lo son las personas con capacidades diferentes. En este grupo se ha encontrado un deterioro mayor de la salud bucal, acentuada por la falta de la atención odontológica. Esto es debido a que los tratamientos se enfocan más a la rehabilitación y en menor grado a la prevención.⁴⁶

Los hábitos de vida que afectan la salud general, como el uso del tabaco, el consumo excesivo de alcohol, la deficiente higiene y la inadecuada alimentación afectan también la salud bucal. Estos hábitos individuales están relacionados con el aumento de riesgo respecto a defectos congénitos, cánceres bucales, enfermedades periodontales, caries dental y candidiasis, entre otros problemas de salud bucal.

2.1.3 CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un término frecuentemente usado en literatura médica y ciencias sociales y es un concepto que ha sido considerado como impreciso, amorfo y etéreo. El término de salud relacionado con la calidad de vida fue acuñado para darle precisión al uso indefinido del concepto de calidad de vida en el área médica.³⁹

Existen diversas formas de abordar el término de calidad de vida, esto se observa en la cantidad de definiciones y maneras distintas de operar y medir el concepto. La falta de consenso al usar esta definición y el rol fundamental de los valores para determinar la calidad de vida, nos deja una inevitable conclusión de que la calidad de vida solo puede ser conceptualizada a nivel personal.³⁹



Este concepto ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún tipo de discapacidad y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento.⁷¹

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió “salud” como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de la enfermedad, con lo cual el término evolucionó desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de la salud. Tanto la vitalidad como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias y expectativas de una persona.^{48,25} Considerando que las perspectivas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y/o discapacidades individuales afectan la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud pueden tener diferente percepción personal de la misma. En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud ni extrapolarse de un individuo a otro.⁴⁷

Una definición de calidad de vida que adopta esta posición y es consistente con la promoción de la salud, en teoría y práctica, fue recientemente desarrollada por el centro de promoción de salud en la Universidad de Toronto, en donde precisa que: “la calidad de vida tiene que ver con el grado en el que el individuo puede disfrutar de las posibilidades de vida”.

Para poder tener un concepto más claro de lo que es calidad de vida debemos comprender los conceptos de bienestar tanto físico, mental y social:

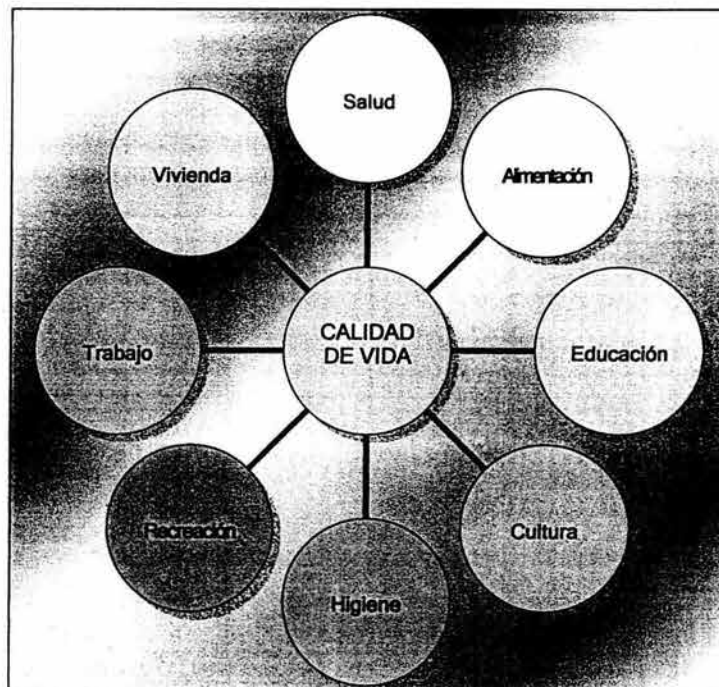
- ♦ El estado de bienestar físico se refiere a la función normal del organismo, esto es que el individuo pueda realizar normalmente funciones cotidianas, como lo son bañarse, vestirse, comer, moverse, etc.
- ♦ El bienestar mental implica que sus funciones se encuentran intactas, es decir que no exista estrés, ansiedad, miedo, etc.



- El bienestar social se refiere a la capacidad del individuo a relacionarse y participar en la sociedad, dentro de la familia, con los amigos, como ciudadano, y en el trabajo.

Puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas a los individuos.⁵⁵

La calidad de vida se verá afectada debido a diversos factores como lo son la vivienda, recreación, alimentación, educación, valores, trabajo, higiene y la salud. Ésta última incluyendo la salud general y la salud bucal.⁴⁶





2.1.4 CONCEPTO DE SALUD BUCAL-CALIDAD DE VIDA

La salud bucal está relacionada con el bienestar y la calidad de vida, los cuales se miden de acuerdo a dimensiones funcionales, psicosociales, culturales y económicas. La dieta, la alimentación, el sueño, el estado psicológico, la interacción social, la escuela y el trabajo son afectados por la mala salud bucal. El concepto de salud tiene íntima relación con el de calidad de vida y éste con el concepto de salud bucal.³⁹

Se han identificado cinco principales impactos por problemas bucales: psicológico, de percepción, de comportamiento, de salud y social. Sumados a estas categorías están una gran cantidad de pensamientos negativos, sentimientos y miedos, comportamientos de evasión y comportamientos relativos a la alimentación, a la higiene bucal, la auto medicación y a otras manifestaciones de los problemas bucales incluyendo tensión muscular, llanto y agresión. Se sabe también que los problemas dentales alteran el sueño y tienen profundos efectos sociales, afectando el trabajo y las relaciones personales.^{3, 46}

El dolor orofacial como síntoma de problemas bucales y dentales no tratados, y como una afección en sí misma, es una causa importante de disminución de la calidad de vida, al relacionarse con el insomnio, la depresión y muchos otros resultados psicosociales adversos.⁴⁶

Las enfermedades o afecciones bucales pueden provocar que el individuo tenga una percepción distorsionada de su imagen y disminución de la autoestima.³⁷ Al presentar problemas para pronunciar, el individuo elegirá disminuir su interacción con la sociedad, lo que afectará directamente con su bienestar social; problemas con la masticación, ya sea por dolor o por ausencia de los dientes, o el sabor percibido de los alimentos, provocará cambios en su elección afectando su bienestar físico, al no ser adecuada su nutrición.⁵² Asimismo, el impacto de las



afecciones bucales influye en las funciones sociales limitando la comunicación verbal y no verbal, la interacción social, y las relaciones íntimas.

Un individuo que tiene sus dientes en desarmonía, no tiene la misma seguridad al sonreír que otro con una sonrisa armónica. Una persona que tiene dolores de articulación temporo mandibular (ATM) vive en un estado de estrés infinitamente superior en comparación con un individuo que no lo presenta, sucede lo mismo para una persona con mal aliento, quien no tiene la misma seguridad de relacionarse que alguien con aliento agradable.

La determinación de la salud relacionada a la calidad de vida de un individuo es realizada contra un contexto cultural, el cual incluye valores, costumbres y tradiciones de una sociedad en particular. Como consecuencia, entre los grupos de una misma sociedad se encuentran diferencias respecto al concepto de salud y enfermedad.

2.1.5 DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y DESVENTAJA

Concepto de Deficiencia

Para la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), publicada por la OMS, y desde el punto de vista de la salud, "una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica". O bien, "es una alteración anatómica o funcional que afecta a un individuo en la actividad de sus órganos".¹⁷

La deficiencia hace referencia a las anormalidades de la estructura corporal y de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea su causa; al principio, las deficiencias representan trastornos en el ámbito del órgano.⁵¹



Características: La deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico, y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano.

Concepto de Discapacidad

"Es la consecuencia de una deficiencia, sobre las actividades físicas, intelectuales, afectivo-emocionales y sociales" o también se le puede definir como "toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano".¹⁷

La OMS define la discapacidad como "la pérdida de la capacidad funcional secundaria, con déficit en un órgano o función, y que trae como consecuencia una desventaja en el funcionamiento intelectual y en la capacidad para afrontar las demandas cotidianas del entorno social".⁵¹

Otros términos quizás más comunes como, por ejemplo, "incapacidad" o "minusválido" pueden dar a entender que las personas con discapacidades son personas "sin habilidad" o de "menor valor". En comparación, "discapacidad" quiere decir una falta de habilidad en algún ramo específico. El uso del término reconoce que todos los individuos con discapacidades tienen mucho que contribuir a nuestra sociedad.⁴⁵

La discapacidad refleja la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representa, por tanto, trastornos en el ámbito de la persona.



Las consecuencias de la discapacidad dependen de la forma y profundidad con que alteran la adaptación del individuo al medio. La discapacidad puede ser definitiva o recuperable (susceptible de mejorar en ciertos aspectos) o en fin, compensable (mediante el uso de prótesis u otros recursos).

Características: La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y comportamiento en una normal actividad rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Las discapacidades pueden surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. La discapacidad representa la objetivación de una deficiencia y, en cuanto tal, refleja alteraciones a nivel de la persona.

Concepto de Desventaja

La desventaja hace referencia a las diferencias que experimenta el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades; así pues, refleja una interacción y adaptación del individuo en su entorno. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud, la ha definido como:

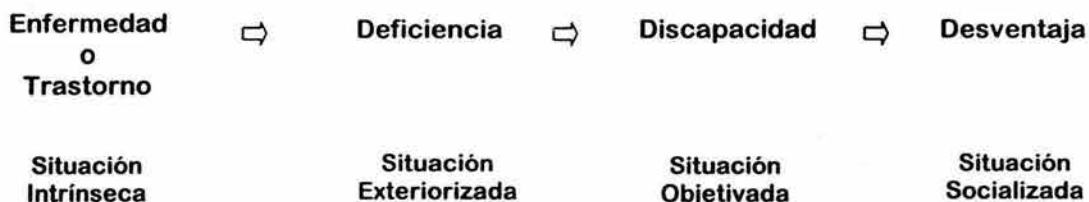
“Una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en relación a su edad, sexo y factores sociales y culturales)”.

Características: Está relacionada con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo cuando se aparta de la norma. Se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento y el status del individuo así como, las expectativas del individuo mismo o del grupo concreto al que pertenece. Representa, pues, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y en cuanto tal refleja



consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales que para el individuo se derivan de la presencia de la deficiencia y la discapacidad.¹⁷

La integración de estos conceptos quedaría reflejada gráficamente de la siguiente manera:



La utilización indistinta de estos términos se ha ido degenerando con su uso a lo largo del tiempo, produciendo cierto desconcierto. Por tal motivo, es necesario diferenciar claramente los tres procesos que se dan. La pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica y la repercusión en órgano y función, como podría ser la pérdida de un miembro, la sordera o el retraso mental (deficiencia), la que se produce en la propia persona resultado de una deficiencia, o sea toda restricción de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse o comprender (discapacidad) y la que tiene lugar en la relación de la persona con su entorno, resultado de una deficiencia o discapacidad, la cual le impide el total desarrollo de su funcionamiento normal (desventaja).⁶²

Esto pone en desventaja al individuo, en sus relaciones interpersonales y lo dificulta para integrarse a la escuela, el trabajo o a los deportes. La deficiencia y el origen de la discapacidad determinan el grado de dependencia de una persona. Esta dependencia se manifiesta en las actividades cotidianas, de alimentación, higiene, comunicación y traslado. En el área socio cultural puede haber una capacidad de adaptación disminuida y una socialización alterada y en el área



psicoafectiva, dificultad de adaptación ante una crisis, baja autoestima y elevada dependencia.⁴¹

Para los odontólogos, un paciente con capacidades diferentes es aquel que presenta signos y síntomas que lo alejan de la normalidad, sean de orden físico, mental o sensorial, así como de comportamiento y que, para su atención odontológica exige maniobras, conceptos, equipamiento y personal de ayuda especiales, con capacidad de atender las necesidades que éstos generan, escapando a los programas y rutinas estándares que se llevan a cabo para el mantenimiento de la salud buco-dental de la población. Sin embargo, en la mayoría de los casos se ha observado que los alumnos egresan con escaso o ningún conocimiento, ni destreza para proporcionar la atención necesaria a dichas personas, provocando así una negación del servicio.

Un agravante más a esta situación, es el desconocimiento de los problemas bucales de las personas con capacidades diferentes asociadas a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares, así como las del profesional creando así mayores dificultades para el acceso a los servicios de atención.

2.1.6 INDICADORES SOCIALES DE SALUD BUCAL

Las recientes discusiones sobre los índices clínicos de salud recomiendan la utilización de indicadores sociales. Estos miden la extensión de los desórdenes bucales, y la manera en que modifican las funciones de los papeles sociales, que ocasionan cambios importantes en la conducta, tales como la imposibilidad para trabajar o atender los deberes familiares.³⁴

Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud o de un factor asociado con la salud en una población específica”.⁴⁰



Los indicadores de salud bucal se basan en un modelo de enfermedad y sus consecuencias, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.³²

En términos generales, los indicadores de salud representan medidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla.

Los indicadores de salud fueron desarrollados para describir los impactos funcionales, sociales y psicológicos de los diversos desórdenes bucales y sus condiciones. Están planeados para ser usados en exámenes de salud bucal y para suplir las medidas clínicas comúnmente usadas en estos exámenes.⁴⁰

Un conjunto de indicadores de salud con atributos de calidad apropiadamente definidos y mantenidos proveen información para la elaboración de un perfil y de otros tipos de análisis para conocer la situación de salud de una población.⁹

El bienestar como indicador de calidad de vida es el estado en el que se tiene buen funcionamiento de los mecanismos físicos y psíquicos, y se encuentra muy ligado y relacionado con la calidad de vida y la salud bucal dado que cuando se tiene una buena percepción de la salud bucal, la calidad de vida y el bienestar son buenos o altos; mientras que cuando la percepción es mala, la calidad de vida se verá afectada negativamente.

De manera tradicional, los problemas bucales han sido conceptualizados en términos de indicadores clínicos del nivel de salud bucal o en mediciones de patología bucal. Recientemente, se ha prestado más atención a considerar de qué manera las enfermedades bucales afectan la calidad de vida en general, para cubrir los aspectos de función física, social y psicológica de la vida diaria.¹ Dentro



de los índices socio-dentales utilizados para medir el impacto en la calidad de vida, el más completo es el Oral Health Impact Profile.

2.1.6.1 Oral Health Impact Profile (OHIP)

El uso de medidas del estado de salud para evaluar los resultados y su impacto relacionado a la calidad de vida ha provocado que muchos investigadores se dediquen a estos estudios. Durante las pasadas décadas, un número específico de medidas bucales han sido desarrolladas.³³

El OHIP es un instrumento desarrollado con la finalidad de proporcionar una medida comprensiva de la incomodidad, la disfunción y la discapacidad atribuidas a las condiciones de salud bucal.⁶⁵

Este instrumento trata de proporcionar un valor numérico a los diferentes estados de salud. Propone que la jerarquía de los impactos puede llegar de la salud bucal; por ejemplo, la salud bucal puede conducir a la pérdida de dientes (deficiencia), esto genera dificultad al masticar (limitación funcional) y algunas veces dolor por portar alguna dentadura (incomodidad), y ocasionalmente puede conducir a una restricción en la habilidad para seleccionar que comer o evitar los alimentos favoritos (discapacidad). En casos extremos esto puede provocar que la gente no quiera comer fuera de su casa ni con sus familiares, llevándolos a un aislamiento social (desventaja).⁴⁹

El desarrollo del OHIP siguió los acercamientos que habían sido utilizados en ajustes generales de la salud para medir el impacto en bienestar funcional y social.²³ El acercamiento implicó la identificación de un modelo conceptual que definió dimensiones relevantes del impacto para adquirir una amplia gama de preguntas y asoció los pesos numéricos que se podrían combinar para obtener la frecuencia de cada impacto y situar juicios sobre la severidad del impacto.⁶³



La escala del OHIP en sí misma, es un conjunto de preguntas que fueron tomadas de entrevistas con personas acerca de como la condición de su salud bucal afecta su calidad de vida, más adelante, los resultados fueron analizados para determinar cuales eran los factores más importantes para las personas.³⁹

El modelo de la salud bucal de Locker³⁸ es utilizado para definir siete dimensiones conceptuales del impacto: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y minusvalía o desventaja. Este modelo se basa en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud⁵¹, en la cual los impactos de la enfermedad se colocan en una jerarquía que se extiende de síntomas internos, el individuo (representado en la dimensión de la limitación funcional), a síntomas externos (desventajas que afectan funciones sociales, tales como trabajo y las actividades cotidianas).

Una dificultad potencial con estas medidas es que los instrumentos contienen un gran número de preguntas, lo que limita su utilización a los clínicos. Consecuentemente, se han realizado esfuerzos para desarrollar versiones más cortas que puedan ser menos incómodas en situaciones clínicas difíciles. Mientras que éste es un beneficio, un principio psicométrico bien conocido, es que al reducir las preguntas o ítems se pueden afectar las propiedades de medición del instrumento.³³

El instrumento original consta de 49 preguntas abarcando las siete dimensiones conceptuales. Utilizando un análisis de regresión, Slade realizó una versión de 14 preguntas del original de 49 (el cual puede ser utilizado donde una versión corta es necesaria). En este instrumento las preguntas referentes a la utilización de dentadura fueron excluidas para desarrollar la versión corta del OHIP (OHIP14).³³



2.1.7 PACIENTES CON CAPACIDADES DIFERENTES

La discapacidad no es una, tiene varias modalidades y grados de severidad. Muchas discapacidades, tales como la ceguera, sordera y limitación motora, tienen diferentes tipos de secuelas. Cada una, puede llegar a ser tan severa que altera gravemente el grado de desarrollo, de los patrones normales esperados del movimiento, la coordinación del habla, de la visión u otros que además generan una apariencia física diferente. Estos trastornos físicos impiden, a veces que la persona se desempeñe con independencia.⁶⁷

Existen cuatro principales tipos de discapacidad, clasificadas según los ámbitos del ser humano al que afectan: En este estudio, nos basaremos principalmente en los tres primeros.

- ♦ Discapacidad Intelectual
- ♦ Discapacidad Motora
- ♦ Discapacidad Visual
- ♦ Discapacidad Auditiva

Para hablar de una persona con una desventaja permanente, ya sea física o mental, la sociedad usa muchos términos: inválido, minusválido, anormal, incapacitado, discapacitado, y deficiente entre otros. Casi todas estas palabras denotan desprecio; implican que la persona “excepcional” no es útil, ni capaz.

Cuando un niño tiene una combinación de discapacidades severas, decimos que tiene “discapacidades múltiples”. Por ejemplo, un niño mentalmente retrasado y sin tener control del cuerpo, puede estar ciego o sordo, y tener ataques o dificultades para deglutir, o quizás tenga alguna combinación de estas discapacidades y con el tiempo, también llegue a tener serios problemas de conducta.



La forma en que la gente trata a las personas con capacidades diferentes varía de familia a familia, de comunidad a comunidad y de país a país. Las creencias y costumbres de la gente a veces la hacen despreciar a las personas con capacidades diferentes. Por ejemplo, en algunos lugares la gente cree que los niños nacen deshabilitados o deformes porque sus padres cometieron algún pecado u ofendieron a Dios, o las personas consideran que un niño nace con un defecto porque la madre salió de su casa durante un eclipse de luna, en algunos casos, aunado a la creencia de que si corrigen el problema o alivian el sufrimiento del niño, estarán actuando contra la voluntad de Dios.⁷³

La falta de información correcta muchas veces causa malentendidos. Por ejemplo, algunas personas creen que la parálisis causada por la polio o la parálisis cerebral “se pega” (es contagiosa), y por eso no dejan que sus hijos se acerquen a una persona con estas características.

En muchas sociedades, la gente cree que las personas que tienen epilepsia o enfermedades mentales están endemoniadas o embrujadas. Por eso, les temen, los encierran o los maltratan.⁷³

A veces, la gente descuida o abandona a las personas con capacidades diferentes porque no reconoce su valor o sus capacidades. En muchos países, los padres dejan al niño con sus abuelos debido a su discapacidad.

Los sentimientos negativos de la gente suelen provenir de su miedo a lo desconocido, o a lo que les parece diferente o extraño. Por ejemplo, en lugares donde la polio es común, la gente puede aceptar sin ningún problema a un niño que cojea. Pero donde hay pocos niños con capacidades físicas diferentes (o donde estos niños están escondidos), quizás la gente maltrate o ignore a un niño que cojea.



