



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRÍPTICO PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
BUCODENTALES EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD
INTELECTUAL LEVE.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

RENATO TAPIA AGUIRRE

TUTORA: Mtra. MARÍA GLORIA HIROSE LÓPEZ

ASESORA: C.D. OLIVIA ESPINOSA VÁZQUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos:

Agradezco principalmente a mis padres y a mi hermano por pasar tiempos felices y difíciles que hemos tenido juntos a lo largo de toda mi vida.

Gracias a ustedes estoy terminando este ciclo. Gracias por todo su apoyo, motivación y dedicación. Gracias por estar ahí cuando los he necesitado y que no me han dejado caer.

Papá: eres la persona más fuerte que conozco. Eres un ejemplo de vida y superación para mí, gracias por darme la educación que tengo y por dedicar cada día de tu vida a nosotros.

Mamá: cuando me reclamas que no te abrazo es porque a veces pienso que ni todos los abrazos que te pueda dar sean lo mucho que te quiero. Gracias por siempre confiar en mí.

Chino: sabes que te quiero de igual manera, es un orgullo haber jugado junto a ti aunque sea un torneo juntos y es más un orgullo sentirte mi hermano y mi amigo. Con ganas, si se puede!!!

Agradezco a mi abuelo Juan, abuela Elvira y a mis abuelos Eva y Roberto que aunque no están conmigo sé que me están viendo.

A la Dra. María Gloria Hirose López y a la Dra. Olívía Espinosa Vázquez por brindarme su ayuda, tiempo, dedicación, conocimiento y paciencia para la elaboración de este trabajo. Son unas excelentes doctoras, maestras y en especial unas excelentes personas... gracias.

Al Dr. Arturo Saracho, Dr. Sergio, Dr. Juan Carlos, Dra. Fabíola, Dra. Angélica y Lulú por darme la oportunidad de

estar con ellos en mi servicio social durante un agradable año.

A mis maestros que siempre estuvieron ahí para guiarme y ofrecerme la ayuda que solo un cirujano dentista sabe brindar.

A la UNAM que es la máxima casa de estudios que me brindó esta educación y me apoyó como estudiante y deportista.

A mis entrenadores, compañeros y compañeras de equipo que me enseñaron, mediante el voleibol, a superarme como persona con cada entrenamiento y torneo, haciéndome sentir orgulloso por representar a mi universidad a nivel nacional e internacional.

A mis amigos Daniel, Pancho, Paulina, Diego, Lucía, Marco, Bere, Dalía; siempre he contado con ellos para lo que sea. Junto a ellos la UNAM siempre fue como nuestra segunda casa. Bien dicen que en la universidad encuentras a los amigos de tu vida y lo he comprobado. Gracias por brindarme su amistad y compañía en estos años.

A mis amigos de la facultad, con quien obtuve conocimientos y experiencias en la facultad.

A mis pacientes por siempre confiar en mí para su tratamiento. A mis pacientes de odontopediatría en quienes ví la satisfacción de lo que me deja la práctica odontológica.

En especial quiero agradecer a Dios y a la Virgen de Guadalupe que siempre han estado conmigo para guiarme y cuidarme toda mi vida.

Índice

Introducción

Antecedentes

1. Discapacidad intelectual.....	2
▪ Definición de discapacidad intelectual.	
▪ Coeficiente intelectual.	
▪ Clasificación y grados de discapacidad intelectual según el nivel de cociente intelectual.	
▪ Prevalencia de personas discapacitadas en México.	
▪ Factores de riesgo.	
2. Consideraciones bucodentales en niños con discapacidad intelectual leve.....	13
▪ Caries.	
▪ Enfermedad periodontal.	
▪ Maloclusiones.	
▪ Otros.	
3. Odontología preventiva en niños con discapacidad intelectual leve.....	16
▪ Métodos para la prevención de enfermedades bucodentales en el niño con discapacidad intelectual leve.	
▪ Dispositivos para la prevención de enfermedades bucodentales en el paciente con discapacidad intelectual leve.	
▪ Consideraciones dietéticas.	
▪ Uso de selladores de foseas y fluoruros.	
4. El tríptico como material didáctico y educativo.....	28
▪ Definición.	
▪ Diseño de un tríptico.	
5. Tríptico como material de apoyo para la prevención de enfermedades bucodentales en niños con discapacidad intelectual leve.....	32
▪ Elaboración.	
▪ Contenido.	
Conclusiones.....	37
Bibliografía.....	39

Introducción

El presente trabajo pretende crear conciencia de que el niño con discapacidad intelectual leve no es una persona enferma. Es una persona con condiciones de vida limitadas que se manifiestan en su desarrollo físico, mental y social y que necesita de apoyos especializados.

En nuestra sociedad, la discapacidad intelectual es vista como una barrera que se interpone entre la oportunidad de una calidad de vida favorable para el desarrollo del niño y el medio que lo rodea para acceder a una integración, educación y atención de las necesidades que se involucran en su vida diaria. Se le da gran importancia a la participación de los padres para brindar a su hijo con discapacidad intelectual leve la integración a la sociedad, ya que ellos son los primeros en ofrecerle a su hijo la motivación, la asistencia y la enseñanza durante toda su vida.