Muchas veces, las oportunidades que la familia le da o le niega al niño dependen de la gravedad de la discapacidad. En algunos lugares de África, los niños con polio que llegan a caminar, aunque sea con aparatos ortopédicos o muletas, tienen una gran posibilidad de que su sociedad los acepte. Pero los niños que nunca llegan a caminar les ocurre lo contrario. No obstante, la mayoría podría llegar a ser muy hábil con las manos y quizá volverse auto suficiente, muchos mueren a la edad infantil, generalmente de hambre o descuido.

Las personas con discapacidad tienden a ser más pobres o a empobrecerse debido a la falta de trabajo o acceso al ingreso, así como a los servicios sociales, servicios médicos básicos y servicios de rehabilitación, lo que impacta en su economía. Frente a esto, el pobre con discapacidad, está muchas veces más expuesto a los devastadores efectos de la discriminación, exclusión, prejuicio compartido o superstición, y la negativa para participar y tener influencia en la sociedad. Es así como cerca de dos terceras partes de las personas con discapacidad, ya sea moderada o severa, viven en la pobreza. Pertenecen a la población más marginada del mundo y son agudamente afectados por escasez de agua, comida, vivienda, transportación y cuidados de salud malos o no existentes, aunado a la falta de empleo u otras fuentes de ingreso. Además, las personas con capacidades diferentes que viven en la pobreza son más propensas a ser excluidas de la información, cargos políticos, fuentes y acceso, que cualquier otro grupo de la sociedad.

Como consecuencia, millones de ellos, en particular las niñas y mujeres con discapacidad, tienen que vivir "debajo de cualquier definición razonable de "decencia humana".¹⁰

Cuando la gente es muy pobre, la discapacidad de un niño puede parecer poco importante. Cuando a una familia se le hizo preguntas sobre un hijo con discapacidad la madre contestó que lo que más le preocupaba eran las goteras del techo de su choza. Los promotores de rehabilitación del pueblo consiguieron que



los vecinos le ayudaran a construir un techo nuevo. Solo cuando el abrigo y los alimentos estuvieron asegurados, pudo la madre prestarle más atención a la discapacidad de su niño.⁷³

En muchos otros casos la familia hace casi todo por el niño, impidiéndole así que aprenda a cuidarse por sí mismo. De la misma manera, los padres no dejan que su hijo juegue con otros niños o que vaya a la escuela, aunque su discapacidad no sea severa, generalmente por el temor a que sean rechazados, porque tienen miedo de que se rían de él, o por que el niño no pueda hacer todo como los demás.⁷³

En nuestro país, a pesar de que algunas familias cuidan con mucho cariño a los niños con discapacidad, muchas veces los esconden. Es raro ver a un niño con una discapacidad obvia jugando en la calle, ayudando a sus papás en el mercado o trabajando en el campo. En parte, porque las personas con capacidades diferentes tienen pocas oportunidades de participar en la vida del pueblo, casi todo el mundo cree que no pueden y no deben hacerlo. Los niños con estas características muchas veces crecen como extraños en su propio pueblo o vecindad, no pueden trabajar, ni casarse ni tener hijos, ni moverse libremente por la comunidad para relacionarse con los demás, no porque sus discapacidades se los impidan, sino porque la sociedad misma les pone obstáculos.

Las personas con discapacidad a veces tienen dificultad para ciertas actividades consideradas por otras personas como totalmente normales, como viajar en transporte público, subir escaleras o incluso utilizar ciertos electrodomésticos.

Hasta la segunda mitad del siglo XX fue difícil que la sociedad reconociera que las personas con discapacidad (aparte de su defecto específico) tenían los mismos derechos, necesidades e intereses que el resto de la población; por ello seguía existiendo un trato discriminatorio en aspectos importantes de la vida.⁷⁴ En lo social, se sabe que las dificultades más frecuentes son discriminación, exclusión o



explotación laboral, mínimo respeto a sus derechos y escasez de servicios públicos adecuados a su condición, en tanto que sus demandas principales son tener acceso a servicios de salud, educación, capacitación, empleo, transporte que responda a sus necesidades, rampas en banquetas, comunicación de igual a igual o promoción en deporte cultura o recreación.⁶

Discriminar significa “separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra”. Una persona o un grupo son discriminados cuando se les da un trato de inferioridad por motivos religiosos, raciales, por tener alguna discapacidad o padecer alguna enfermedad, por ser extranjero, por motivos políticos, de orientación sexual, etc.¹⁷

La discriminación hacia las personas con discapacidad es un mal mundial que no distingue ni raza ni religión, el temor a lo “distinto” genera rechazo y por ende exclusión social en algunos profesionales que se ocupan de la salud. Se tiende a considerar a todo lo bueno y normal como “humano” y a lo raro o distinto como “inhumano”.¹⁵

El término "discriminación contra las personas con discapacidad" significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.¹¹

No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un estado a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de los individuos con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que dichos individuos no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación.¹¹



Hay empresarios que se resisten a dar trabajo o promocionar a las personas con discapacidad, propietarios que se niegan a alquilar sus casas y tribunales que a veces privan a las personas con discapacidad de derechos básicos como los de custodia de los hijos. En las últimas décadas esta situación ha ido mejorando gracias a cambios en la legislación, a la actitud de la población y a la lucha de ellos mismos por sus derechos como ciudadanos e individuos productivos.⁷⁴

Actualmente, alrededor del 10% de la población mundial padece algún tipo de discapacidad. Según la OMS, para el año 2000 se calculaba que casi 600 millones de jóvenes con discapacidad coexistirían en el mundo.⁵¹ Sin embargo, se calcula que en los próximos 40 años, el número de personas con discapacidad en los países desarrollados se duplicará, mientras que en los países en vías de desarrollo se multiplicará por cuatro.

Las leyes de este país, en principio, son bondadosas en términos de igualdad, bienestar y justicia. Oficialmente y en los discursos públicos y privados no existe el racismo; sin embargo, en los hechos los pacientes con capacidades distintas en México padecen la discriminación y el desprecio.

Muchos de los casi 150 millones de niñas y niños con capacidades diferentes, experimentan violaciones extremas a sus derechos humanos básicos. Estas violaciones no terminarán por la suerte o la buena voluntad, sino por el compromiso y acciones globales. No obstante, a que muy pocos países explícitamente prohíben la discriminación por motivos de discapacidad, hay pocos mecanismos para combatirla.¹² Así, la exclusión se perpetúa con los prejuicios y las actitudes culturales, donde se considera que la discapacidad es una maldición, un castigo y una calamidad. Esta lamentable situación también se prolonga por la negligencia y la falta de acción de los gobiernos.

A las personas con capacidades diferentes se les niega el derecho a la vida, frecuentemente son forzados a vivir en extrema pobreza, son

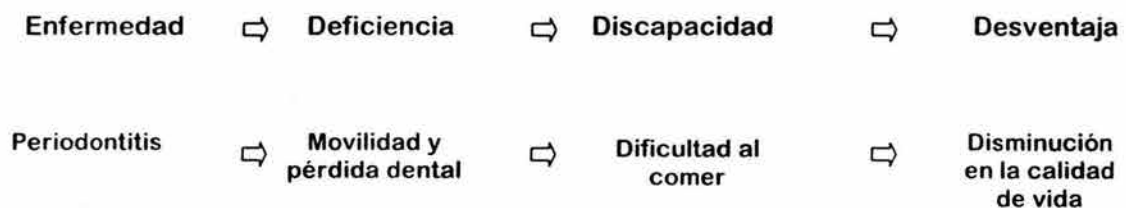


desproporcionadamente más propensos a experimentar la violencia y el abuso de quienes deberían cuidarlos y, frecuentemente, son los más excluidos de la educación, de atención para la salud y de todos los derechos para poder participar y ser incluidos en la sociedad donde viven. El deterioro físico junto con las limitaciones económicas son las dos principales situaciones que generan dependencia de otros a las personas con capacidades diferentes.⁴³

Las personas con capacidades diferentes, en el ejercicio de sus derechos, han luchado por establecer los siguientes principios: ser evaluados por sus méritos personales, no por ideas estereotipadas sobre discapacidades; conseguir que la sociedad realice cambios que les permitan participar con más facilidad en la vida empresarial y social (facilitar el acceso con sillas de ruedas al transporte público, edificios y/o espectáculos) y finalmente, integrarse con la población capacitada.⁷⁴

El movimiento a favor de los derechos de las personas con discapacidad ha encontrado una cierta oposición en grupos que consideran un costo prohibitivo realizar los cambios necesarios. Además, la ausencia de instalaciones que facilitarían la integración de las personas con discapacidad en la vida pública, es utilizada a veces por las personas capacitadas como excusa para ignorar este tema.

Para poder hablar de capacidades diferentes debemos tomar en cuenta los conceptos de discapacidad, deficiencia y desventaja los cuales no se refieren a lo mismo. Un ejemplo aplicado a la odontología es el siguiente:





Las flechas en este esquema no se deben interpretar como un “necesariamente implica”, sino como un “puede conducir a”. Este modelo puede variar sustancialmente con una visión multidireccional y con la inclusión de otros factores, como son los relativos al entorno físico y social.

2.1.7.1 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

a) Problemas de aprendizaje

Los problemas de aprendizaje son principalmente el resultado de dificultades de la visión, audición o de la coordinación motora, del retraso mental, de disturbios emocionales, o desventajas ambientales, culturales, o económicas. Estos disturbios afectan a 1 de cada 10 niños de edad escolar.⁴⁵

Los problemas de aprendizaje son un estado particular de funcionamiento que comienza en la niñez y se caracteriza por limitaciones tanto de la inteligencia como de las habilidades de adaptación. Reflejan la armonía entre las capacidades de la persona, la estructura y la expectación en su medio ambiente.⁶⁰

Algunos niños con problemas de aprendizaje son también hiperactivos, no se pueden estar quietos, se distraen con facilidad y tienen una capacidad para prestar atención muy corta.³

Los niños con problemas de aprendizaje suelen tener un nivel normal de inteligencia. Ellos tratan arduamente de seguir las instrucciones, de concentrarse y de portarse bien en la escuela y en la casa. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, tienen mucha dificultad para dominar las tareas de la escuela y se atrasan; generalmente son estudiantes aislados, que buscan superar sus limitaciones lingüísticas con comportamientos más agresivos, rebeldes y violentos.



Los bajos rendimientos escolares reflejan las limitaciones cognitivas y lingüísticas de personas con deficiencia en lectura, y la destreza en el deporte o en el arte, muchas veces revelan un sentimiento de rebeldía, que es posible perdure en la fase adulta. Los individuos con esta deficiencia son potencialmente los estudiantes que más presentan problemas de indisciplina en la escuela.

Las dificultades de lectura y la delincuencia juvenil son tipos de problemas que caminan juntos. Muchos estudiantes cometen actos antisociales, no porque sean pobres o por ser víctimas de una privación cultural, sino porque, no tienen un buen rendimiento escolar y presentan trastornos del lenguaje o dificultades para leer y escribir. En cuanto mayor grado de incultura, el niño es más propenso a la violencia, por motivos frívolos y banales.

Los estudiantes con problemas de aprendizaje y frustrados por este motivo, son tentados a faltar a clase y a frecuentar compañías poco deseables. Un estudiante que fracasa en la lectura, fracasa también a la hora de leer un problema matemático, y es un magnífico prospecto para la delincuencia.

Dentro del modelo médico los problemas de aprendizaje se definen como un desorden en uno o más de los procesos psicológicos básicos involucrados en la comprensión o uso del lenguaje, hablado o escrito, que puede manifestarse en una habilidad imperfecta para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o hacer cálculos matemáticos, incluyendo condiciones tales como problemas perceptuales, lesión cerebral, problemas mínimos en el funcionamiento del cerebro, dislexia, y afasia del desarrollo. Existe la creencia de que los problemas de aprendizaje son causados por alguna dificultad con el sistema nervioso que afecta la recepción, el procesamiento o la comunicación de la información.³



b) Retraso Mental

Una persona con discapacidad mental puede tener un nivel de afectación leve, moderado, severo o profundo. Pero, ante todo, es persona con características y personalidad única.

El retraso mental es un término que se usa cuando una persona tiene ciertas limitaciones en su funcionamiento mental y en habilidades de comunicación, del cuidado personal, y destrezas sociales. Si estas restricciones se refieren a aquellas destrezas de adaptación que están más bien relacionadas con las aplicaciones funcionales que con otras circunstancias tales como la diversidad cultural o una deficiencia sensorial.²⁷

Estas limitaciones causan que el niño aprenda y se desarrolle más lentamente que un niño típico. Los niños con retraso mental pueden tomar más tiempo para aprender a hablar, caminar y aprender las destrezas para su cuidado personal, vestirse o comer. Están propensos a tener problemas en la escuela. Ellos sí aprenderán, pero necesitarán más tiempo. Es posible que no puedan aprender algunas cosas.⁴⁵

Un niño con retraso mental puede rendir bien en la escuela, aunque es probable que necesite ayuda individualizada.

Muchas personas con retraso mental necesitan ayuda para desarrollar destrezas de adaptación, las cuales son necesarias para vivir, trabajar, y jugar en la comunidad. Los maestros en la escuela y los padres en el hogar pueden ayudar al niño para mejorar estas destrezas; especialmente las siguientes:

- ♦ La comunicación con otras personas.
- ♦ Hacer sus necesidades personales (vestirse, bañarse, ir al baño).



- ♦ Vivir en casa (ayudar a poner la mesa, limpiar la casa, o cocinar).
- ♦ Destrezas sociales (modales, conocer las reglas de la conversación, llevarse bien en grupo, jugar).
- ♦ Salud y seguridad.
- ♦ Lectura, escritura y matemática básica.

En el modelo médico el retraso mental solo se conceptualiza como "un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, existente concurrentemente con déficit en la conducta adaptativa y manifestado durante el período de desarrollo".¹⁶

c) Síndrome de Down

Los niños con Síndrome de Down (SD) son más lentos que otros en aprender a usar su cuerpo y mente. También tienen signos o problemas físicos, debido a que el bebé no se desarrolla normalmente en el vientre como consecuencia de una alteración en los cromosomas (el material en cada célula del cuerpo que determina como será el bebe).⁷³

Las personas con SD tienen expectativas de vida levemente inferiores al resto de las personas, lo cual dependerá en gran medida de sus condiciones de salud que tampoco son tan distintos. Como cualquier persona, el que tiene SD debe recibir las herramientas o atención necesarias para adquirir independencia y autosuficiencia, ya que la sobre protección tan habitual, podría adjudicarles erróneamente una condición de eterna infancia que sólo obstaculiza sus capacidades y favorece su dependencia. Está comprobado que puede adquirir importantes grados de autonomía, lo cual no sólo es positivo para él sino para su familia.



Los médicos suelen sentir inseguridad frente a estos pacientes. Esto no significa que los rechacen, pero sí que les resulta más difícil su atención. Esta actitud puede ser por varias razones.

Son pacientes que presentan algunos problemas tanto físicos como de desarrollo lo que dificulta su revisión. También puede ser que generen algún conflicto en la sala de espera, ocasionado por la falta de límites claros, lo que dificulta su permanencia en lugares cerrados.

En la mayoría de los casos, el prejuicio nos hace pensar que las personas con SD no pueden realizar ninguna actividad. Como si la discapacidad fuera su "ser", su esencia, y no una dificultad para algunas cosas (que pueden ser muchas). El "ser" no está en su discapacidad, sino en su persona.

El SD es una enfermedad irreversible, la cual no variará con el tiempo. Sin embargo, el progreso que alcanzan estas personas, supera usualmente las expectativas iniciales de los padres. El rechazo social es cada vez menos recurrente, pues estas personas de rostro sonriente han sabido ganarse un espacio en la sociedad, con el vital apoyo de sus padres, profesores y amigos, tanto en los planos familiar, educativo, recreativo, deportivo, laboral y social. Han pasado de pronto a ser dentro de la discapacidad mental, una suerte de "relacionadores públicos" dado su gran sociabilidad, transparencia, amistad y ternura.

El modelo médico describe este síndrome como una "Condición genética cromosómica que consiste en una alteración cromosómica que se centra en el par 21 del ser humano y que condiciona, tanto sus características morfológicas, como intelectuales que evoluciona en enfermedad de Alzheimer hacia la cuarta o quinta década de la vida"¹⁶



1.7.2 DISCAPACIDAD MOTORA

a) Artritis Juvenil

El modelo médico define a la artritis juvenil como una enfermedad inflamatoria crónica que ocasiona dolor e inflamación articular, al igual que daño en las articulaciones, y generalmente se presenta antes de los 16 años de edad.¹⁶

Es una enfermedad que se puede presentar a cualquier edad, con un dolor que puede ser tan intenso que puede incapacitar a una persona completamente. No obstante, es muy importante que quienes sufran esta enfermedad reciban apoyo emocional, ya que pueden estar luchando contra el aislamiento social debido a su inactividad creciente y a sus limitaciones. La mayoría de pacientes con artritis reumatoide pueden mantener un nivel de relación social aceptable.

Aunque no se conoce la cura para esta enfermedad, los objetivos del tratamiento siguen siendo que el individuo se relacione con otros de su edad normalmente, que pueda seguir asistiendo a la escuela, que su crecimiento físico e intelectual sea uniforme, y sobre todo que sus articulaciones se conserven o recuperen una función normal.

b) Cuadriplejia, Hemiplejia y Paraplejia

Las personas que padecen de discapacidad motora severa se sienten encerradas en su propio cuerpo sin la posibilidad de realizar ni siquiera las actividades más elementales. En ocasiones, para toda la vida deberán depender de la ayuda que puedan brindarles las personas que lo rodean. Generalmente, han vivido siempre bajo la discriminación por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones,



la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia a los servicios policiales, y a las actividades políticas y de administración. Sus posibilidades y oportunidades de educación, formación y empleo se ven disminuidas de manera notable viviendo bajo un creciente rechazo social.

Las personas con discapacidad física en la mayoría de los casos son personas dependientes de su familia, afectando esta situación su desarrollo personal. Esta subordinación es propiciada por la discriminación existente en contra de ellos, ya que muchas personas con discapacidad motora son capaces de valerse por sí solas, pero las oportunidades de lograr esto se ven flanqueadas, por la poca cultura de valoración y respeto que se tiene para su manejo.

El impacto personal, familiar y socioeconómico que ocasiona este tipo de lesión es muy alto. De acuerdo con estudios epidemiológicos, la población más afectada es la de jóvenes en etapa formativa o productiva, ya que la incidencia que se presenta es de 37% en accidentes de trabajo o domésticos, en deportes 20.5%, asaltos a mano armada 6.5%, y en accidentes automovilísticos representa el 36%.

El conocer algún amigo, familiar o vecino que ha sufrido un accidente y por consecuencia un aislamiento de la vida social y familiar, nos induce a buscar soluciones viables para tratar de insertar nuevamente a estas personas a la vida diaria (transporte con acceso adecuado, rampas en la vía pública, así como en los establecimientos). Esto nos da idea de la importancia que debe darse a este problema en nuestra sociedad y el costo que representa.

Se ha puesto énfasis a través del tiempo en cómo reincorporar a estas personas a una vida cotidiana normal con técnicas de rehabilitación; a partir de la cual la búsqueda de las explicaciones de sus alteraciones funcionales ha cobrado más importancia en los últimos años, así como la investigación de un tratamiento farmacológico adecuado desde las primeras horas al sufrir una lesión que



repercutirá en una pronta rehabilitación, que permita disminuir las secuelas que se presentan a corto y a largo plazo.⁷

En contraste al modelo social el modelo médico describe estos padecimientos de la siguiente manera, enfocándose únicamente a la parte fisiológica y científica

- Cuadriplejía: parálisis que afecta los cuatro miembros.
- Hemiplejía: parálisis de una mitad del cuerpo.
- Paraplejía: parálisis de las piernas y parte inferior del cuerpo.

Entendiendo por parálisis la pérdida o deterioro de la función motora en una parte a causa de la lesión en el mecanismo mental o muscular; por analogía, existe un impacto en la función sensitiva.¹⁶

c) Parálisis Cerebral

Dentro del vasto universo de la discapacidad, las personas con parálisis cerebral ocupan un lugar particular debido al desconocimiento de su naturaleza, así como a las consecuencias en términos de marginación a los que son expuestos en nuestra sociedad.⁶⁰

Las personas con parálisis cerebral sufren de una lesión irreversible no progresiva en el sistema nervioso central que afecta principalmente los centros motores del cerebro provocando un desorden en los movimientos y posturas. Esto significa que parte de su cerebro o bien no funciona correctamente o no se ha desarrollado con normalidad.

La parálisis cerebral es un síndrome cuya frecuencia en países en vías de desarrollo es más alta que en países desarrollados, en donde son mejores las



condiciones de salud y económicas. Se calcula que en México cinco de cada mil nacidos vivos presentan esta condición.²⁰

Es importante no olvidarse que una persona con parálisis cerebral es una persona que siente, que sufre, que piensa y que seguramente entiende más de lo que suponemos.

Podemos añadir que tradicionalmente se ha entendido que las personas con parálisis cerebral tienen disminuidas sus facultades cognitivas, concepción que era extendida a cualquier deficiencia tanto motriz como sensorial, de forma que se les negaba cualquier oportunidad de desarrollo personal, integración y adaptación social.

Es importante aclarar que una persona con parálisis cerebral tiene dificultades en la coordinación de sus movimientos y que no debe relacionarse necesariamente a dificultades intelectuales, pues muy frecuentemente la gente interpreta que cuando hay un problema motriz esto equivale a discapacidad intelectual. Hay una buena cantidad de personas con parálisis cerebral que a pesar de presentar serias dificultades motrices y de comunicación, tienen un mundo interior muy rico, con integridad de sus capacidades cognitivas.²⁰

Una persona con esta condición puede tener alterada su calidad de vida, lo cual dependerá de la naturaleza de su discapacidad pero de manera determinante por el entorno en el que se desarrolle, ya que el papel de la familia, institución de rehabilitación o sociedad en la que viva, determinarán el grado de marginación o bien las posibilidades de que se desarrolle plena y armónicamente de acuerdo con sus potencialidades humanas.¹²

La rehabilitación integral es el proceso por el cual la persona con discapacidad logra la mayor compensación posible de las desventajas de toda naturaleza que puede tener como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad para el



desempeño de los roles que le son propios de acuerdo a su edad, sexo y condiciones socio-culturales. Esto implica que la persona desarrolle su potencial en las esferas biológica, psicológica y social, y que la sociedad realice ajustes para reducir o eliminar las barreras que se interpongan a su integración.⁶⁰

La tendencia actual en todos los ámbitos profesionales es la del trabajo en equipos multidisciplinares, en ese sentido las personas con parálisis cerebral y en general las personas con discapacidad se han beneficiado de las ayudas técnicas, tanto asistentes como aumentativas, potenciando sus posibilidades gracias a la optimización de sus esfuerzos a través de dichas tecnologías.

En contraste con el modelo social, el modelo médico solo la define como "Trastorno no progresivo de la movilidad o de la postura que se debe a una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro, causada por una lesión en el cerebro antes, durante o poco tiempo después del nacimiento"¹⁶

d) Poliomiélitis

Millones de personas están paralizadas hoy en día como consecuencia de este virus terrible. El síndrome post-poliomiéltico es una nueva etapa en la vida de una persona que ha sobrevivido a la poliomiélitis, y que requiere apoyo que le asegure poder adaptarse en lo relacionado a la movilidad, a las destrezas de la vida diaria y a los cambios en estilo de vida.

Existen terribles repercusiones de la poliomiélitis sobre sus víctimas. Primero, la agonía, la parálisis, los músculos flácidos que nunca volverán a recuperarse. Después, el dolor físico para siempre en las piernas, los brazos y otros miembros y la espina dorsal, destruida o inútil. La frustración y el dolor que acompañan las más simples tareas cotidianas: salir de la cama, vestirse, caminar; las miradas, los comentarios y la discriminación; las dificultades para conseguir empleo, o para casarse, y muy a menudo, el rechazo de los demás hacia estos individuos, ocultos



en sus casas, apilados en instituciones, abandonados en la calle, donde sólo pueden pedir limosna.

La poliomielitis en el modelo médico se describe únicamente como: "Enfermedad viral altamente contagiosa que afecta principalmente a los niños y que produce discapacidad por parálisis".¹⁶

2.1.7.3 DISCAPACIDAD VISUAL

a) Ceguera

De acuerdo con la OMS, existen 28 millones de persona ciegas en el mundo; esto implica que la ceguera ha sido identificada como un problemas de salud pública, muchas veces prevenible; las dos terceras partes de ellos viven en países en vías de desarrollo.⁵¹

Las estadísticas en nuestro país, reportan una incidencia de ceguera de 3 por 100 habitantes en la población general, siendo poco precisa la etiología de la misma.

En México, los principales problemas de salud pública son infecciones, siendo algunos de estos causa de ceguera y debilidad visual.⁴

Una persona ciega puede hacerlo prácticamente todo, solo en ocasiones requiere asistencia que cubra su necesidad, pero siempre a su requerimiento o preguntándole si desea ayuda. La seguridad y la capacidad para vestirse, comer y desempeñarse en forma independiente son de suma importancia para una persona con ceguera.

Existen muchas entidades de servicios disponibles que ofrecen capacitación en casa, al igual que servicios de apoyo que ayudan a que las personas se desempeñen de manera independiente.⁵⁷



En el modelo médico la ceguera se conceptualiza como “Falta o pérdida de la vista; falta de percepción de estímulos visuales”.¹⁶ Según la Organización Mundial de la Salud, la ceguera es aquella visión menor de 20/400 o 0.05, considerando siempre el mejor ojo y con la mejor corrección. Se considera que existe ceguera legal cuando la visión es menor de 20/200 o 0.1 en el mejor ojo y con la mejor corrección.⁵⁰



3. ANTECEDENTES

En el presente capítulo se hacen consideraciones generales sobre los estudios poblacionales de las personas con discapacidad, los problemas que plantean los términos utilizados en su denominación y la diversidad de técnicas estadísticas manejadas en el acopio de datos, las variables descritas, las clases construidas para su agrupamiento y los tipos de comunidades estudiadas.

La importancia de la buena salud bucal de los pacientes con capacidades diferentes, ya sean físicas o psicológicas, ha motivado a realizar varias investigaciones, demandando la participación de los miembros de las respectivas familias, los educadores y los profesionales de la salud especializados, situando a estos últimos a la cabeza del grupo.

Mientras que las primeras medidas de discapacidad se enfocaban a sólo una línea de actividades (habitualmente movilidad, movimiento del cuerpo, cuidado personal, entre otras), han ido evolucionando hasta tener un acercamiento con el bienestar físico, psicológico y emocional.³⁴

El estado de salud se ha conceptualizado como un componente de la totalidad de la calidad de vida y se asocia con una variedad de indicadores de salud general. Las evaluaciones del individuo sobre la salud bucal parecen estar asociadas a las evaluaciones del dentista sobre el estado bucal. Existe cierta evidencia de una asociación entre la auto evaluación de la salud bucal y los indicadores del estado bucal.²¹

En otros países se han llevado a cabo estudios para la medición del impacto bucal en la calidad de vida. Uno de ellos es el D.I.D.L. (Dental Impact Of Daily Living), que mide cinco dimensiones: comodidad, apariencia, dolor, desempeño y restricción alimenticia (Confort, Appereance, Pain, Performance and Eating Restriction C.A.P.P.E.R). Sin embargo, desde el punto de vista social y de la



calidad de vida relacionada con la salud bucal, sólo se obtienen datos sobre episodios agudos de dolor bucal, mal oclusión y anomalías dentofaciales, sin tener un alcance de los problemas bucales cotidianos y su impacto.²²

Reisine identificó un número limitado de estudios en la literatura odontológica que se asocian al impacto bucal. Dichos estudios han utilizado indicadores de comportamiento e incluyen análisis de días de incapacidad, trabajo perdido, dolor y cuidado dental requerido. Sin embargo, estos indicadores por lo común, sólo reflejan condiciones de severidad pero no de cronicidad, abarcando sólo poblaciones específicas o expectativas más que experiencias.⁵⁸

Un estudio realizado para identificar la accesibilidad a los consultorios por parte de personas con capacidades diferentes en Inglaterra, demostró que solo un 25% de las personas encuestadas se encuentran preparadas y equipadas para la atención de estos individuos. Además los dentistas identifican que existen muchas barreras físicas, y se necesita mucha disponibilidad de tiempo para la atención de estas personas. No obstante, más de un 90% reportaron tener la disposición para tratar a personas con alguna discapacidad. Aunque la mayoría de los dentistas tenían la disposición para atender a estos pacientes, pocos eran los que tenían la capacidad adecuada, para recibir a pacientes con capacidades diferentes.²

Muchos estudios han demostrado que hay más niños con capacidades diferentes que niñas.⁶¹ Se dice a veces que esto es porque los varones están más expuestos a los peligros físicos debido a factores “genéticos” relacionados con el sexo. Pero puede ser que haya razones más injustas:

- Más niños con capacidades distintas que niñas son llevados a centros médicos, donde se registran estas capacidades.
- En algunos países, la gente cuida mejor a los niños con capacidades diferentes que a las niñas, por eso, más de las niñas mueren.



En breve, los niños con capacidades diferentes a veces reciben mejor cuidado que las niñas. Esto, claro, no es sorprendente: ya que en la mayoría de los países los niños sin discapacidades también reciben mejor tratamiento, más alimento y más oportunidades que las niñas con las mismas características.⁷³

En el caso de los pacientes con discapacidad intelectual, presentan, entre otras patologías, una gran prevalencia de enfermedad periodontal (92%) así como, una incidencia de caries similar a la de la población normal pero de mucha mayor gravedad favorecida por la dieta blanda y el no ser tratada a tiempo en muchos de los casos. Respecto a los pacientes con discapacidad motora, el factor principal relacionado con la adaptación a las deficiencias físicas que padecen, pueden ocasionar grandes diferencias de unos a otros en cuanto al estado de salud bucal.⁵³

En un estudio realizado en Francia con 192 niños con SD se encontró que frecuentemente presentan problemas para acceder a la atención de salud bucal. En este estudio se confirmó que esta población presenta mayor frecuencia e intensidad de daño respecto a las personas que no padecen este síndrome, por lo cual son personas que demandan mayores cuidados bucales.²

En otro estudio comparativo realizado en niños con SD y otro grupo de niños con retraso mental, se encontró que los niños con SD presentan menos problemas de caries respecto a los niños que padece retraso mental.⁶¹ Tal situación que seguramente se deriva del la falta de compromiso de los padres para con los niños.

Se espera que durante la siguiente década el número de personas con SD en menor proporción sean mantenidos viviendo dentro de instituciones especiales. Con lo que se prevee que el paciente con este padecimiento incremente su demanda en los consultorios de profesionales de práctica general.⁵⁹



En una muestra de 38 pacientes adultos con Síndrome de Down, observados durante un año en un Hospital de Copenhague, Dinamarca, (23 hombres = 60.5% y 15 mujeres = 39.5%), con un promedio etario de 45.7 años, se encontraron varias enfermedades y discapacidades.

De estos pacientes, 24 recibieron tratamientos dentales durante el periodo de observación. Los pacientes que vivían en una institución con servicio odontológico no acudieron a consulta con mayor frecuencia que los que usaban dentistas privados.²⁴

En una investigación realizada durante ocho años y medio en Suecia en el año 2000 con un grupo de personas mentalmente retardadas de 21 a 40 años de edad, se analizó la prevalencia de caries, número de dientes remanentes, incidencia de pérdida dentaria y pérdida de hueso interproximal, identificando que los pacientes con SD perdieron más hueso interproximal, así como las siguientes alteraciones o características de acuerdo al padecimiento:

- ♦ La incidencia de caries disminuyó.
- ♦ Los problemas periodontales fueron la causa principal de pérdida de dientes.
- ♦ Los pacientes con retraso mental hospitalizados perdieron 3.72 dientes durante un periodo de observación de diez años en que se efectuó este control.
- ♦ Las personas que cooperaron bien con su tratamiento dental y aquellas que usaron neurolépticos perdieron menos dientes durante estos diez años comparados con otros pacientes con retraso mental.²¹

Gabre, Martinsson y Gahnberg realizaron un trabajo longitudinal en la Clínica Dental del Hospital Samariterhemmet de Uppsala (Suecia) durante 8.5 años para evaluar la salud bucal de 124 personas con discapacidad intelectual de entre los 21 y 40 años, realizando visitas cada 3 meses para proveerlos de cuidados



preventivos, examinación y una evaluación, en este estudio, se analizaron los siguientes factores: incidencia y prevalencia de caries, pérdida de dientes y de hueso interproximal, a partir del examen clínico y apoyo radiográfico, obteniendo los siguientes datos:

- ♦ La incidencia de caries fue baja: 0.51 nuevas lesiones por año.
- ♦ Las personas con retraso mental mostraron más caries que otros sujetos.
- ♦ Durante el periodo del estudio las personas perdieron un promedio de 1.82 dientes por problemas periodontales principalmente.
- ♦ Los sujetos que cooperaron poco con sus tratamientos dentales fueron quienes perdieron la mayoría de dientes.
- ♦ El promedio anual de pérdida de hueso interproximal en todas las personas con discapacidad fue de 0.03 mm.
- ♦ Los sujetos con SD perdieron más huesos interproximal comparados con las personas con retraso mental.
- ♦ La mayoría de las personas con discapacidad intelectual mostraron una salud bucal satisfactoria.
- ♦ Los sujetos con poca habilidad para cooperar con los tratamientos dentales y los sujetos con SD mostraron un riesgo mayor de deterioro en su salud bucal.²⁰

En un trabajo realizado por Ulseth JO, Hestner A, Stovner LJ, Storhaug K., se hizo una investigación en 30 personas con Síndrome de Down comparándolas con otro grupo control cuidadosamente seleccionado con retraso mental de iguales características. Se observó un incremento en la frecuencia de cuadros de periodontitis, pero el índice de caries no difería demostrativamente entre ambos grupos. La prevalencia de caries parecía ser menor en los pacientes con retraso mental que en la población general. La falta de dientes (edentulismo) era más frecuente en el grupo de Síndrome de Down.⁷⁰



Vittek et al., encontraron en un estudio de 158 personas con problemas de retraso mental de 6 a 87 años de edad, que las anomalías de oclusión eran bastante altas comparadas con la población general. Mordidas abiertas y prognatismos mandibulares fueron encontrados en los pacientes con retraso. Las maloclusiones clase II de Angle (distoclusión con distoposición mandibular) fue encontrada en personas con parálisis cerebral y un incremento en las maloclusiones Clase III de Angle (prognatismos mandibulares) en personas con Síndrome de Down. Asimismo, se identificó que un 74% de las personas con retraso mental encontraron maloclusiones definidas en comparación con un 37% de la población general de los Estados Unidos.⁷²

En el XX Coloquio de La Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México se dio a conocer el trabajo "La percepción bucal en un grupo de adultos en plenitud", en el cual participaron 80 adultos en plenitud, y se aplicaron dos instrumentos para valorar el bienestar subjetivo y la percepción de la salud bucal. En este estudio encontraron que la mayor parte considera que sus dientes o dentadura tienen efecto en su funcionalidad, al comer, hablar, morder o masticar, al elegir sus alimentos, en su salud general, y en su apariencia facial; en sonreír, su felicidad, en su vida social, en su atractivo físico, en sus actividades laborales, al saborear la comida, en su apetito, en su aliento y en el humor, pero no en sus relaciones románticas o al besar.³⁰

La Universidad Nacional Autónoma de México expuso un estudio en "el XXI Coloquio de Investigación" acerca de la calidad de vida de 115 personas entre 60 y 69 años, encontrando que las personas que viven en instituciones tienen una percepción del bienestar subjetivo menor, en relación con las que viven con familiares. Identificando también que las personas de edad avanzada tienen una percepción de su salud bucal como mala o muy mala. Casi el 70% presentó buena o muy buena percepción de la calidad de vida. Se encontró una asociación positiva entre la percepción de salud bucal y la calidad de vida. El bienestar subjetivo está muy ligado y relacionado con la calidad de vida y la salud bucal dado que cuando



se tiene buena percepción de la salud bucal, la calidad de vida y el bienestar son buenos o altos; mientras que cuando la percepción es mala de uno o de otro, los demás se verán afectados.⁷⁶

Numerosos estudios socio dentales, están hechos abarcando las consideraciones psicosociales del impacto de las enfermedades bucales. Sin embargo, sólo algunas de las mediciones subjetivas han sido consideradas como mediciones que conforman un indicador socio-dental, por ejemplo: Evaluaciones de Salud Geriátrica Bucal (Geriatric Oral Health Assessment G.O.H.A.I.)³⁰ El Perfil del Impacto de la Salud Bucal (Oral Health Impact Profile O.H.I.P.) y Los Impactos Bucleles en la Vida Diaria (Dental Impact of Daily Living D.I.D.L.)³¹

Un gran número de estudios están comenzando a demostrar que los desórdenes bucales pueden tener un impacto significativo en el bienestar funcional, social y psicológico de cualquier persona. El (OHIP) fue desarrollado para recoger la información sobre la naturaleza y el grado de este impacto, y para facilitar el uso de tales datos en encuestas sobre salud bucal. La medida ha demostrado ser confiable y válida, los resultados que se recogieron con esta medida indicaron que las condiciones bucales tienen un impacto negativo en la vida diaria particularmente entre los individuos dentados y desdentados.³⁶

Se realizó un estudio que examina las mediciones metodológicas que se presentan en el gravamen longitudinal del cambio en la calidad de la vida relativa a la salud bucal (OHRQOL). Se llevó a cabo con 498 personas de 60 años o más en Australia del Sur. La calidad de la vida relacionada con la salud bucal fue medida usando el Perfil Bucal del Impacto de la Salud (OHIP). El 31.7% de las personas experimentaron una cierta mejora y 32.7% presentó un cierto deterioro en OHRQOL. Los tres grupos de riesgo elevado tenían aproximadamente dos veces el índice de la deterioración en OHRQOL comparado con los grupos de poco riesgo.⁶⁶



Asimismo, se efectuó una investigación con el propósito de desarrollar y probar el (OHIP). En donde se contó con 49 declaraciones únicas que describían las consecuencias de desórdenes bucales. Estas fueron derivadas inicialmente a partir de 535 respuestas obtenidas en entrevistas con 64 pacientes dentales. La importancia relativa de los resultados dentro de cada una de las siete escalas conceptuales fue determinada por 328 personas usando el método de Thurstone de comparaciones apareadas. La confiabilidad del instrumento fue evaluada en una cohorte de 122 personas de 60 años y más. La validez fue examinada usando datos longitudinales a partir de los 60 años y la cohorte del excedente donde la capacidad del OHIP observó asociaciones con la necesidad percibida de una visita dental.⁶³

En Canadá, se realizó un estudio sobre indicadores del estado de salud bucal, el cual fue desarrollado para describir los resultados funcionales, sociales y psicológicos de los diversos desórdenes bucales planeados para ser usados en exámenes bucales de adultos mayores. Dicho estudio comprende cuatro pruebas y una escala desarrollada en poblaciones de adultos mayores. El indicador consiste en una prueba de capacidad para masticar y se deriva de un estudio anterior presentado por Leake, el cual consistió en una prueba de dolor bucal y facial, un estudio de síntomas bucales previamente usado por Locker y Grushka y un último basado en preguntas con una escala de impacto psicosocial. El objetivo de este estudio fue medir el efecto de condiciones bucales en la elección de la alimentación y relaciones sociales.⁴⁰

El dolor y la molestia son consecuencias comunes de los desórdenes bucales y tienen un impacto significativo e inmediato en la calidad de vida.³⁴ El dolor y la limitación funcional pueden desencadenar una discapacidad provocando consecuencias sociales y psicológicas. Usando la educación como un indicador socioeconómico, se compararon los impactos subjetivos de las condiciones bucales del nivel de salud entre obreros y profesionistas, lo que encontraron fue una baja prevalencia de problemas de comunicación como resultado de



condiciones bucales en los profesionistas.¹⁵ También se ha reportado que los individuos con nivel educativo menor son más susceptibles a presentar impactos; un bajo nivel salarial está asociado a mayor impacto, de igual manera se presenta una mayor calificación del G.O.H.A.I. en personas de raza blanca.⁵

Las condiciones bucales variables como el dolor, los problemas para hablar, la habilidad para masticar, la percepción del sabor y la apariencia son generalmente detalladas por diversos indicadores. En odontología, algunos instrumentos que cubren el aspecto de la calidad de vida fueron planteados y comparados con el estado clínico bucal. La conclusión fue, que aún cuando hay una asociación entre la calidad de vida y el estado clínico bucal, sólo en algunos fue significativa. En otro estudio se encontró que las personas que reportaron problemas para comer tenían un índice CPO alto y menos cantidad de dientes funcionales que aquellos que no tenían problemas para comer.⁴²

El dolor en la cavidad bucal y el malestar fueron asociados con un mayor número de dientes cariados. Las limitaciones de comunicación estuvieron asociadas con la cantidad de dientes cariados y funcionales. El descontento con la apariencia dental estuvo asociada con uno o más dientes cariados o uno o más dientes perdidos, así como menos piezas funcionales. Algunos investigadores sugieren que los dientes cariados, perdidos y obturados (CPO) no son significativos como factores para definir el nivel de función dental (Dental Funcional Status). No obstante, en otros estudios realizados anteriormente se encontró una correlación importante entre los componentes separados del C.P.O., con los indicadores de la calidad de vida.²¹

Locker, utilizó un análisis de regresión con el cual identificó al bajo salario como un valor significativo para el impacto psicosocial. Asimismo, encontró diferencias significativas en los impactos reportados tomando en cuenta el sexo, en donde más mujeres experimentaron problemas de comunicación. Un estudio realizado por Locker, con esta misma intención reportó niveles más altos de preocupación o estrés, dolor y otros síntomas.³⁵



La salud bucal ha sido establecida como independiente de la salud general y aún es considerada como un aspecto separado de otras enfermedades o condiciones crónicas.³⁷ Sin embargo, existe una correlación significativa entre la salud general y la función bucal. Tickle et al encontraron que el índice de salud bucal estaba asociado con un índice de salud general y de bienestar, en donde las personas con menor nivel educativo, con sueldo bajo o con pobre nivel de salud general, tienden a sufrir un mayor impacto de los desordenes bucales. Por lo tanto, en una comparación entre comunidades ricas y pobres se espera una mayor prevalencia y severidad de impactos de salud bucal en aquellos que viven en comunidades marginadas.⁶⁸

Las condiciones bucales como dientes faltantes, mal oclusión o caries severa, se asocian con el sentimiento de vergüenza o pena, ansiedad o depresión. El dolor facial y bucal provocado por prótesis, desórdenes de la articulación temporomandibular e infecciones bucales, afecta directamente la interacción social y el comportamiento diario.³¹

Los investigadores que estudian los efectos del atractivo en las relaciones sociales de los niños y adultos, dicen que existe evidencia de una forma más sutil de discriminación. La apariencia de la cara y boca influencia los juicios acerca del atractivo facial, jugando un papel importante en el desarrollo de metas sociales y ocupacionales.³⁴



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas con capacidades diferentes siempre han sido objeto de discriminación en varios ámbitos, como en el sector laboral, en educación, así como en las relaciones personales, y en la accesibilidad a la atención de la salud tanto general como bucal. En especial las personas con alguna discapacidad de nivel socio económico bajo.