El presente trabajo pretende enfatizar la importancia de la atención odontológica para la prevención oportuna de las enfermedades bucodentales que pueden afectar al niño con discapacidad intelectual leve, elevando su calidad de vida. El cirujano dentista puede ejecutar las técnicas y métodos de prevención odontológica presentados a continuación junto con el niño y el padre previamente capacitado.

Como parte de este trabajo, se diseñó un tríptico con la información necesaria respecto a métodos de prevención e higiene bucodental en niños con discapacidad leve. Este tríptico va dirigido principalmente a los padres o responsables de estos niños y se considera es una herramienta útil para promover la salud bucodental en dicho sector de la población.

Antecedentes

1. Discapacidad Intelectual

Se ha discutido a lo largo de los años sobre cuál es el término adecuado para dirigirse a las personas discapacitadas; ha sido tema de debate, particularmente desde los años ochenta, en los ámbitos profesional y científico; también se ha ampliado a familiares y a las personas con esta discapacidad. Este debate debe orientarse hoy en día desde un enfoque que haga énfasis en la importancia que tienen las personas discapacitadas, como cualquier otro individuo de nuestra sociedad, sin caer en actitudes sobre protectoras ni discriminatorias.

Quizá lo más adecuado para dirigirse a los discapacitados es diseñar algunas recomendaciones sobre el lenguaje profesional y cotidiano, limitando el uso de la expresión de la discapacidad en los momentos en que sea estrictamente necesario.¹

En 1992, la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR por sus siglas en inglés) documentó una definición del retraso mental que dio un giro completo a lo tradicional en cuanto al tema; se alejó de este concepto para dar una percepción fundamentada al individuo en la interacción de la persona y el contexto.²

Es entonces que a partir de 1992, se empezó a conceptualizar el retraso mental de una forma diferente. Se han producido avances muy significativos para así poder fundamentar y mejorar el entendimiento de los individuos con alguna discapacidad.

Desde 2002, se ha propuesto la elaboración de un nuevo modelo teórico, ampliando sus dimensiones para tomar una decisión sobre el término correcto que

¹ Verdugo, M. A. "Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre el Retraso Mental de 2002, *Rev. Esp. Discapac. Intel* 34. No. 205: 5-19, 2003.

² *Ibidem*. pág. 5.

se debe emplear, ya que es indispensable el precisar el tipo de discapacidad que presenta un individuo en función de la medición de la inteligencia, así como su conducta adaptativa. Mediante el desarrollo de este modelo teórico ejecutado principalmente en el ámbito de las organizaciones que se ocupan de este tema, se ha sugerido el uso del término *Discapacidad Intelectual*, ya que el de *Retraso Mental* ha sido ampliamente rechazado por profesionales y familiares. Así pues, muchos países utilizan ya el término discapacidad intelectual desde hace ya varios años, así como la principal asociación científica, la Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual (IASSID, *International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities*) que lo incluye en su propio nombre. La propia AARM ha hecho el esfuerzo por cambiar su nombre, en un proceso lento y discutido, por el de AAID (Asociación Americana de Discapacidad Intelectual).³

Definición de Discapacidad Intelectual

En nuestro país la discapacidad intelectual no es vista como una enfermedad; es considerada como una condición de vida que se manifiesta en el funcionamiento intelectual y social del individuo considerando complicaciones en el razonamiento, lenguaje, toma de decisiones, su independencia y la vida cotidiana.⁴

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la discapacidad intelectual es “un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización.”⁵

³ Ibidem. pág. 6.

⁴ González Pérez, J. *Discapacidad intelectual. Concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Editorial CCS. Madrid, España. 2003. 345 págs.

⁵ Verdugo, M. A. Op. cit. pág. 6.

La definición actual, así como los esfuerzos tanto de la AARM como de la IASSD, van dirigidos primordialmente a encontrar los apoyos adecuados para cada persona.

Para fundamentar esta definición se debe establecer un proceso de evaluación de la discapacidad intelectual que comprende tres funciones:

1. **Diagnóstico:** determina las características principales de una persona para considerarla como persona con discapacidad intelectual.
2. **Clasificación y descripción:** identifica los puntos fuertes y débiles en una serie de dimensiones o áreas, para poder establecer la necesidad de apoyo.
3. **Áreas de apoyo:** identifica los apoyos necesarios que debe tener esta persona para poder mejorar su funcionamiento y el área donde debe estar dirigido.⁶

La discapacidad intelectual es entonces definida como una entidad que tiene como características principales:

- Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual.
- Limitaciones significativas en la conducta adaptativa.
- Una edad de aparición antes de los 18 años de edad.

Como se ha dicho acerca de esta definición de discapacidad intelectual, se debe englobar el estado de discapacidad en el que la persona se encuentra. Es decir, el objetivo no debe ser sólo diagnosticar y definir la discapacidad intelectual sino progresar en su clasificación y descripción, para así identificar los puntos débiles y fuertes de cada persona en una serie de dimensiones o áreas, tanto de la persona como del ambiente en el que se encuentra. Estas dimensiones o áreas son:

⁶ Ibidem. pág. 8.