De acuerdo a datos de la OMS, dos terceras partes de la población con discapacidad no recibe atención buco-dental alguna, y aunque los porcentajes estimados de los individuos varía de una comunidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación buco-dental.



5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La salud bucal tiene un impacto en la calidad de vida de todo ser humano, es mucho más fácil identificarlo en personas que expresan su sentir con la coordinación de sus facultades a plenitud, es por esto que existen avances en el estudio de impactos en la calidad de vida en estas personas; sin embargo, esto no quiere decir que las personas con capacidades diferentes no sufran variación en su calidad por problemas en el estado de su salud bucal.

Se calcula que el número de personas con capacidades diferentes en todo el mundo asciende a 600 millones, la mayoría reside en países en vías de desarrollo y el 82% de la población total en esta condición vive en la pobreza.⁵

Los informes demográficos de discapacidad en el ámbito nacional se estiman entre 7 % y 10% de la población total, esto significa que alrededor de 7 a 10 millones de mexicanos, cursan alguna etapa del proceso de discapacidad⁶⁰. De los cuales el 53% tienen discapacidad motora, el 20% discapacidad intelectual, el 18% discapacidad auditiva y el 9% discapacidad visual. En el Estado de Oaxaca la cifra total, según el INEGI, asciende a 65,969²⁹, estas personas han sido prácticamente olvidadas en cuanto a sus necesidades de atención bucal.

Con el presente estudio se busca determinar el impacto en la calidad de vida que las personas con capacidades diferentes, presentan de acuerdo al estado de su salud bucal.



6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

- ♦ Determinar el impacto en la calidad de vida de personas con capacidades diferentes y sus familiares respecto al estado de su salud bucal (CPO-D)

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ♦ Determinar y comparar el impacto en la calidad de vida de las personas con capacidades diferentes (intelectual, motora o visual) de acuerdo a su estado de salud bucal.
- ♦ Determinar el impacto en la calidad de vida de las personas con capacidades diferentes con respecto a su edad y género.
- ♦ Conocer la diferencia existente del índice CPO-D y sus componentes entre las personas con capacidades diferentes y sus familiares
- ♦ Determinar la diferencia existente del impacto de la calidad de vida entre personas con capacidades diferentes y sus familiares

7. HIPOTESIS

- ♦ Ha: Los problemas bucales tienen un impacto en la calidad de vida de las personas con capacidades diferentes.
- ♦ Ho: Los problemas bucales no tienen un impacto en la calidad de vida de las personas con capacidades diferentes.



8. MATERIAL Y METODOS

8.1 TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a los objetivos antes planteados se realizó un estudio observacional de corte transversal comparativo.

8.2 POBLACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se realizó en el Estado de Oaxaca, en la comunidad de Zipolite, tomando como lugar principal el Centro de Atención Integral "Piña Palmera" y poblaciones aledañas de alta marginación: Zipolite, San Pedro Pochutla, Sto. Domingo de Morelos, Santos Reyes Nopala, Puerto Escondido, San Gabriel Mixtepec, Candelaria Loxicha, San Miguel Lachao, y Las Cuevas

8.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La selección de los individuos con capacidades diferentes y sus familiares se realizó por método de conveniencia (No probabilístico), el tamaño la muestra total fue de 315 individuos, de los cuales 164 presentaron algún tipo de discapacidad (intelectual, motora y visual) y 151 familiares, los cuales se completaron secuencialmente hasta obtener o agotar el número de individuos con capacidades diferentes y familiares en la comunidad.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Tener siete años cumplidos o mas.
- Personas que deseen participar en el estudio.



- ♦ Ser residente o usuario externo del Centro de Atención Integral "Piña-Palmera".
- ♦ Personas con discapacidad.
- ♦ Familiares sin discapacidad aparente.

Criterios de exclusión

- ♦ Personas que no desearon participar en el estudio.
- ♦ Tener menos de siete años de edad
- ♦ Personas con discapacidad severa o combinada que no puedan responder.

8.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Edad: Se entenderá como el número de años vividos desde el momento de nacer a la fecha de la entrevista. Número de años cumplidos a la fecha.

Género: Condición orgánica que diferencia a la mujer del hombre. El entrevistador determinara a través de su criterio el sexo al que pertenece la persona y no se realizará a partir de su nombre: (0) Hombre, (1) Mujer.

Residencia: Lugar de domicilio de la persona, dentro ó fuera de Centro de Atención Integral "Piña Palmera": (0) interno, (1) externo.

Padecimiento: Comprende el tipo de discapacidad o ausencia de la misma, que refiera el discapacitado o familiar al momento de la entrevista, en caso de que desconozcan el padecimiento, se tomará como referencia la historia clínica de la persona en el Centro de Atención Integral "Piña Palmera": (0) sano, (1) parálisis cerebral, (2) problemas de aprendizaje, (3) retardo mental, (4) síndrome de Down,



(5) artritis juvenil, (6) cuadriplejia, (7) hemiplejia, (8) paraplejia, (9) poliomielitis, (10) ceguera.

Familiar: Se considerará como familiar a la persona que comparta lazos consanguíneos con la persona con discapacidad distinta o en su caso las personas que vivan en la misma casa: (0) hermano, (1) primo, (2) madre, (3) padre, (4) otro.

Índice de dientes cariaados, perdidos y obturados (CPO-D): El índice CPO-D mide la experiencia pasada y presente de caries en una persona. Es la sumatoria de los dientes cariaados perdidos y obturados.

El componente C (cariado) incluye todos los dientes cuya clave es 1 o 2. El componente P (perdido) abarca los de clave 4 en los sujetos de menores 30 años, y los de clave 4 o 5 en los sujetos de 30 años o más, es decir, los dientes perdidos por caries u otro motivo. En el componente O (obturado) solo se incluyen los dientes de clave 3. El CPO-D se calcula respecto a 32, esto es, el número total de dientes permanentes, incluidos los terceros molares. Los dientes de clave 6 (obturación de fisura) ó 7 (soporte de puente, corona especial o funda/implante) no se incluyen en los cálculos de CPO-D.

Los criterios utilizados para evaluar el estado de salud dental son los propuestos por la Organización Mundial de la Salud.⁴⁴

0 (A) Corona Sana: Una corona se registra como sana si no muestra signos de caries clínica tratada o sin tratar. Se excluyen las fases de la caries que preceden a la formación de cavidades, así como otros trastornos análogos a las fases iniciales de la caries, porque no se pueden diagnosticar de modo fiable. Así, una corona que presenta los siguientes defectos, en ausencia de otros criterios positivos, debe codificarse como sana:

- ♦ Manchas blancas.



- ♦ Manchas decoloradas o ásperas, que no resultan blandas al tacto con una sonda IPC metálica.
- ♦ Hoyos o fisuras teñidos en el esmalte, que no presentan signos visuales de alteración del esmalte, ni ablandamiento del suelo o paredes, detectable con una sonda IPC.
- ♦ Zonas oscuras, brillantes, duras o punteadas en el esmalte de un diente que presenta signos de fluorosis moderada a intensa.
- ♦ Lesiones que, basándose en su distribución, sus antecedentes o el examen visual/táctil, parecen deberse a la abrasión.

1 (B) Corona cariada: Se registra la presencia de caries cuando una lesión presente en un hoyo o fisura, o en una superficie dental suave, tiene una cavidad inconfundible, un esmalte socavado o un suelo o pared apreciable ablandada. También debe incluirse en esta categoría un diente con una obturación temporal o un diente que está obturado provisionalmente pero también cariado (clave 6 (F)). En los casos en los que la corona ha sido destruida por la caries y sólo queda la raíz, se clasifica sólo como caries de la corona. Puede utilizarse la sonda IPC para confirmar los signos visuales de caries en superficies oclusal, bucal y lingual. En caso de duda, la caries no debe registrarse como presente.

2 (C) Corona obturada, con caries. Se considera que una corona está obturada con caries cuando tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas que estén cariadas. No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria.

3 (D) Corona obturada, sin caries. Se considera que una corona está obturada, sin caries, cuando se hallan una o más restauraciones permanentes y no existe ninguna caries en la corona, comprobando esto con la sonda. Se incluye en esta categoría un diente con una corona colocada debido a una caries anterior.



4 (E) Diente perdido, como resultado de caries. Se utiliza esta clave para los dientes permanentes o primarios que han sido extraídos debido a la presencia de caries, incluyendo el registro en el estado de la corona. Para los dientes primarios perdidos, este grado debe emplearse sólo si el sujeto presenta una edad en la que la exfoliación normal no sería explicación suficiente de ausencia.⁵⁰

8.6 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Perfil del Impacto de la Salud Bucal (OHIP): El Oral Health Impact Profile (OHIP) es un instrumento desarrollado para medir la incomodidad, disfunción y discapacidad que son atribuidas a las condiciones de salud bucal. Se consideraron tres dimensiones: social, psicológica y física para evaluar la calidad de vida. Se aplicó un cuestionario de 14 preguntas, el cual es una versión corta del cuestionario original OHIP (Oral Health Impact Profile) que consta de 49 preguntas, realizado por Gary Slade.⁵⁵ Cada ítem cuenta con cinco respuestas: (0) Nunca, (1) Casi nunca, (2) Ocasionalmente, (3) Frecuentemente, (4) Muy frecuentemente. Se suma el total de respuestas obtenidas de las 14 preguntas, que tiene un rango posible de 0 a 56 puntos.⁵⁵ La respuesta "no se" y las entradas en blanco o sin responder, se decodificaron posteriormente con el valor medio de todas las respuestas válidas a la pregunta correspondiente. Sin embargo, si más de nueve respuestas se dejan en blanco o marcado "no se", se desecha el cuestionario.

Se eligió la versión corta debido al tipo de personas que van a ser incluidas en este estudio. Este instrumento fue diseñado para medir la calidad de vida de cualquier persona respecto al estado de su salud bucal.²⁹ Básicamente se aplicó de manera directa, en personas con capacidades diferentes y sus familiares. Los datos son estrictamente confidenciales.

Las preguntas de este cuestionario son referentes al estado actual de la salud bucal, tratando de recolectar datos y así identificar la presencia de dolor, molestias,



incomodidad o inconformidad en cuanto a la apariencia de su boca. Después de la entrevista se les realizó un examen bucal en donde se evaluó el índice de CPO-D, utilizando espejo, explorador bucal y lámpara.

Los resultados totales de OHIP se han registrado de dos maneras. El método más simple es contar, para cada pregunta, el número de impactos reportados (por ejemplo, "frecuentemente" o "muy frecuentemente"). En muchas poblaciones, la distribución de esta variable sumaria se puede sesgar, con muchos individuos no divulgando ningún impacto en este umbral.⁵⁶ El segundo método para contabilizar los resultados es una cuenta total de OHIP estandarizando resultados secundarios de la escala, y después sumando estos resultados para cada entrevistado. Típicamente, la cuenta, bajo este método tiene una distribución mejor para los procedimientos estadísticos paramétricos.⁵⁵

Todo lo anterior se llevó a cabo con la finalidad de conocer y comparar el impacto en la calidad de vida de los pacientes con capacidades diferentes y sus familiares.

Los datos obtenidos fueron medidos de acuerdo a la severidad y frecuencia del problema o molestia presente. Las categorías se basaron en el siguiente cuadro:

CATEGORIA	VALOR
Nunca	0
Casi nunca	1
Ocasionalmente	2
Frecuentemente	3
Muy frecuentemente o siempre	4



8.7 ESTUDIO PILOTO

Se aplicó un instrumento piloto, (Anexo 13.3) con la finalidad de identificar posibles errores en redacción y problemas que se pudieran presentar durante la aplicación del mismo, así como para elaborar el cuestionario final más adecuado.

El estudio piloto fue realizado durante diez días en el centro de Atención Integral “Piña Palmera” ubicado en la comunidad de Zipolite, en el Estado de Oaxaca. Se aplicó una encuesta (Anexo 13.3) a 30 personas con diferentes tipos de discapacidades (discapacidad intelectual $n=6$, discapacidad motora $n=17$, discapacidad visual $n=7$) y 8 familiares sin aparente discapacidad. Y posteriormente se realizó un examen bucal en donde fue evaluado el índice de CPO-D.

Con la realización del estudio piloto resultó que la terminología de las personas encuestadas difirió de la que se empleó en el cuestionario, por lo que se tuvo que modificar la redacción y explicarles verbalmente de forma más detallada. Por otra parte en este estudio se verificó que la categoría usada para la obtención de datos no era muy clara por lo que tuvo que ser adecuado, ya que algunas personas no les era tan sencillo identificar con exactitud la frecuencia de su padecimiento, molestia o inconformidad.

8.8 CALIBRACIÓN

Para la obtención confiable de CPO-D se realizó una calibración obteniendo como resultados los siguientes: examinador 1 con el examinador estándar en la prueba de Kappa = 0.859 obteniendo un Índice de Confiabilidad (IC)=0.773-0.943



Examinador 2 con examinador estándar obtuvo en la prueba de kappa=0.842 logrando como IC= 0.685-10.00 y por ultimo entre examinador 1 con examinador 2 un IC =0 .793. (Anexo 13.5)

8.9 ESTUDIO PRINCIPAL

El estudio principal fue realizado durante un periodo de cuatro meses, con usuarios del Centro de Atención Integral "Piña Palmera" ubicado en la comunidad de Zipolite con cabecera municipal en San Pedro Pochutla, así como en diversas comunidades rurales de alta marginación de la zona sur del Estado de Oaxaca, con personas de ambos sexos de siete años en adelante con algún tipo de discapacidad intelectual, motora o visual así como algunos de sus familiares.

El instrumento utilizado para este estudio fue el Oral Health Impact Profile (OHIP) en su versión corta teniendo como principal propósito conocer el impacto en la calidad de vida de personas con capacidades diferentes respecto al estado de salud bucal. El estudio fue llevado a cabo mediante la aplicación de la encuesta a manera de interrogatorio directo. Este instrumento fue previamente probado por medio del estudio piloto y mejorado (Anexo 13.4). La encuesta consta de 14 preguntas correspondientes a siete dimensiones conceptuales (limitación funcional, dolor físico, incomodidad psicológica, discapacidad física, discapacidad psicológica, discapacidad social y desventaja) y cinco opciones de respuesta: (0) Nunca, (1) Casi nunca, (2) Ocasionalmente, (3) Frecuentemente, (4) Muy frecuentemente. Al terminar el interrogatorio se realizó una inspección bucal a cada uno de los individuos incluidos en este estudio para evaluar el índice de CPO-D.

8.10 MÉTODO DE REGISTRO Y PROCESAMIENTO

El registro tanto del cuestionario como del examen clínico se realizó en un formato desarrollado para dicho estudio; el cual fue revisado y vaciado a una base de



datos. Los análisis estadísticos de los resultados se efectuaron mediante el programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) versión 11.0 para Windows.

8.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se determinó la frecuencia y distribución del sexo, tipo de discapacidad, y edad de la muestra, así como, la frecuencia y distribución de cada pregunta del instrumento y por cada una de las siete dimensiones del OHIP para obtener la medición de impacto en calidad de vida.

Se obtuvieron las medias de cada pregunta y en conjunto del instrumento por edad, sexo, tipo de discapacidad (intelectual, motora y visual). Se compararon las medias obtenidas de OHIP de personas con capacidades diferentes y sus familiares a través de la prueba t de Student para muestras independientes.

Se determinó la frecuencia y distribución de los componentes e índice CPO-D por sexo, tipo de discapacidad y edad. Asimismo, se obtuvieron las medias de distribución de los componentes e índice CPO-D, sexo, tipo de discapacidad y edad y se comparó entre personas que tengan impacto en la calidad de vida (1 a 56 puntos de OHIP) y los que no presentaron impacto (cero OHIP) utilizando la prueba t de Student para dos muestras independientes en el caso de dos medias, y para tres medias o más el análisis de varianza de una vía (ANOVA).

Se realizó la prueba de Coeficiente de Correlación de Pearson, la cual es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón.

El coeficiente de correlación se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionaron las puntuaciones obtenidas de una variable con las puntuaciones obtenidas de otra variable, en los mismos sujetos.



El coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a $+1.00$ donde:

- ♦ 0.00 = No existe correlación alguna entre las variables.
- ♦ $+0.10$ = Correlación positiva débil
- ♦ $+0.50$ = Correlación media positiva
- ♦ $+0.75$ = Correlación positiva considerable
- ♦ $+0.90$ = Correlación positiva muy fuerte
- ♦ $+1.00$ = Correlación positiva perfecta

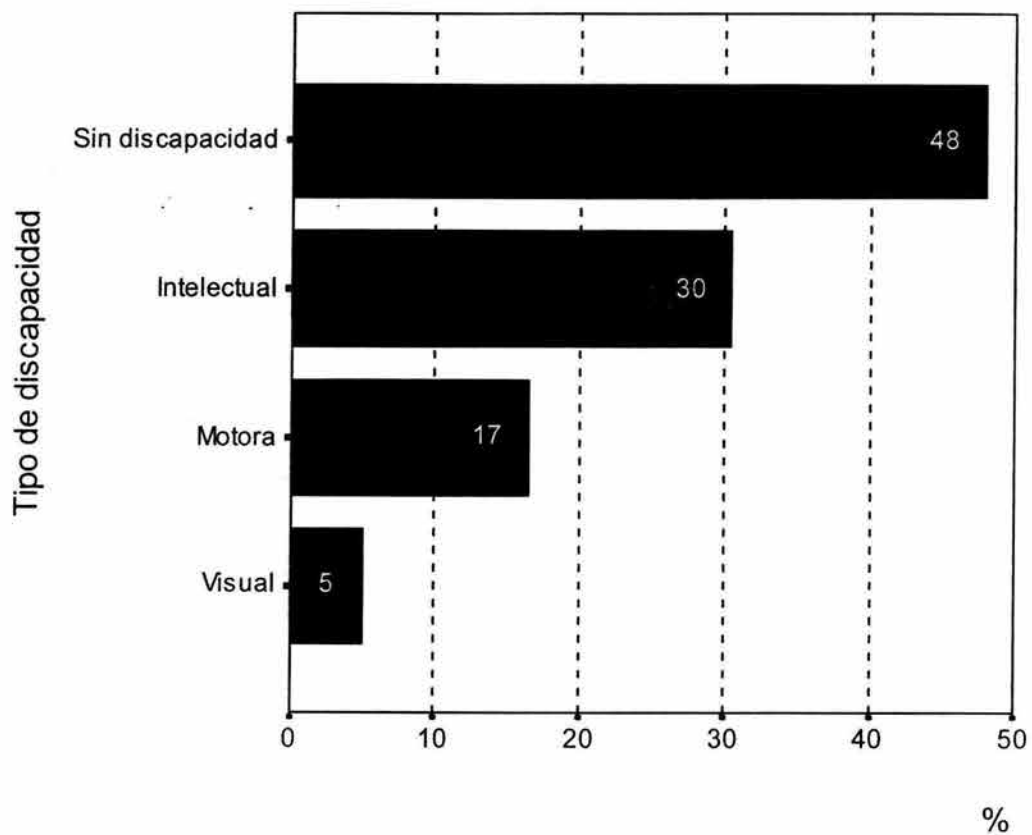
La prueba Kruskal-Wallis es un equivalente no paramétrico del ANOVA de un factor. Contrasta si varias muestras independientes proceden de la misma población. Asume que la variable subyacente tiene una distribución continua, y requiere un nivel de medida ordinal.

Todas las pruebas se realizaron con un nivel de confianza del 95%



9. RESULTADOS

De 315 individuos entrevistados y que se les realizó una inspección bucal, 47.9% (n=151) no presentaban discapacidad, mientras el 52.1% tenían algún tipo de discapacidad, de los cuales el 58.5% (n=96) presentó discapacidad intelectual, 31.7% (n=52) discapacidad motora y 9.7% (n=16) discapacidad visual. (Grafica 1.)



Grafica 1. Tipo de discapacidad de usuarios y acompañantes del Centro de Atención Integral "Piña Palmera" mayo-octubre, 2003.



En la tabla 1. Podemos observar la media y la desviación estándar (D.E.) de la edad en años cumplidos por tipo de discapacidad de usuarios y acompañantes (sin discapacidad). Al realizar la prueba de análisis de varianza de una vía, se observó que existía diferencia significativa al menos entre dos medias de los diferentes tipos de discapacidad ($F=27.796$, $p<0.001$). Al realizar la prueba post hoc de Bonferroni para determinar entre que grupos existía diferencia significativa, se identificó que los individuos con discapacidad intelectual tienen una media de edad menor que los individuos de los demás grupos de comparación ($p= 0.001$).

Tabla 1. Media (D.E.) de edad en años cumplidos por tipo de discapacidad de usuarios y acompañantes del Centro de Atención Integral "Piña Palmera", mayo-octubre, 2003.

Tipo de discapacidad por grupo	n	Media (D.E.)	Rango	
			Mínimo	Máximo
Sin discapacidad ¹	151	26.58 (14.15) ²	7.00	62.00
Discapacidad intelectual ²	96	13.61 (5.54) ^{1,3,4}	7.00	42.00
Discapacidad motora ³	52	25.05 (12.82) ²	7.00	59.00
Discapacidad visual ⁴	16	31.18 (11.65) ²	15.00	48.00
Total	315	22.61 (13.24)	7.00	62.00

D.E. = Desviación Estándar

ANOVA ($F=27.796$, $p<0.001$)

^{1,2,3,4} Prueba post hoc de Bonferroni, $p<0.001$

De 315 individuos el 45.07% ($n=142$) son hombres, mientras que las mujeres son el 54.93% ($n=173$). La media de edad en los hombres fue de 21.45 (D.E.=13.17) años y de 23.56 (D.E.=13.25) años en mujeres. No se observaron diferencias por edad en cuanto al género por tipo de discapacidad y total. (Tabla 2.)

Tabla 2. Media (D.E.) de edad en años cumplidos por género y tipo discapacidad de usuarios y acompañantes del Centro de Atención Integral "Piña Palmera", mayo-octubre, 2003.

Tipo de discapacidad	n	Hombre		Mujer	
		Media (D.E.)	n	Media (D.E.)	n
Sin discapacidad	49	24.34 (15.02)	102	27.65 (13.66)	173
Discapacidad intelectual	53	13.50 (5.35)	43	13.74 (5.82)	173
Discapacidad motora	25	27.36 (13.77)	27	22.92 (11.72)	173
Discapacidad visual	15	30.20 (11.34)	1	46.00 (0.00)	173
Total	142	21.45 (13.17)	142	23.56 (13.25)	173



La tabla 3, refiere que dentro del grupo de individuos sin discapacidad y con discapacidad visual, el rango de edad con mayor porcentaje es el de 31 años en adelante. Dentro del grupo de individuos con discapacidad intelectual, se encuentra que el rango con mayor porcentaje es de 7 a 12 años. Mientras que en el grupo de discapacidad motora el mayor porcentaje se localiza en el rango que va de 19 a 30 años.

Tabla 3. Rangos de edad por tipo de discapacidad y por género de los usuarios y acompañantes del Centro de Atención Integral "Piña-Palmera".

Tipo de discapacidad	Rangos de edad	Sexo				Total	
		Hombre		Mujer		n	%
Sin discapacidad	7-12 años	12	46.2	14	53.8	26	100.0
	13-18 años	14	43.8	18	56.3	32	100.0
	19-30 años	5	13.9	31	86.1	36	100.0
	31 años y más	18	31.6	39	68.4	57	100.0
	Total	49	32.5	102	67.5	151	100.0
Discapacidad intelectual	7-12 años	29	59.2	20	40.8	49	100.0
	13-18 años	12	41.4	17	58.6	29	100.0
	19-30 años	12	70.6	5	29.4	17	100.0
	31 años y más	0	0.0	1	100.0	1	100.0
	Total	53	55.2	43	44.8	96	100.0
Discapacidad motora	7-12 años	5	62.5	3	37.5	8	100.0
	13-18 años	2	20.0	8	80.0	10	100.0
	19-30 años	8	38.1	13	61.9	21	100.0
	31 años y más	10	76.9	3	23.1	13	100.0
	Total	25	48.1	27	51.9	52	100.0
Discapacidad visual	13-18 años	4	100.0	0	0.0	4	100.0
	19-30 años	3	100.0	0	0.0	3	100.0
	31 años y más	8	88.9	1	11.1	9	100.0
	Total	15	93.8	1	6.3	16	100.0



En la siguiente tabla, se exponen las respuestas dadas a la primera pregunta del instrumento “¿Sientes que tu boca, tus dientes o tu dentadura te molestan para pronunciar alguna palabra?”. La respuesta que obtuvo el mayor porcentaje fue “nunca”, en todos los tipos de discapacidad. Siendo los porcentajes de 97.4% para personas sin discapacidad, 80.2% en el grupo de discapacidad intelectual, y para discapacidad motora y visual el 100%.

En el grupo de personas sin discapacidad tenemos que del 100 % (n=151) solo el 2.6 % (n=4) reportaron tener un impacto en lo referente a esta pregunta, y en el grupo de discapacidad intelectual el 19.8% (n= 19) reportaron molestias al pronunciar algunas palabras, en los otros dos grupos ningún individuo reportó molestias para pronunciar alguna palabra.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que existían diferencias significativas entre los porcentajes de respuesta de los diferentes grupos por lo que cada uno tiende a responder de diferente manera de acuerdo a su percepción respecto a si presentan o no molestias en sus dientes, o boca al pronunciar palabras. ($\chi^2=31.454$, g.l.=3, $p<0.001$).

Tabla 4. Respuestas a la pregunta No. 1 “¿Sientes que tu boca, tus dientes o tu dentadura te molestan para pronunciar alguna palabra?”.

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	97.4 (147)	80.2 (77)	100.0 (52)	100 (16)	92.7 (292)
Casi nunca	7 (1)	15.6 (15)	0.0 (0)	0.0 (0)	5.1 (16)
Ocasionalmente	1.3(2)	4.2 (4)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.9 (6)
Frecuentemente	7 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0(0)	0.3 (1)
Total	100(151)	100(96)	100(52)	100(16)	100.(315)



En la tabla 5 se encuentran las respuestas dadas a la segunda pregunta del instrumento sobre “¿El sabor de los alimentos ha cambiado a causa de problemas en tus dientes, tu boca o tu dentadura?”. Observamos que las personas sin discapacidad que presentan algún impacto en esta pregunta fueron el 37.1% (n= 56); 12.5% (n=12) del grupo de discapacidad intelectual, en la discapacidad motora tenemos el 15.4% (n=8), y el 18.7% (n=3) en personas con discapacidad visual, dando un total de 77 personas de las 315 que participaron en este estudio, quienes manifestaron tener algún cambio en el sabor de los alimentos.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que existían diferencias significativas de los porcentajes de las respuestas entre cada grupo ($\text{Chi}^2=23.418$, g.l.=3, $p<0.001$), con lo cual entendemos que cada uno de los grupos optó por diferentes respuestas.

Tabla 5. Respuestas a la pregunta No. 2 “¿El sabor de los alimentos ha cambiado a causa de problemas en tus dientes, tu boca o tu dentadura?”.

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	62.9 (95)	87.5 (84)	84.6 (44)	81.3 (13)	74.9 (236)
Casi nunca	20.5 (31)	8.3 (8)	11.5 (6)	12.5 (2)	14.9 (47)
Ocasionalmente	15.2 (23)	4.2 (4)	3.8 (2)	0.0(0)	9.2 (29)
Frecuentemente	1.3 (2)	0.0(0)	0.0(0)	0.0(0)	0.6 (2)
Muy frecuentemente o Siempre	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	6.3 (1)	0.3 (1)
Total	100(151)	100. (96)	100 (52)	100. (16)	100 (315)



En la tabla 6 se exponen las respuestas dadas a la tercer pregunta del instrumento, “¿Sientes algún dolor en tu boca, tus dientes o tu dentadura?”. Encontramos que de las 151 personas del grupo de sin discapacidad 91 reportaron respuestas que indican algún impacto en lo referente a esta pregunta, correspondiendo al 60.3%; de las 96 personas con discapacidad intelectual, lo mismo el 61.4% (n= 59), en el grupo de discapacidad motora el 59.5% (n=31) y en la discapacidad visual 9 de los 16 individuos de este grupo dando un porcentaje de 56.3% En total tenemos que de las 315 que entraron en este estudio 190 reportan tener algún dolor en los dientes o en la boca. Observamos que en esta pregunta el impacto es alto

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se identificó que no existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\text{Chi}^2=1.116$, g.l.=3, $p= 0.773$), con lo cual vemos que en esta pregunta las percepciones son muy parecidas en todos los grupos, a cerca de la presencia de dolor en la boca.

Tabla 6. Respuestas a la pregunta No. 3 “¿Sientes algún dolor en tu boca, tus dientes o tu dentadura?”.

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	39.7 (60)	38.5 (37)	40.4 (21)	43.8 (7)	39.7 (125)
Casi nunca	17.9 (27)	26.0 (25)	15.4 (8)	25.0 (4)	20.3 (64)
Ocasionalmente	29.8 (45)	30.2 (29)	28.8 (15)	18.8 (3)	29.2 (92)
Frecuentemente	9.3 (14)	5.2 (5)	11.5 (6)	12.5 (2)	8.6 (27)
Muy frecuentemente o Siempre	3.3 (5)	0.0 (0)	3.8 (2)	0.0 (0)	2.2 (7)
Total	100(151)	100 (96)	100 (52)	100 (16)	100 (315)



Las respuestas dadas a la pregunta “¿Tienes alguna molestia en tu boca, tus dientes o tu dentadura al comer ciertos alimentos?” siendo la número cuatro del instrumento, se encuentran en la tabla No 7; nos muestra que de un total de 314 personas que contestaron esta pregunta el 59.2% (n=186) manifestaron tener molestias al ingerir ciertos alimentos. Esto es el 61.7% (n=93) de individuos sin discapacidad; 57 personas con discapacidad intelectual siendo esto el 60.0%, del grupo de discapacidad motora el 50.0% (n=26) y en el grupo de discapacidad visual el 62.6% (n=10)

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que no existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\chi^2=2.544$, g.l.=3, $p=0.467$). Lo que refiere que todos los individuos sin importar el grupo del estudio al que pertenecen, reportan molestias en su boca de igual manera.

Tabla 7. Respuestas a la pregunta No. 4 “¿Tienes alguna molestia en tu boca, tus dientes o tu dentadura al comer ciertos alimentos?”.

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	38.4 (58)	40.0(38)	50.0 (26)	37.5 (6)	40.8 (128)
Casi nunca	19.9 (30)	18.9 (18)	19.2 (10)	18.8 (3)	19.4 (61)
Ocasionalmente	21.2 (32)	23.2 (22)	13.5 (7)	25.0 (4)	20.7 (65)
Frecuentemente	11.3 (17)	13.7 (13)	15.4 (8)	6.3 (1)	12.4 (39)
Muy frecuentemente o Siempre	9.3 (14)	4.2 (4)	1.9 (1)	12.5 (2)	6.7 (21)
Total	100 (151)	100 (95)	100 (52)	100 (16)	100 (314)



En la tabla 8 se exponen las respuestas dadas a la quinta pregunta del instrumento, “¿Te preocupan los problemas con tus dientes, tu boca tu dentadura?”. Encontrando que los individuos sin discapacidad, en su mayoría reportan preocupación por los problemas de su boca, siendo 97 de los 150 que respondieron a esta pregunta y solo 53 no refieren tener preocupaciones por esta situación. En cuanto a las personas con discapacidad intelectual tenemos que en su mayoría no presentan preocupación por la situación de su boca, teniendo que de los 94 que contestaron a esta pregunta 40 reportan preocupación, mientras que el resto no lo hace.

De los 52 individuos del grupo de discapacidad motora observamos que 31 presentan preocupación y los 21 restantes de este grupo no lo hacen. Mientras que de los 16 individuos con discapacidad visual doce muestran preocupación por los problemas bucales y solo a cuatro no les interesa.

Con la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\chi^2=18.757$, g.l.=3, $p<0.001$), esto indica que la preocupación que los individuos presentan sobre los problemas bucales, es diferente para cada uno de los grupos.

Tabla 8. Respuestas a la pregunta No. 5 “¿Te preocupan los problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	35.3 (53)	57.4 (54)	40.4 (21)	25.0 (4)	42.3 (132)
Casi nunca	7.3 (11)	14.9 (14)	9.6 (5)	6.3 (1)	9.9 (31)
Ocasionalmente	17.3 (26)	11.7 (11)	15.4 (8)	37.5 (6)	16.3 (51)
Frecuentemente	10.7 (16)	2.1 (2)	13.5 (7)	6.3 (1)	8.3 (26)
Muy frecuentemente o Siempre	29.3 (44)	13.8 (13)	21.2 (11)	25.0 (4)	23.1 (72)
Total	100 (150)	100 (94)	100. (52)	100 (16)	100 (312)



En la tabla número 9 se muestran las respuestas dadas a la sexta pregunta del instrumento, “¿Te sientes estresado por causa de problemas en tu boca, tus dientes o tu dentadura?”. Encontramos que en todos los grupos la respuesta mas utilizada fue “nunca”. Sin embargo, tenemos que de las 312 personas que contestaron a esta pregunta 81 de ellas reportan algún tipo de estrés relacionado a problemas bucales. Correspondiendo a 37 personas sin discapacidad, 21 con discapacidad intelectual, 19 con discapacidad motora y cuatro del grupo con discapacidad visual.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se identificó que no existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\chi^2=3.436$, g.l.=3, $p=0.329$), concluyendo con estos resultados que hay similitud en los cuatro grupos.

Tabla 9. Respuestas a la pregunta 6 “¿Te sientes estresado por causa de problemas en tu boca, tus dientes o tu dentadura?”.

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	75.3 (113)	77.7 (73)	63.5 (33)	75.0 (12)	74.0 (231)
Casi nunca	12.0 (18)	14.9 (14)	21.2 (11)	12.5 (2)	14.4(45)
Ocasionalmente	7.3 (11)	5.3 (5)	15.8 (8)	0 (0)	7.7 (24)
Frecuentemente	4 (6)	2.1 (2)	0.0 (0)	12.5 (2)	3.2 (10)
Muy frecuentemente o Siempre	1.3 (2)	0.0 (0)	0.0(0)	0.0 (0)	0.6 (2)
Total	100 (150)	100 (94)	100 (52)	100 (16)	100 (312)



En la tabla 10 se exponen las respuestas dadas a la séptima pregunta del instrumento, “¿Cambias tus alimentos a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”. Detectando que de las 314 personas que contestaron a esta pregunta 164 manifestaron que cambian sus alimentos a causa de problemas bucales, dando esto un porcentaje del 52.2%.

El grupo sin discapacidad refiere el porcentaje más alto 58.3% (n=88) en el cambio de alimentación debido a problemas con los dientes o la boca. En cuanto a los demás grupos los resultados son el 49.5% (n=47) de personas con discapacidad intelectual, el 40.4% (n=21) con discapacidad motora y el 50.0% (n=8) con discapacidad visual.

La prueba de Kruskal-Wallis, fue utilizada para determinar si existían o no diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad. Los resultados muestran que no hay diferencias, con lo que tenemos que todos los individuos cambian de igual manera el tipo de alimentación debido a problemas bucales sin importar que tipo de discapacidad presenten. ($\chi^2=7.895$, g.l.=3, $p=0.048$).

Tabla 10 Respuestas a la pregunta No 7 “¿Cambias tus alimentos a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	41.7 (63)	50.5 (48)	59.6(31)	50.0 (8)	47.8(150)
Casi nunca	17.2(26)	25.3 (24)	5.8 (3)	12.5 (2)	17.5 (55)
Ocasionalmente	14.6 (22)	13.6 (13)	19.2 (10)	6.3 (1)	14.6 (46)
Frecuentemente	16.6 (25)	7.4 (7)	13.5 (7)	12.5 (2)	13.1 (41)
Muy frecuentemente o Siempre	9.9 (15)	3.2 (3)	1.9 (1)	18.7 (3)	7.0 (22)
Total	100 (151)	100 (95)	100 (52)	100. (16)	100 (314)



Las respuestas dadas a la pregunta número ocho del instrumento, “¿Evitas ciertos alimentos por que te duelan tus dientes, tu boca o tu dentadura? se muestran en la tabla 11, como resultado observamos que la respuesta “nunca” alcanzó un 48.4% como total, mientras que la suma de las respuestas casi nunca, ocasionalmente, muy frecuentemente o siempre obtiene un 51.6%.

Observamos que de las 314 personas que contestaron a esta pregunta 51.6% (n=162) evitan ciertos alimentos por problemas bucales. De los cuales corresponden 54.7% (n=82) a personas sin discapacidad, 47.9% (n=46) con discapacidad intelectual, 53.8% (n=28) con discapacidad motora y 37.5% (n=6) con discapacidad visual.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que no existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\chi^2=5.222$, g.l.=3, $p=0.156$), por lo que se deduce que todos los individuos evitan en ciertas ocasiones alimentos debido algún dolor bucal.

Tabla 11. Respuestas a la Pregunta No. 8 “¿Evitas ciertos alimentos por que te duelan tus dientes o tu boca tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	45.3 (68)	52.1 (50)	46.2 (24)	62.5 (10)	48.4 (152)
Casi nunca	14.0 (21)	27.1 (26)	9.6 (5)	12.5 (2)	17.2 (54)
Ocasionalmente	14.7 (22)	6.2 (6)	17.3 (9)	0.0 (0)	11.8 (37)
Frecuentemente	14.0 (21)	10.4 (10)	17.3 (9)	0.0 (0)	12.7 (40)
Muy frecuentemente o Siempre	12.0 (18)	4.2 (4)	9.6 (5)	25.0 (4)	9.9 (31)
Total	100 (150)	100 (96)	100 (52)	100 (16)	100 (314)



En la tabla 12 se exponen las respuestas dadas a la pregunta número nueve del instrumento, “¿Tienes problemas para dormir por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”.

En estas respuestas podemos observar que de las 311 personas que contestaron esta pregunta 100 presentan problemas para dormir por trastornos bucales. De las cuales 54 pertenecen al grupo de individuos sin discapacidad, 19 con discapacidad intelectual, 23 con discapacidad motora y solo cuatro con discapacidad visual.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que existían diferencias significativas entre los porcentajes de respuesta de los diferentes grupos por lo que cada uno de los grupos tiende a responder de diferente manera a la percepción que muestran a si presentan o no problemas para dormir a causa de molestias con sus dientes, su boca o su dentadura. ($\chi^2=10.543$, g.l.=3, $p= 0.014$)

Tabla 12. Respuestas a la pregunta no. 9 “¿Tienes problemas para dormir por causa de problemas con tus dientes tu boca o tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	63.5 (94)	80.0 (76)	55.8 (29)	75.0 (12)	67.8 (211)
Casi nunca	13.5 (20)	9.5 (9)	25.0 (13)	6.3 (1)	13.8 (43)
Ocasionalmente	10.1 (15)	5.3 (5)	13.4 (7)	12.5 (2)	9.3 (29)
Frecuentemente	6.8 (10)	3.2 (3)	5.8 (3)	6.3 (1)	5.5 (17)
Muy frecuentemente o Siempre	6.1 (9)	2.1 (2)	0.0 (0)	0.0 (0)	3.5 (11)
Total	100 (148)	100 (95)	100(52)	100. (16)	100. (311)



En la siguiente tabla, se exponen las respuestas dadas a la pregunta “¿Te sientes avergonzado por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”. Encontramos que los individuos sin discapacidad, discapacidad intelectual y motora en mayor cantidad se inclinaron a la respuesta “nunca”, teniendo como porcentajes el 82.1%, 91.6%, 82.4%, respectivamente. y 66.7% para el grupo de discapacidad visual.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis se determinó que existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\chi^2=7.903$, g.l.=3, $p= 0.048$). Lo cual quiere decir que las respuestas dadas no son similares entre grupos, por lo que cada grupo presenta diferente comportamiento ante esta pregunta.

Tabla 13. Respuestas a la pregunta No 10 “¿Te sientes avergonzado por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	82.1 (124)	91.6 (87)	82.4 (42)	66.7 (10)	84.3 (263)
Casi nunca	7.3 (11)	2.1 (2)	2.0 (1)	20.0 (3)	5.4 (17)
Ocasionalmente	4.6 (7)	6.3 (6)	9.8 (5)	0.0 (0)	5.8 (18)
Frecuentemente	5.3 (8)	0.0 (0)	2.0 (1)	13.3 (2)	3.5 (11)
Muy frecuentemente o Siempre	0.7 (1)	0.0 (0)	3.9 (2)	0.0 (0)	1.0 (8)
Total	100 (151)	100 (95)	100 (51)	100 (15)	100 (312)



En la tabla 14 se presentan las respuestas relacionadas con la pregunta “¿Te sientes molesto con otras personas por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”, encontrando que en su mayoría contestaron que nunca, obteniendo un 84.8% en los individuos sin discapacidad, 94.7% en discapacidad intelectual, 90.4% en discapacidad motora y 87.5 en discapacidad visual. Por lo que solo 35 personas de las 313 contestaron sentirse molestos con otras personas a causa de problemas bucales.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que no existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\text{Chi}^2=5.748$, g.l.=3, $p=0.125$). Esto quiere decir que el comportamiento de los cuatro grupos es muy similar entre sí. Todos tienen la misma percepción sobre si se sienten o no molestos con otras personas por causa de problemas bucales.

Tabla 14. Respuestas a la pregunta No. 11 “¿Te sientes molesto con otras personas por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	84.8 (128)	94.7 (89)	90.4 (47)	87.5 (14)	88.8 (278)
Casi nunca	3.3 (5)	1.1 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.9 (6)
Ocasionalmente	7.9 (12)	3.2 (3)	3.8 (2)	12.5 (2)	6.1 (19)
Muy Frecuentemente o Siempre	4.0 (6)	1.1 (1)	5.8 (3)	0.0 (0)	3.2 (10)
Total	100 (151)	100 (94)	100 (52)	100. (16)	100 (313)



En las respuestas de la pregunta doce “¿Tienes dificultades para realizar tus actividades diarias a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”. Se encontró que en todos los grupos la respuesta más utilizada fue la de “nunca” con el código cero, obteniendo entre un 74.2% hasta un 81.3%.(tabla 15). Lo que nos reporta que solo 75 de las 315 que contestaron esta pregunta, tienen dificultades en mayor o menor rango para realizar actividades diarias a causas de problemas bucales.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que no existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\text{Chi}^2=1.079$, g.l.=3, $p= 0.782$). Esto quiere decir que la conducta de los cuatro grupos es muy parecida entre si, ya que en su mayoría coinciden en la respuesta sin importar el tipo de discapacidad que presenten.

Tabla 15. Respuestas a la pregunta No. 12 “¿Tienes dificultades para realizar tus actividades diarias a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	74.2 (112)	76.0 (73)	80.8 (42)	81.3 (13)	76.2 (240)
Casi nunca	16.6 (25)	14.6 (14)	11.5 (6)	6.3 (1)	14.6 (46)
Ocasionalmente	4.0 (6)	7.3 (7)	7.7 (4)	0.0 (0)	5.4 (17)
Frecuentemente	2.0 (3)	2.1 (2)	0.0 (0)	12.5 (2)	2.2 (7)
Muy frecuentemente o Siempre	3.3 (5)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.6 (5)
Total	100.0 (151)	100 (96)	100. (52)	100 (16)	100. (315)



Las respuestas dadas a la pregunta “¿Sientes que la vida en general ha empeorado a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?” se muestran en la tabla número 16. Observamos que los individuos sin discapacidad, discapacidad intelectual y motora en mayor cantidad se identificaron con la respuesta “nunca”, en un 90%, mientras que en los individuos con discapacidad visual se registró un 87.5% en la misma respuesta.

En esta pregunta tenemos que solo 19 personas de las 315 que entraron en el estudio piensan que la vida en general ha empeorado a causa de problemas bucales.

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se precisa que no existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\chi^2=1.983$, g.l.=3, $p=0.576$) al no registrarse respuestas diferentes entre si

Tabla 16. Respuestas a la pregunta número 13 “¿Sientes que la vida en general ha empeorado a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	95.4 (144)	92.7 (89)	94.2 (49)	87.5 (14)	94.0 (296)
Casi nunca	4.6 (7)	6.3 (6)	5.8 (3)	12.5 (2)	5.7 (18)
Ocasionalmente	0.0 (0)	1.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.3 (1)
Frecuentemente	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)
Muy frecuentemente o siempre	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0(0)
Total	100 (151)	100 (96)	100 (52)	100 (16)	100 (315)



En la tabla número 17, se exponen las respuestas dadas a la pregunta “¿Sientes que no puedes hacer tus actividades diarias por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?”; aquí se muestra que en todos los grupos la respuesta nunca obtuvo mayor porcentaje en comparación a los obtenidos en las demás respuestas.

Sin embargo, podemos observar que de los 151 individuos sin discapacidad 39 refieren que no pueden hacer sus actividades diarias a causa de problemas bucales, así como en el grupo de personas con discapacidad intelectual, el 22.9%, (n=22), con discapacidad motora el 7.3% (n=9) y discapacidad visual el 12.5%.(n=2).

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, se determinó que no existían diferencias significativas entre las respuestas por grupo de discapacidad ($\chi^2=2.321$, g.l.=3, $p= 0.509$) con lo que se deduce la inclinación de todos los individuos hacia la misma respuesta.

Tabla17. Respuestas a la pregunta No.14 “¿Sientes que no puedes hacer tus actividades diarias por causa de problemas con tu dientes, tu boca o tu dentadura?”

	Tipo de discapacidad				Total % (n)
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	
Nunca	74.2 (112)	77.1 (74)	82.7 (43)	87.5 (14)	77.1 (243)
Casi nunca	16.6 (25)	11.5 (11)	11.5 (6)	0.0 (0)	13.3 (42)
Ocasionalmente	4.0 (6)	9.4 (9)	5.8 (3)	0.0 (0)	5.7 (18)
Frecuentemente	3.3 (5)	2.1 (2)	0.0 (0)	12.5 (2)	2.9 (9)
Muy frecuentemente o Siempre	2.0 (3)	0.0 (0)	0.0 (0)	0.0 (0)	1.0 (3)
Total	100 (151)	100 (96)	100. (52)	100. (16)	100 (315)



Respecto a la frecuencia y distribución por tipo de discapacidad e impacto del OHIP descrita en la siguiente tabla se muestra que el 87.3% (n=275) de los individuos presentaron impacto en sus actividades de la vida diaria y el 12.7% (n=40) no lo presentaron.

Tabla 18. Frecuencia y distribución por tipo de discapacidad e impacto del Oral Health Impact Profile (OHIP)

OHIP	Tipo de discapacidad				Total
	Sin discapacidad % (n)	Discapacidad intelectual % (n)	Discapacidad motora % (n)	Discapacidad visual % (n)	% (n)
<1	12.5 (19)	13.5 (13)	13.4 (7)	6.2 (1)	12.7 (40)
≥1	87.5 (132)	86.5 (83)	86.6 (45)	93.8 (15)	87.3 (275)
Total	100 (151)	100 (96)	100 (52)	100 (16)	100 (315)



En la tabla 19 encontramos los resultados de las medias del OHIP por dimensiones, esto es el impacto que se registra por grupo de discapacidad en cada una de las siete dimensiones analizadas; dichas cifras muestran que la media más alta la obtuvo la discapacidad física con un total de 28.96 (DE= 32.78), así como que la dimensión de “desventaja” tiene el menor impacto con un total de 5.43.

La dimensión 1 “limitación funcional”, se percibe con mayor impacto en los individuos sin discapacidad 7.53, seguidos por los de discapacidad intelectual con 5.07, de discapacidad visual con 4.68 y de discapacidad motora con solo el 2.40 de impacto.

La dimensión relacionada con el “dolor físico” se presentó con mayor impacto en el grupo de sin discapacidad con 31.45, la discapacidad visual con 29.68, la discapacidad intelectual con 27.99 y la discapacidad motora con 27.88 de impacto.

En la “Incomodidad Psicológica” o dimensión 3 tenemos que las personas con discapacidad visual reportaron un 31.25 de impacto, el grupo sin discapacidad 29.41, discapacidad motora con 27.16 y la discapacidad intelectual con 16.14 de impacto.

En cuanto la dimensión de “discapacidad física” tenemos como resultados el 33.52 para las personas sin discapacidad, 31.25 para el grupo de discapacidad visual, 28.36 para la discapacidad motora y 21.74 de impacto para la discapacidad intelectual.

Los datos obtenidos en la dimensión 5 “discapacidad psicológica” refieren, para las personas sin discapacidad un 13.99; 13.94 para discapacidad motora, discapacidad visual 13.28 y discapacidad intelectual 6.51 de impacto.



En la “discapacidad social”, los resultados aportaron los siguientes datos: el grupo sin discapacidad 9.35, con discapacidad visual 8.59, con discapacidad motora 6.49 y con discapacidad intelectual 5.72.

En la última dimensión “desventaja” los resultados obtenidos son: 6.25 para discapacidad visual, 5.87 sin discapacidad, 5.59 discapacidad intelectual y 3.60 de impacto para discapacidad motora.

Tabla 19 Dimensiones del OHIP

	Tipo de discapacidad				
	Sin discapacidad ¹ n=151 Media (D.E.)	Discapacidad intelectual ² n=96 Media (D.E.)	Discapacidad motora ³ n=52 Media (D.E.)	Discapacidad visual ⁴ n=16 Media (D.E.)	Total n=315 Media (D.E.)
Limitación funcional*	7.53 (11.18) ³	5.07 (8.80)	2.40 (6.08) ¹	4.68(12.80)	5.79(10.03)
Dolor físico	31.45 (29.18)	27.99(25.11)	27.88(27.41)	29.68(29.88)	29.72(27.66)
Incomodidad psicológica*	29.41 (26.27) ²	16.14(23.22) ¹	27.16(26.39)	31.25(22.36)	25.07(25.80)
Discapacidad física*	33.52 (35.18) ²	21.74 (26.36) ¹	28.36(31.80)	31.25(41.58)	28.96(32.78)
Discapacidad psicológica*	13.99 (19.78) ²	6.51 (12.02) ¹	13.94(17.26)	13.28(22.11)	11.66(17.72)
Discapacidad social	9.35(15.75)	5.72(11.60)	6.49(14.95)	8.59(21.27)	7.73(14.83)
Desventaja (minusvalía)	5.87(12.48)	5.59(10.55)	3.60(7.95)	6.25(17.07)	5.43(11.53)
OHIP*	18.70 (15.21) ²	12.68 (11.14) ¹	15.69(12.63)	17.85(18.85)	16.33(14.07)

*Prueba de ANOVA ($p < 0.05$)

^{1,2,3,4} Prueba Post hoc de Bonferroni ($p < 0.05$)



En la siguiente tabla se muestran las medias y desviaciones típicas de cada uno de los componentes del CPO-D, por grupo de discapacidad.

Observamos que el grupo de individuos con discapacidad intelectual tiene la media más alta en cuanto al CPO-D, 6.23 (4.84). En el componente caries, la media más alta se encuentra en el grupo de discapacidad visual siendo esta de 5.00 con desviación estándar de 2.64.

También, muestra la diferencia significativa entre medias y nos dice entre que grupos existió. Observando que el grupo sin discapacidad presentó diferencia con el grupo de discapacidad intelectual, en el componente de perdidos del CPO-D.

Tabla 20. Medias de los componentes CPO-D.

	Caries Media(D.E.)	Perdidos* Media(D.E.)	Obturados Media(D.E.)	CO-D Media (D.E.)	CPO-D Media (D.E.)
Sin discapacidad ¹	4.25 (4.07)	0.02 (0.16) ²	0.63(1.39)	4.88(4.03)	4.91(4.12)
Discapacidad intelectual ²	4.88 (3.90)	0.88 (1.83) ¹	0.47(1.37)	5.35(4.15)	6.23(4.84)
Discapacidad motora ³	3.38(2.47)	0.38 (0.74)	0.33(0.85)	3.71(2.26)	4.09(2.62)
Discapacidad visual ⁴	5.00(2.64)	1.00 (1.73)	0.00(0.00)	5.00(2.64)	6.00(2.64)
Total	3.04 (3.46)	0.88 (3.02)	0.46 (1.36)	3.51 (3.66)	4.39 (5.16)

*Prueba de ANOVA (F=3.341, p= 0.024)

^{1,2,3,4} Prueba Post hoc de Bonferroni (p=0.027)



En relación a las correlaciones del grupo sin discapacidad, entre CO-D, CPO-D y las siete dimensiones del OHIP (tabla 21), se identificó buena correlación entre el índice de CO-D y el OHIP; situación semejante con el CPO-D y la dimensión de dolor ($r=0.625$, $p<0.001$) y con el OHIP ($r=0.718$, $p<0.001$) con base a la prueba de correlación de Spearman, con lo que se puede inferir que a mayor índice de CO-D, mayor es el puntaje de OHIP y viceversa.

Tabla 21 Correlaciones entre grupo de individuos sin discapacidad y las siete dimensiones del OHIP, prueba de Rho Spearman.

	Caries		Perdidos		Obturados		CO-D		CPO-D	
	r	p	R	p	r	p	R	p	r	P
Limitación funcional (n=151)	0.326	<0.001	0.137	0.092	0.092	0.264	0.369	<0.001	0.382	<0.001
Dolor (n=151)	0.495	<0.001	0.393	<0.001	0.221	0.006	0.529	<0.001	0.625	<0.001
Incomodidad psicológica (n=151)	0.464	<0.001	0.274	<0.001	0.251	0.002	0.545	<0.001	0.543	<0.001
Discapacidad física (n=151)	0.379	<0.001	0.284	<0.001	0.221	0.006	0.433	<0.001	0.525	<0.001
Discapacidad psicológica (n=151)	0.398	<0.001	0.447	<0.001	0.420	<0.001	0.484	<0.001	0.517	<0.001
Discapacidad social (n=151)	0.389	<0.001	0.347	<0.001	0.187	0.022	0.407	<0.001	0.445	<0.001
Desventaja (minusvalía) (n=151)	0.332	<0.001	0.243	0.003	0.151	0.064	0.341	<0.001	0.379	<0.001
OHIP (n=151)	0.585	<0.001	0.427	<0.001	0.311	<0.001	0.647	<0.001	0.718	<0.001



Los resultados de la tabla 22 demuestran la correlación existente entre los componentes de CO-D, CPO-D y las dimensiones del OHIP, en el grupo de discapacidad intelectual. Confirmándose que en este grupo no existen buenas correlaciones con ninguno de los componentes del CO-D, así como el CPO-D con ninguna de las dimensiones ni con el OHIP. Esto quiere decir que los resultados obtenidos en el CPO-D en comparación con el OHIP no tienen relación entre si.

Tabla 22 Correlaciones entre grupo de discapacidad intelectual y las siete dimensiones del OHIP, prueba de Rho Spearman.

	Caries		Perdidos		Obturados		CO-D		CPO-D	
	r	p	R	p	r	p	r	P	r	p
Limitación funcional (n=96)	0.209	0.041	0.173	0.092	0.004	0.970	0.231	0.023	0.245	0.016
Dolor (n=96)	0.201	0.050	-0.056	0.585	0.043	0.675	0.212	0.038	0.190	0.064
Incomodidad psicológica (n=96)	0.060	0.559	0.028	0.790	0.167	0.104	0.123	0.231	0.110	0.286
Discapacidad física (n=96)	0.083	0.422	0.063	0.542	0.057	0.582	0.106	0.306	0.109	0.290
Discapacidad psicológica (n=96)	0.219	0.032	-0.011	0.916	-0.159	0.122	0.181	0.078	0.169	0.100
Discapacidad social (n=96)	0.168	0.101	-0.023	0.826	-0.151	0.141	0.144	0.162	0.129	0.211
Desventaja (minusvalía) (n=96)	0.077	0.457	-0.028	0.783	-0.155	0.131	0.051	0.623	0.038	0.714
OHIP (n=96)	0.192	0.061	0.012	0.911	0.031	0.764	0.216	0.034	0.202	0.049



Los resultados de la tabla 23 demuestran la correlación existente entre los componentes de CO-D, CPO-D y las dimensiones del OHIP en el grupo de discapacidad motora. Se observa que la correlación mas importante se encuentra entre la segunda dimensión que es la de "dolor" contra el componente "caries" ($r = 0.701$, $p < 0.001$). Asimismo, la dimensión de dolor presentó una buena correlación con el CO-D ($r = 0.685$, $p < 0.001$) y el CPO-D ($r = 0.642$, $p < 0.001$). Esto significa que a mayor índice de CO-D, mayor es el puntaje de OHIP y viceversa.

Tabla 23 Correlaciones entre grupo de discapacidad motora y las siete dimensiones del OHIP prueba de Rho Spearman.

	Caries		Perdidos		Obturados		CO-D		CPO-D	
	r	p	r	p	r	p	R	P	r	P
Limitación funcional (n=52)	0.173	0.220	0.080	0.571	-0.167	0.236	0.090	0.525	0.075	0.595
Dolor (n=52)	0.701	<0.001	0.181	0.199	-0.068	0.631	0.685	<0.001	0.642	<0.001
Incomodidad psicológica (n=52)	0.390	0.004	0.088	0.536	-0.031	0.830	0.361	0.009	0.282	0.043
Discapacidad física (n=52)	0.346	0.012	0.110	0.438	0.041	0.771	0.355	0.010	0.335	.015
Discapacidad psicológica (n=52)	0.505	<0.001	0.437	<0.001	0.054	0.703	0.538	<0.001	0.589	<0.001
Discapacidad social (n=52)	0.365	0.008	0.416	0.002	-0.213	0.129	0.280	0.044	0.287	0.039
Desventaja (minusvalía) (n=52)	0.308	0.027	0.184	0.191	-0.203	0.150	0.216	0.125	0.208	0.138
OHIP (n=52)	0.676	<0.001	0.319	0.021	-0.034	0.811	0.663	<0.001	0.634	<0.001



Los resultados de la tabla 24 reportan la correlación existente entre los componentes de CO-D, CPO-D y las dimensiones del OHIP, en el grupo de discapacidad visual. Identificándose que en este grupo no existen buenas correlaciones con ninguno de los componentes del CO-D, así como el CPO-D con ninguna de las dimensiones ni con el OHIP. Lo que significa que los resultados obtenidos en el CPO-D en comparación con el OHIP no tienen relación entre si.

Tabla 24 Correlaciones entre grupo de discapacidad visual y las siete dimensiones del OHIP, prueba de Rho Spearman.

	Caries		Perdidos		Obturados		CO-D		CPO-D	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Limitación funcional (n=16)	-0.297	0.264	-0.045	0.868	0.213	0.429	-0.163	0.545	-0.164	0.544
Dolor (n=16)	-0.094	0.730	-0.018	0.948	-0.092	0.735	-0.090	0.739	-0.141	0.604
Incomodidad psicológica (n=16)	-0.319	0.228	-0.481	0.059	-0.507	0.045	-0.537	0.032	-0.576	0.019
Discapacidad física (n=16)	0.107	0.694	0.094	0.728	-0.344	0.192	-0.107	0.694	-0.111	0.683
Discapacidad psicológica (n=16)	-0.193	0.473	-0.083	0.759	-0.427	0.099	-0.380	0.146	-0.365	0.165
Discapacidad social (n=16)	-0.264	0.323	-0.115	0.671	0.026	0.925	-0.320	0.226	-0.321	0.225
Desventaja (minusvalía) (n=16)	-0.501	0.048	-0.285	0.284	-0.215	0.423	-0.579	0.019	-0.581	0.018
OHIP (n=16)	0.104	0.701	0.037	0.890	-0.253	0.345	-0.029	0.914	-0.061	0.821



En la siguiente tabla observamos que los individuos con más de dos caries reportan una razón de momios (RM)=5.54 de presentar impacto en sus actividades de la vida diaria, en comparación con las personas que registran dos o menos caries. En los individuos con un índice CO-D mayor de tres tienen un RM=11.05 de presentar impacto en sus actividades de la vida diaria, en comparación con las personas que registran un índice CO-D menor o igual a tres.

Los individuos con un índice CPO-D mayor a 3 tiene un RM=13.36 de tener un impacto en la calidad de vida. Esto es que a mayor número de caries se encontrará un mayor riesgo de sufrir un impacto en calidad de vida, mientras que a menor número de caries, habrá menor impacto.

Tabla 25. Factores de riesgo o momios RM

OHIP						
Caries	>1	≤1	RM	Inferior	Superior	P
>2	136	6	5.54	2.25	13.63	<0.001
≤2	139	34	1			
Perdidos						
>1	41	0				
≤1	234	40				
Obturados						
>1	31	2	2.41	0.55	10.50	0.240
≤1	244	38	1			
CO-D						
>3	130	3	11.05	3.33	36.71	<0.001
≤3	145	37	1			
CPO-D						
>3	143	3	13.36	4.02	44.36	<0.001
≤3	132	37	1			



10. DISCUSIÓN

En este estudio se obtuvieron ciertos resultados importantes susceptibles de analizar. Ante todo, es importante reiterar que los datos logrados se basaron estrictamente en las respuestas obtenidas en el instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP) el cual fue contestado a través de interrogatorio directo por las personas con capacidades diferentes y sus familiares. Asimismo, se contó con una población de estudio de 315 individuos de los cuales el 47.9% (n=151) no presentó ningún tipo de discapacidad; y el 52.1% restante lo integraron personas con discapacidad, de las cuales el 58.5% (n=96) presentó discapacidad intelectual; el 31.7% (n=52) presentó algún tipo de discapacidad motora como artritis juvenil, cuadriplejía, hemiplejía, paraplejía, parálisis cerebral y secuelas de poliomielitis y el 9.7% (n=16) con discapacidad visual.

El tipo de discapacidad que más se encontró en las personas de este estudio fue la discapacidad intelectual (problemas de aprendizaje, retraso mental y Síndrome de Down).

En cuanto al género, vemos que las personas sin discapacidad son en su mayoría mujeres con un total del 67.5%; sin embargo el grupo con capacidades diferentes lo representan en su mayoría hombres con un 65.7%, en relación al 34.3% de las mujeres que componen la población total con discapacidad. Esto probablemente se deba a que en México aún existe mayor preferencia hacia un hijo varón, por lo que se les provee de mayores cuidados y/o atenciones, mientras que una hija y en especial con alguna discapacidad es más fácilmente abandonada, lo que refiere el número de personas que asisten a este Centro de Rehabilitación. Esto fue claramente notorio al acudir a las escuelas de educación especial situadas en algunas comunidades, encontrando que el 90% de la población de alumnos eran hombres.



Al igual que este estudio, otros han demostrado que hay más niños con capacidades diferentes que niñas, donde se argumenta que los varones están más expuestos a los peligros físicos debido a factores "genéticos" relacionados con el sexo. Pero puede ser que haya razones más injustas:⁶¹

Los niños con capacidades diferentes a veces reciben mejor cuidado que las niñas. Esto no es sorprendente: ya que en la mayoría de los países los niños sin discapacidades también reciben mejor tratamiento, más alimento y más oportunidades que las niñas con las mismas características.

Respecto a la media de edad de los grupos con alguna discapacidad, encontramos que el grupo de discapacidad intelectual tiene una media de edad menor de 13.61 que los otros dos grupos, los cuales alcanzaron una media de 25.05 para discapacidad motora y el 31.18 en la discapacidad visual. Consideramos que uno de los factores que puede influir en esta situación, es que las personas con discapacidad motora y visual normalmente adquieren su discapacidad después de la adolescencia.

En el caso de la discapacidad motora vemos que se adquiere a través de procesos traumáticos como accidentes automovilísticos, caídas o heridas por arma de fuego, y en menor grado por procesos infecciosos virales, inflamatorios, o enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central. En el caso de discapacidad visual, la mayoría de las personas la van adquiriendo al paso del tiempo ya que esta es una enfermedad generalmente degenerativa.

En las respuestas correspondientes a la dimensión 1 "Limitación Funcional" del OHIP, encontramos que las personas que refieren mayor impacto son los individuos sin discapacidad (7.53), seguidos por los de discapacidad intelectual con 5.07, por discapacidad visual con 4.68 y la discapacidad motora con solo el 2.40 de impacto. Como se puede notar, estos resultados confirman que sí hay un impacto en esta dimensión aunque muy bajo, ya que la mayoría de las personas encuestadas no consideran que alguno de sus dientes o su boca en general, les



provoquen algún problema para hablar o que estos lleguen a cambiar o modificar el sabor de los alimentos. En especial las personas con discapacidad intelectual y motora (únicamente la parálisis cerebral), quienes habitualmente presentan problemas al hablar, saben que esto se debe a la misma discapacidad que padecen y no a problemas bucales. Cabe señalar que las personas con Síndrome de Down, siendo parte del grupo de discapacidad intelectual, sí reportaron en la mayoría de los casos dificultad al hablar debido a las manifestaciones bucales que el mismo síndrome presenta.

En la dimensión No 2 “Dolor Físico” se observó que nuevamente el grupo que reportó mayor impacto fue el de sin discapacidad con 31.45, los de discapacidad visual con 29.68, los de discapacidad intelectual con 27.99 y los de discapacidad motora con 27.88 de impacto. Es importante señalar que el puntaje de impacto en esta dimensión es considerable y que no existen diferencias significativas entre los grupos. Existe una pequeña discrepancia entre los grupos sin discapacidad y discapacidad motora, esto probablemente se presenta por las prioridades de cada grupo. En el caso de la discapacidad motora sus necesidades se enfocan más al bienestar físico general que al bucal, un ejemplo de ello son las personas con discapacidad que dependen de una silla de ruedas, lo que generalmente propicia infección y/o dolor en los glúteos por la presión constante ejercida, constituyéndose en un problema mayor con relación al dolor bucal. También es importante mencionar que la clase social a la que pertenecen determinará la concepción del dolor, ya que el dolor en algunas personas puede llegar a ser parte de su vida diaria.

Los resultados de la dimensión No. 3 “Incomodidad psicológica” se dieron de la siguiente manera: las personas con discapacidad visual con 31.25, el grupo sin discapacidad 29.41, con discapacidad motora con 27.16 y con discapacidad intelectual con 16.14 de impacto. Esto demuestra que quienes presentan mayor impacto y por lo mismo una mayor preocupación por su salud bucal son las personas con discapacidad visual seguidas por los individuos sin discapacidad. En



el caso de discapacidad intelectual el impacto que presentan no es tan alto comparado con los otros grupos, debido a que sus necesidades básicas (comunicarse para un cambio de ropa, alimentación o manifestar su estado anímico) son prioritarias en relación al estado de salud bucal. Como por ejemplo, las personas encuestadas con Síndrome de Down a quienes les preocupaba más tener comida preparada y no los problemas que pudiera presentar con su boca.

Las respuestas correspondientes a la dimensión No. 4 "Discapacidad física" refieren impacto en un 33.52 las personas sin discapacidad, 31.25 para el grupo de discapacidad visual, 28.36 para los de discapacidad motora y 21.74 para los de discapacidad intelectual. Como se puede observar el grupo sin discapacidad es el que presenta mayor impacto; creemos que esto se debe a que ellos tienen mayor posibilidad de elegir sus alimentos, lo que permite que este acto no sea tan significativo como lo representa para personas con discapacidad, principalmente intelectual quienes están a expensas de los alimentos que les puedan proporcionar sin tener la mayoría de las veces, opción a cambiar su alimentación. Es importante señalar que por las mismas limitaciones físicas, dadas por su discapacidad, normalmente son discriminados en el campo laboral, por lo que no cuentan con recursos económicos para elegir por su cuenta sus alimentos.

En los datos registrados para la dimensión No.5 "Discapacidad Psicológica", refieren un 13.99 de impacto para las personas sin discapacidad, para los de discapacidad motora 13.94, 13.28 para los de discapacidad visual y 6.51 para los de discapacidad intelectual. Esta información reporta que el grupo de personas sin discapacidad y el de discapacidad motora son los que presentan mayor impacto en esta dimensión, debido probablemente a que están más concientes de la apariencia de sus dientes y les es más embarazoso tener un diente en mala posición o en mal estado, a diferencia de las personas con discapacidad visual o intelectual quienes no les importa tanto esta situación.



Los resultados de la dimensión 6 “Discapacidad Social” aportaron los siguientes datos: las personas sin discapacidad 9.35, los de discapacidad visual 8.59, las personas con discapacidad motora 6.49 y el grupo de discapacidad intelectual 5.72. Es importante mencionar que el impacto en esta dimensión es bajo en todos los grupos, principalmente por que en las respuestas de la pregunta No. 11 el 88.8% de los encuestados contestaron que “nunca”, ya que consideraban que un problema bucal no los haría estar molestos con otras personas. Pese a esto se observa nuevamente que el grupo con mayor impacto en esta dimensión es el de personas sin discapacidad ya que son ellos quienes reportan mayor dificultad para realizar sus actividades cuando presentan algún problema a nivel bucal. En el caso de las personas con alguna discapacidad la situación es diferente ya que no se ven tan limitados por problemas bucales como por la limitación misma de su discapacidad, la cual es prioritaria la mayoría de las veces.

En la última dimensión del OHIP que es la No. 7 “Desventaja” los resultados obtenidos son: 6.25 para el grupo con discapacidad visual, 5.87 sin discapacidad, 5.59 discapacidad intelectual y 3.60 de impacto para discapacidad motora. Como se puede vislumbrar esta dimensión es la que presentó el impacto más bajo, ya que en la pregunta No.13 el 94% (n=296) de las personas encuestadas consideran que su vida no ha empeorado por problemas bucales por lo que eligieron la respuesta “nunca” y en la pregunta No. 14 el 77.1% (n=243) de las personas, contestaron que realizan sus actividades diarias de manera normal a pesar de presentar alguna alteración a nivel bucal. Es importante resaltar, que en dimensiones como la de dolor principalmente hay un impacto alto, mientras que en esta dimensión el impacto es muy bajo, lo que indica que a pesar de los problemas bucales que lleguen a presentar, los individuos realizan las actividades cotidianas, sin tener mayor opción, ya que algunas personas encuestadas mencionaron textualmente que “aunque me duela tengo que trabajar”. Esto resulta bastante coherente, por que la mayoría de la población vive al día, y no se pueden dar el lujo de dejar sus labores, teniendo por lo tanto mayor valor la parte económica que la salud.



En los resultados totales (las siete dimensiones) del instrumento OHIP se aprecia que el grupo que registró mayor impacto es el de personas sin discapacidad con un 18.70, seguido por el grupo de discapacidad visual con 17.85, el de discapacidad motora con 15.69 y el de discapacidad intelectual con 12.68. Estos datos nos indican el nivel de impacto que hubo en la población estudiada, mostrándonos que el grupo de personas con algún tipo de discapacidad obtuvieron un menor impacto que las personas sin discapacidad, consideramos que esta situación se debe a que las personas con discapacidad tienen necesidades de mayor importancia que son prioritarias comparados con los problemas bucales que lleguen a tener.

En los datos referentes al CPO-D es curioso observar que el componente con mayor incidencia es el de caries en todos los grupos, sin embargo, las cifras no indican un nivel alarmante. Creemos que esto se debe a los alimentos que consumen, los cuales no son alimentos cariogénicos y sí fibrosos, propiciando que el nivel de caries no aumente pese a su deficiente y/o carente higiene bucal.

Consideramos que el componente caries comparado con los componentes dientes obturados y perdidos es mayor debido a dos posibles situaciones, en primera instancia por el nivel socio económico bajo, ya que como la investigación del Centro de Información de las Naciones Unidas reporta, "cerca de dos terceras partes de las personas con discapacidad viven en la pobreza, perteneciendo a la población mas pobre del mundo, siendo agudamente afectados por escasez de agua, comida y vivienda, transportación, falta de empleo y fuentes de ingreso pero sobre todo, cuidados de salud".⁹ En segunda instancia por la discriminación que existe al momento de brindar atención bucal, la cual es negada en la mayoría de los casos, por la escasa información y preparación que los profesionales de la salud en esta problemática tienen. Lo que explica la carencia de tratamientos dentales en estas personas.



Un dato relevante en los resultados sacado por medio de la razón de momios es que una persona con un nivel de dos o más caries es 5.5 veces más propenso a tener un impacto en la calidad de vida. Es bastante razonable, ya que entre más caries tenga un individuo es más factible que haya presencia de molestias y/o dolor interrumpiendo esto las actividades de la vida cotidiana.



11. CONCLUSIONES

Con este trabajo, se pudo demostrar que sí existe impacto en la calidad de vida debido a problemas bucales, tanto en personas sin discapacidad como en personas con algún tipo de discapacidad. Siendo en las primeras donde se encontró mayor significancia.

Entendiendo por discapacidad una condición que se caracteriza por la existencia de limitaciones para el desempeño de las actividades cotidianas resultante de deficiencias físicas, sensoriales y/o intelectuales, determinadas por secuelas de procesos patológicos, su magnitud, tanto cualitativa como cuantitativa, constituye un grave problema de salud pública y las acciones que se emprendan para su solución deben estar respaldadas por un análisis sistemático y profundo, que conlleve a la realización de acciones para su prevención, detección temprana, rehabilitación oportuna e integración social de las personas que la padecen, para lograr así, una mejoría en la calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud. Hoy en día, existe un buen número de instrumentos validados, aplicables a diversas enfermedades y poblaciones, los cuales permiten medir y evaluar el impacto de un diagnóstico específico. Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria. La introducción de estos elementos no solo se limita a la investigación de ensayos clínicos terapéuticos, si no que se extiende a la investigación en servicios médicos y bucales de salud.

Este trabajo pretende crear conciencia e impulsar el apoyo a personas con capacidades diferentes, siendo estas un porcentaje importante en la población total mexicana, que merece ser tomado en cuenta. Asimismo, se busca sensibilizar a la comunidad odontológica de la existencia de este problema, para que se continúe con investigaciones que atiendan a este sector de la población, tomando



en cuenta su salud bucal para así poder determinar mejores tratamientos y optimizar con esto la calidad de vida.

Proponemos la inclusión de este tema al programa de estudios con un contenido adecuado para que los profesionales de la salud bucal tengan una formación integral y un perfil adecuado para la atención de esta población.

Vale la pena reflexionar e insistir que el papel de la integración a través de la convivencia de personas con y sin discapacidad es un objetivo y una estrategia para eliminar prejuicios, ya que en el intercambio social se revaloriza la diversidad humana y da como resultado un trato igualitario, así como la posibilidad de enriquecer y fortalecer nuestra sociedad.



12. BIBLIOGRAFÍA

1. Adulyanon, A., Vorapukjaru, A.; ORAL IMPACTS AFFECTING DAILY PERFORMANCE IN A LOW DENTAL DISEASE THAT POPULATION; J. Community Dent Oral Epidemiology, 1996; 24: 385-389.
2. Allison, P.J., Hennequin, M., Faulks, D.; Faculty of Dentistry of Montreal Quebec Canada; DENTAL CARE ACCESS AMONG INDIVIDUAL WITH DOWN SYNDROME IN FRANCE; Spec Care Dentist 2000 Jan-Feb; 20 (1): 28-34
3. American Academy Child & Adolescent Psychiatry, LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DEL APRENDIZAJE; número 16.
4. Arenas, M.L., Olguín, Y., Plascencia, N.; CAUSAS DE CEGUERA Y DEBILIDAD VISUAL EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL PARA LA REHABILITACIÓN DE NIÑOS CIEGOS Y DÉBILES VISUALES; México DF, 1994.
5. Atchinson, K., Dolan, T.; DEVELOPMENT OF THE GERIATRIC ORAL HEALTH INDEX; Journal of Dental Education, 1990. 54: 680-7
6. Bibliomed; LA DISCAPACIDAD REQUIERE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES; Chile, 2002.
7. Bravo, G.; LESIONES Y COMPLICACIONES DE LA MÉDULA ESPINAL; Departamento de Farmacobiología del Cinvestav-IPN; 2002.
8. Cabrera, A.; UTILIZACIÓN DE INDICADORES SOCIALES EN LA MEDICIÓN DEL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES BUCALES; Tesis Lic. Fac. Odontología, UNAM; 1999; México.
9. Catford, J.; POSITIVE HEALTH INDICATORS - TOWARDS A NEW INFORMATION BASE FOR HEALTH PROMOTION; Community Medicine 1983; 5:125-132.
10. Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana; 3 DE DICIEMBRE: DIA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
11. Comisión Interamericana de Derechos Humanos; CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD; Guatemala, 1999.
12. CONVIVE. Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al desarrollo de las Personas con Discapacidad. Informe Nacional de Avances 1998-1999. Gobierno Federal. México; 1999, pp 5-9
13. Cushing, A., Sheiham, A., Maizels, J.; DEVELOPING SOCIO-DENTAL INDICATORS THE SOCIAL IMPACT OF DENTAL DISEASE; Comm Dent Health; 1986, 3:3-17.
14. Disability World, revista electrónica, volumen 12 Enero-Marzo 2002
15. Donangelo, Karina.; et-al; DISCAPACIDAD CONTRA DISCRIMINACIÓN, LA ODONTOLOGÍA Y SUS PREJUICIOS; 1998



16. Dorland; DICCIONARIO MÉDICO; Interamericana McGraw-Hill, España, 1993.
17. Egea, García *et-al*, EXPERIENCIAS DE APLICACIÓN EN ESPAÑA DE LA CIDDM; CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD; 2000
18. Gabre, P., Martinsson, T., Gahnberg, L.; LONGITUDINAL STUDY OF DENTAL CARIES, TOOTH MORTALITY AND INTERPROXIMAL BONE LOSS IN ADULTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY; Eur J Oral Sci 2001 Feb; 109 (1): 20-6.
19. Gabre, P.; Department of Oral Diagnosis and Hospital Dentistry, Institute of Odontology, Karolinska Instituted, Stockolm, Sweden; STUDIES ON ORAL HEALTH IN MENTALLY RETARDED ADULTS; Swed Dent J Suppl 2000; (142): 1-48
20. Garrido Ramírez, E., Hernández Sánchez, J., ACTITUDES HISTÓRICO - FILOSÓFICAS ANTE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. Memoria 1991 Congreso Mundial. Congreso Bienal de la federación Mundial de Salud Mental. México 1991. vol 1 pp 380-82.
21. Gift, H., Atchinson, K., Drury, T.; PERCEPTIONS OF THE NATURAL DENTITION IN THE CONTEXT OF MULTIPLE VARIABLES; J Dental Res; 1998; 77 (7): 1529-1538.
22. Gilbert, G., Duncan R., Heft, M., Dolan, T.; ORAL DISADVENTAGE AMONG DENTATE ADULTS; Comm Dent Oral Epidem; 1997; 25: 301-313.
23. Gilson, BS., Gilson, JS., Bergner, M., Bobbitt, RA., Kressel, S., Pollard, WE., Vasselago, M.; THE SICKNESS IMPACT PROFILE. DEVELOPMENT OF AN OUTCOME MEASURE OF HEALTH CARE; Am J Public Health 1975; 65: 1304-10.
24. Goldstein, H.; UTILISATION OF HEALTH SERVICES OVER A ONE - YEAR PERIOD BY AN ADULT POPULATION WITH DOWN SYNDROME; Dan Med Bull 1988 Feb; 35 (1): 100-4.
25. Guyatt, GH., Cook, DJ.; HEALTH STATUS, QUALITY OF LIFE, AND THE INDIVIDUAL; JAMA 1994; 272:630-631.
26. Harrison; PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA; McGraw-Hill Interamericana, España, 13ª edición, 1994
27. Hawkins-Shepard, Charlotte.; RETRASO MENTAL Tr. de ERIC EC Digest #E528, sept 1994.
28. Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L.; METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN; Mc Graw Hill, México, 1998.
29. INEGI.; TABULADOS BÁSICOS, ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, XXI CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2000; México 2001
30. Jimenez Ferez, Juana.; PERCEPCIÓN DE SALUD BUCAL EN UN GRUPO DE ADULTOS EN PLENITUD; XX Coloquio De investigación, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.



31. Leao, A., Sheiham, A.; RELATION BETWEEN CLINICAL DENTAL STATUS AND SUBJECTIVE IMPACTS ON DAILY LIVING; J.Dent. Res 1995; 74: 1408-13
32. Lengerich, Ej.; (ed.). INDICATORS FOR CHRONIC DISEASE SURVEILLANCE: CONSENSUS OF CSTE, ASTCDPD, AND CDC; Atlanta, Ga: council of states and territorial epidemiologists, November, 1999.
33. Locker, D., Allen, F.; A MODIFIED SHORT VERSION OF THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE FOR ASSESSING HEALTH - RELATED QUALITY OF LIFE IN EDENTULOUS ADULTS, Int J Prosthodont 2002; 15: 446-450.
34. Locker, D., AN INTRODUCTION TO BEHAVIORAL SCIENCE AND DENTISTRY; British Library; London; 1989;259p.
35. Locker, D., Jokovic, A.; USING SUBJECTIVE ORAL HEALTH STATUS INDICATORS TO SCREEN FOR DENTAL CARE NEEDS IN OLDER ADULTS; Comm Dent Oral Epidemiol; 1996; 24: 398-402.
36. Locker, D., Slade, D.; ORAL HEALTH AND THE QUALITY OF LIFE AMONG OLDER ADULTS: THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE; J Can Dent Assoc. 1993 Oct; 59(10): 830-3, 837-8, 844.
37. Locker, D., Slade, G.; SELF PERCEIVED ORAL HEALTH STATUS, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, AND LIFE SATISFACTION IN AN OLDER ADULT POPULATION; J Dent Res; 2000; 79 (4): 970-975
38. Locker, D.; MEASURING ORAL HEALTH: A CONCEPTUAL FRAMEWORK; Community Dental Health 1988; 5:5-13.
39. Locker, D.; MEASURING ORAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE: CONCEPTS OF ORAL HEALTH, DISEASE AND QUALITY OF LIFE; University of North Carolina, Canada; 1997; 11-24.
40. Locker, D.; SUBJECTIVE ORAL HEALTH STATUS INDICATORS; J Public Health Dent 1994 Summer 54(3): 167-76.
41. Mainaire, P.; "DISEASE, ILLNES AND HEALTH: THEORETICAL MODELS OF DISABLEMENT PROCESS"; Bull World Health Organ; 1992; 70:373-379.
42. Maizels, J., Maizels, A., Sheiham, A.; DENTAL DISEASE AND HEALTH BEHAVIOUR: THE DEVELOPMENT OF AN INTERACTIONAL MODEL; Comm Dent Health; 1991; 8: 311-321.
43. Matas C, José., et-al; SALUD ORAL Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR.
44. Merry, E.; DISABILITY PART 2: ACCES TO DENTAL SERVICES FOR DISABLE PEOPLE. A QUESTIONARIE SURVEY OF DENTAL PRACTICES IN MERSEYSIDE; British Dental Journal 2002 Sep 14; 193 (5): 253-5
45. National Information Center for Children and Youth with Disabilities (NICHCY); INFORMACIÓN GENERAL SOBRE DISCAPACIDADES; 2003.



46. National Institute of Dental and Craniofacial Research; ORAL HEALTH IN AMERICA: A REPORT OF THE SURGEON GENERAL; J Calif Dent Assoc, 2000 Sep; 28 (9): 685 - 95.
47. Nelson, EC., Beriwick, DM.; "THE MEASUREMENT OF HEALTH STATUS IN CLINICAL PRACTICE". Med Care 1989; 27(Suppl): 77- 90.
48. Nelson, EC., Landgraf, JM., Hays, RD., Wasson, JH., Kirk, JW.; "THE FUNCTIONAL STATUS OF PATIENTS. HOW CAN IT BE MEASURED IN PHYSICIANS OFFICES?" Med Care 1990; 28:1111-1126.
49. Nutall, NM., Steele, JG., Pine, CM., White, D., Pitts, NB.; THE IMPACT OF ORAL HEALTH ON PEOPLE IN THE UK IN 1998; February 10 2002, volume 190. No. 3, p.121-126.
50. OMS; ENCUESTAS DE SALUD BUCODENTAL; Cuarta Edición; Ginebra Suiza, 1997.
51. OMS; INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF IMPAIRMENTS, DISABILITIES AND HANDICAPS: A MANUAL OF CLASSIFICATION; Geneva: World Health Organization; 1980.
52. Oral Health in America: A report of the Surgeon General, EFFECTS ON WELL-BEING AND QUALITY OF LIFE.
53. Otero M, J.; TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS EN LOS PACIENTES ESPECIALES: CONCEPTOS DEL DR. JAVIER SANZ; España.
54. Pascal, J., Lombrail, P. ; MESURE DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION. LA REVUE DU PRATICIEN ; 2001;51:1931-1938.
55. Patrick, D.L., Deyo, R.A.; GENERIC AND DISEASE ESPECIFIC MEASURES IN ASSESSING HEALTH STATUS AND QUALITY OF LIFE; Med Care, 1989; 27: 217-232.
56. Patrick, DL., Bergner, M.; MEASUREMENT OF HEALTH STATUS IN THE 1990's; Ann Rev Pub Health; 1990; 11: 165-83.
57. Ravaglia, Clemente.; EL PROBLEMA DE LA SALUD BUCO DENTAL DE LOS PACIENTES DISCAPACITADOS Y/O ESPECIALES EN AMÉRICA LATINA.
58. Reisine, S., Ferting, J. y col; IMPACT OF DENTAL CONDITIONS ON PATIENTS QUALITY OF LIFE; Comm Dent Oral Epidemiol; 1989 Feb; 17(1): 7-10
59. Reuland-Bosma, W.; PERIODONTAL DISEASE IN DOWN'S SYNDROME; Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97 (11): 468-71.
60. Secretaría de Salud. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD; México. 2000.
61. Shapira, J., Stabholz, A., Schurr, D., Sela, MN., Mann, J.; Department of Pediatric Dentistry, Hebrew Univesity. Hadassah school of Dental Medicine, Jerusalem.
62. Simeonsson, RJ., Lollar, D., Hollowell, J., Adams, M.; REVISION OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF IMPAIRMENTS, DISABILITIES AND HANDICAPS. DEVELOPMENTAL ISSUES; J Clin Epidemiol 2000; 53:113-124.



63. Slade, GD., Spencer, AJ.; DEVELOPMENT AND EVALUATION OF THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE; Community Dent Health 1994; 11: 3-11.
64. Slade, GD., Spencer, AJ.; SOCIAL IMPACT OF ORAL DISEASE AMONG OLDER ADULTS; Aust Dent J 1994; 39: 358-64.
65. Slade, GD.; MEASURING ORAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE: ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP); University of North Carolina, Canada; 1997; 93-104.
66. Slade, GD.; ASSESSING CHANGE IN QUALITY OF LIFE USING THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE; Community Dent Oral Epidemiol. 1998 Feb; 26(1): 52-61.
67. Sorrentino, AM.; HANDICAP Y REHABILITACIÓN. UNA BRÚJULA SISTEMÁTICA EN EL UNIVERSO; 1990, pp601
68. Tickle, M., Craven, R., Worthington, H.; A COMPARISON OF THE SUBJECTIVE ORAL HEALTH STATUS OF OLDER ADULTS FROM DEPRIVED AND AFFLUENT COMMUNITIES; Comm Dent Health; 1997; 25: 217_222.
69. Tugwell, P., Bennett, KJ., Sackett, D., et al; RELATIVE RISKS, BENEFITS AND COSTS OF INTERVENTION; In Warren KS, Mahmoud AAF (editors), Tropical and Geographic Medicine; New York, Mc Graw Hill; 1985; 1097-113.
70. Ulseth, JO., Hestner, A., Stovner, LJ., Storhaug, K.; DENTAL CARIES AND PERIODONTITIS IN PERSONS WITH DOWN SYNDROME; Spec Care Dentist 1991 Mar - April; 11 (2): 71-3.
71. Velarde, JE., Ávila, FC.; EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, Salud Pública de México, Vol. 44, No. 4, julio - agosto 2002.
72. Vittek, J., Winik, S., Winik, A., Sioris, C., Tarangelo, AM., Chou, M.; Department of Dentistry, Wstchester Institute for Human Development, Medical University, New York Medical College. USA. ANALYSIS OF ORTHODONTICTS ANOMALIES IN MENTALLY RETARDED DEVELOPMENTALLY DISABLED (MRDD) PERSONS; Spec Care Dentist 1994 Sep - Oct; 14 (5): 198-202.
73. Werner, David.; EL NIÑO CAMPESINO DESHABILITADO. UNA GUÍA PARA PROMOTORES DE SALUD, TRABAJADORES DE REHABILITACIÓN Y FAMILIAS; Fundación Hasperian; Palo Alto Estados Unidos; 1990.
74. www.aldeaeducativa.com; DISCRIMINACIÓN A DISCAPACITADOS Y ENFERMOS.
75. www.tlali.iztacala.unam.mx/coloquio/consulta/prop/48
76. XXI Coloquio de Investigación, Universidad Nacional Autónoma de México, PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR SUBJETIVO CON RELACIÓN A LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD BUCAL, DEL ANCIANO; Facultad de Estudios Superiores Iztacala.



13. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SECRETARÍA ACADÉMICA

ASUNTO: Autorización investigación

SRA. FLAVIA ANAU LEVI
Directora del Centro de Atención
Infantil "Piña Palmera"
Presente

Por este conducto, me dirijo a usted para solicitarle si para ello no existiera inconveniente, que las pasantes en odontología **Fátima del Carmen Aguilar Díaz** y **Karina Curioca Rey**, lleven a cabo la investigación relacionada con el *"impacto en la calidad de vida de personas con capacidades distintas respecto a su salud bucal"*, con los usuarios de ese Centro durante un periodo de 4 meses (mayo-septiembre) del año en curso.

Sin más por el momento y esperando contar con su inigualable cooperación agradezco de antemano sus finas atenciones.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, D. F., a 20 de abril de 2003

El Secretario



MTRO. JAVIER DE LA FUENTE HERNÁNDEZ

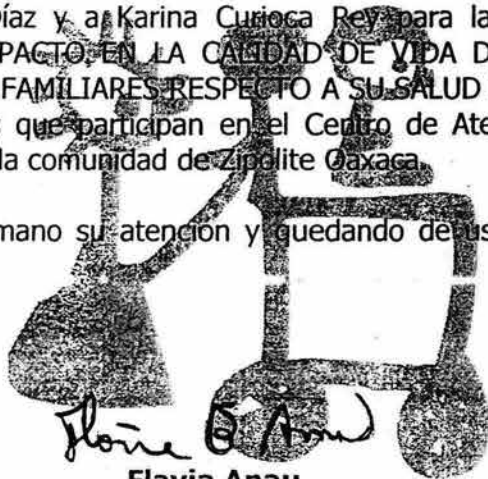
Piña
Palmera

Zipolite, Pochutla, Oaxaca, 29 Abril 2003.

A quien corresponda:

Por medio de la presente me permito asentar nuestro consentimiento a Fatima del Carmen Aguilar Díaz y a Karina Curiosa Rey para la realización de su proyecto de tesis "IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS FAMILIARES RESPECTO A SU SALUD BUCAL". El cual se realizará con personas que participan en el Centro de Atención Infantil Piña Palmera, localizado en la comunidad de Zipolite Oaxaca.

Agradeciendo de antemano su atención y quedando de usted para cualquier duda o aclaración.



Flavia Anau

Coordinadora General

C.A.I. Piña Palmera A.C.

CAI-890216-3Y9

Pochutla, Oaxaca, Apartado Postal 109 México, C.P. 70900

Tel/Fax: 01 (958) 5843145

e-Mail: pinapalmera@laneta.apc.org

flapina@laneta.apc.org

caippac@yahoo.com.mx

Oficina en México: Nahuatltecas, Manzana 81, Lote 17, Col. Ajusto, C.P. 04300, Delegación Coyoacán, México, D.F., Tel/Fax 01 (55) 5618-0518



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA**

PROYECTO DE TESIS: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES RESPECTO A SU SALUD BUCAL, EN USUARIOS DEL CAI PIÑA PALMERA EN ZIPOLITE, OAXACA

CUESTIONARIO PILOTO

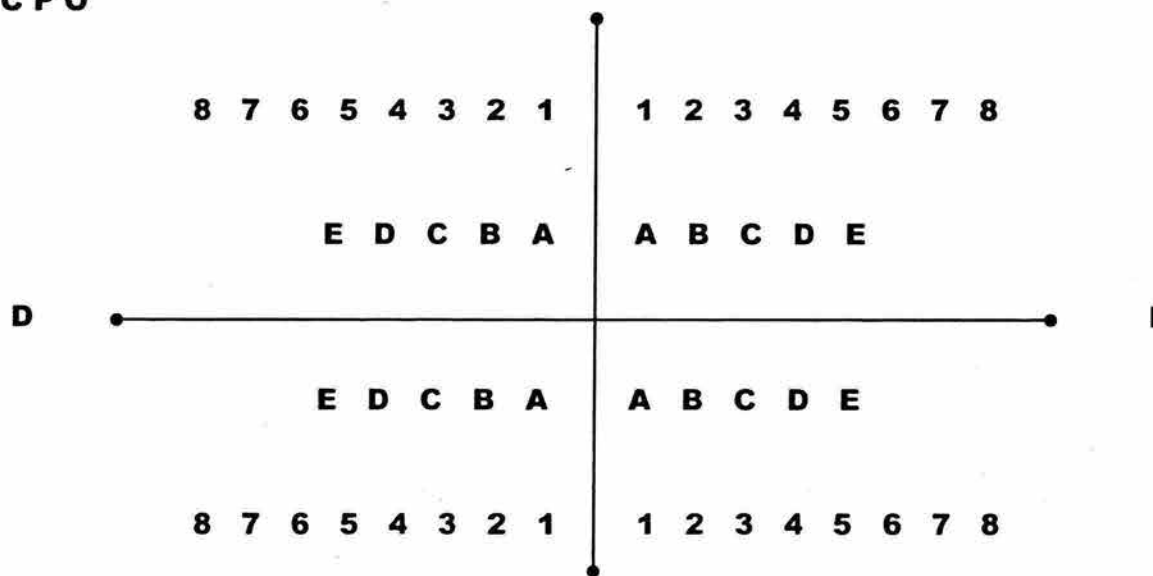
EDAD _____ **SEXO** _____ **RESIDENCIA** _____
PADECIMIENTO _____
PACIENTE _____ **FAMILIAR** _____

Ahora nos gustaría realizar algunas preguntas sobre la situación de su boca, de sus dientes en los últimos seis meses	0	1	2	3	4	5
¿Sientes que tu boca, tus dientes, o tu dentadura te molestan para pronunciar alguna palabra?						
¿El sabor de los alimentos ha empeorado por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?						
¿Sientes dolores en tu boca, tus dientes o tu dentadura?						
¿Te molesta tu boca, tus dientes o tu dentadura al comer algún alimento?						
¿Estas preocupado por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?						
¿Cambias tus alimentos a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?						
¿Evitas ciertos alimentos por que te duelan tus dientes, tu boca o tu dentadura?						
¿Tienes problemas para dormir por causa de problemas con tus dientes, tu boca ? o tu dentadura						
¿Te sientes avergonzado por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?						
¿Te sientes molesto con otras personas por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?						
¿Tienes dificultades para realizar tus actividades diarias a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura						

¿Sientes que la vida en general ha empeorado a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?						
¿Te has sentido totalmente sin poder hacer tus actividades diarias por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?						

CATEGORIA	VALOR
Nunca afectado en los últimos seis meses	0
Menos de una vez al mes, o hasta 5 días en total	1
Una o dos veces al mes, o hasta 15 días en total	2
Una o dos veces a la semana, o hasta 30 días en total	3
3-4 Veces a la semana, o hasta 3 meses en total	4
Casi todos los días, o más de 3 meses en total	5

C P O



C	
P	
O	



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**PROYECTO DE TESIS: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON CAPACIDADES
DIFERENTES RESPECTO A SU SALUD BUCAL, EN USUARIOS DEL CAI PIÑA PALMERA EN ZIPOLITE,
OAXACA
CUESTIONARIO**

EDAD _____ **SEXO** _____ **RESIDENCIA** _____ **No.** _____
PADECIMIENTO _____
PACIENTE _____ **FAMILIAR** _____

Nos gustaría realizar algunas preguntas sobre la situación de tu boca, y tus dientes en los últimos seis meses	0	1	2	3	4
¿Sientes que tu boca, tus dientes o tu dentadura, te molestan para pronunciar alguna palabra?					
¿El sabor de los alimentos ha cambiado a causa de problemas en tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Sientes algún dolor en tu boca, tus dientes o tu dentadura?					
¿Tienes alguna molestia en tu boca, tus dientes o tu dentadura al comer ciertos alimentos?					
¿Te preocupan los problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Te sientes estresado por causa de problemas en tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Cambias tus alimentos a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Evitas ciertos alimentos por que te duelan tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Tienes problemas para dormir por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Te sientes avergonzado por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Te sientes molesto con otras personas por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Tienes dificultades para realizar tus actividades diarias a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Sientes que la vida en general ha empeorado a causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?					
¿Sientes que no puedes hacer tus actividades diarias por causa de problemas con tus dientes, tu boca o tu dentadura?					



CALIBRACIÓN

La coherencia entre examinadores y la del propio examinador se puede evaluar de múltiples maneras, la más sencilla de las cuales consiste en determinar el porcentaje de concordancia entre los grados, por ejemplo, el porcentaje de sujetos a los que dos examinadores han asignado el mismo grado. Sin embargo, en el caso de la caries, si la prevalencia de la enfermedad es baja, este método no proporciona una medida exacta de la reproducibilidad. Una manera más fiable de evaluar la concordancia general entre examinadores consiste en hallar el valor kappa, que relaciona la concordancia real con el nivel de concordancia que se habría logrado al azar. Kappa se puede calcular a partir del siguiente cuadro.

Examinador 2	Examinador 1		
	Sano	Cariado	Total
Sano	a	c	a + c
Cariado	b	d	b + d
Total	a + b	c + d	a + b + c + d (=1)

a = Proporción de dientes que los dos examinadores considera sanos

b = Proporción de dientes que según el examinador 1 están sanos y según el examinador 2 están cariados

c = Proporción de dientes que según el examinador 1 están cariados y según el examinador 2 están sanos

d = Proporción de dientes que según los dos examinadores están cariados

$$k = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$$

donde:

Po= Proporción de concordancia observada, a saber, (a + b);

Pe= Proporción de concordancia que cabría prever si el proceso hubiera tenido lugar al azar, a saber (a + c) x (a + b) para los dientes sanos y (b + d) x (c + d) para los dientes cariados por lo tanto,



$$Pe = \frac{(a + c) \times (a + b) + (b + d) \times (c + d)}{(a + b + c + d)^2}$$

Cuando existe concordancia total $k = 1$. Cuando existe desacuerdo total, es decir, cuando $a + d = 0$, entonces $k = 0$. Un grado superior a 0,8 indica que la concordancia es buena, entre 0,6 y 0,8 la concordancia es notable, y entre 0,4 y 0,6 la concordancia es moderada.

Obteniendo como resultados las siguientes cifras:

Equipo 2	Equipo 1		Total
	Sano	Caries	
Sano	161	4	165
Caries	6	40	46
Total	167	44	211

Equipo 3	Equipo 1		Total
	Sano	Caries	
Sano	158	3	161
Caries	6	39	45
Total	164	42	206

Equipo:	1 vs. 2	1 vs. 3	2 vs. 3
Concordancia:	95.3%	95.2%	93.3%
Prueba de Kappa:	0.85	0.84	0.79