1. La capacidad intelectual.
2. La capacidad adaptativa, tanto en el campo intelectual como en la vida cotidiana.
3. La participación en papeles sociales y las interacciones con los demás.
4. La salud, tanto física como mental.
5. El contexto ambiental y cultural en el que la persona se encuentra.

El objetivo principal que guardan estas cinco dimensiones es el de establecer y concretar los apoyos principales para el mejor funcionamiento de cada individuo, como persona ubicada en un entorno y dotada de cualidades y problemas.

Para poder hacer uso de esta definición, se debe partir de las siguientes premisas que son útiles para establecer el marco ideológico de la posición que se asuma ante la discapacidad intelectual:

- a. Las limitaciones de cada persona deben considerarse de acuerdo con el funcionamiento en el contexto del ambiente comunitario en el que se mueven los compañeros de igual edad y cultura.
- b. Para que una evaluación sea válida, debe tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en la comunicación, aspectos sensoriales, motores y conductuales.
- c. En un mismo individuo coexisten las limitaciones y las capacidades.
- d. Al describir las limitaciones, el objetivo debe ser el desarrollo del perfil de los apoyos necesarios.
- e. Si se ofrecen los apoyos personalizados y apropiados durante un periodo de tiempo suficiente y prolongado, el mejoramiento en la función de la persona con discapacidad intelectual mejorará.

Mediante esta serie de aspectos y dimensiones que se toman en cuenta para la definición, diagnóstico y mejor funcionamiento de la persona con discapacidad intelectual, se puede afirmar lo siguiente:

“La discapacidad intelectual no puede ser definida sólo por un elemento característico de la persona, debe contemplarse un conjunto de condiciones que se van expresando en un individuo único, las cuales van ligadas en sus puntos débiles y fuertes, así como en el entorno y recursos de los que dispone y deja de disponer.”⁷

Coeficiente Intelectual (CI)

El CI (en inglés *intelligence quotient, IQ*), es la puntuación del resultado de alguno de los tests estandarizados diseñados para medir la inteligencia. El término *cociente* o *coeficiente intelectual* fue empleado por primera vez por el psicólogo alemán William Stern en 1912, como propuesta de un método para puntuar los resultados de los primeros tests de inteligencia aplicados a niños. En dicho método se divide la edad cronológica entre la edad mental del paciente, multiplicado por cien, dando como resultado el cociente.⁸

La discapacidad intelectual se refiere a un coeficiente intelectual (CI) inferior al de la media de la población. El coeficiente intelectual es en realidad un número que resulta de la aplicación de una prueba estandarizada que mide la “inteligencia” de las personas en relación con su grupo de edad.⁹

La noción de inteligencia se refiere a saber escoger las mejores opciones para solucionar un problema, por lo que se relaciona con la capacidad que tiene

⁷ Ibidem. pág. 9-12.

⁸ Coward, W.M. and Sackett, P.R. *Linearity of ability-performance relationships: A reconfirmation. Journal of Applied Psychology* 1990, 75:297-300.

⁹ Ibidem.

una persona de asimilar, entender y elaborar información para usarla de forma adecuada.

El CI se sitúa entre 0 y 200 y la media está alrededor de 100. El límite inferior de la normalidad es un CI de 70.¹⁰

Clasificación y grados de discapacidad intelectual según el nivel de coeficiente intelectual (CI)

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto una clasificación básica de la discapacidad intelectual, basada en la aplicación de un examen de coeficiente intelectual según la escala de Wechsler. La clasifica como leve, moderada, severa y profunda, dependiendo del grado de coeficiente intelectual.¹¹

- **Leve:** Se trata de individuos con un CI entre 55 y 69.
 - Son individuos capaces de mantener una conversación sencilla.
 - Alcanzan cierto grado de independencia y son capaces de realizar cuidado personales, como por ejemplo asearse, ir al baño, alimentarse y vestirse.
 - Desde edades tempranas, son capaces de desarrollar habilidades sociales sin ningún problema.

- **Moderada:** Son individuos que presentan un CI entre 40 y 54.
 - Tienen lentitud en cuanto a comprensión y lenguaje, y cierta desventaja en habilidades motrices.
 - Pueden llegar a lograr un cierto grado de desarrollo en cuanto a la convivencia social en su entorno.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Muntaner, Joan J. *La persona con retraso mental bases para su inclusión social y educativa. Guía para padres y educadores*. Ediciones Aljibe. 2001. 128 págs.

- **Grave o Severa:** Presentan un CI de 25 a 39.
 - Su desarrollo psicomotor es muy limitado.
 - Pueden o no reconocer símbolos.
 - Pueden ser capaces de ejecutar alguna destreza para la vida cotidiana, pero es difícil generalizarlo.
 - Suelen presentar alguna patología asociada que requiera cierto tipo de atención especializada.

- **Profunda:** Se presenta en individuos con un CI inferior a 25.
 - Por lo general presentan restricción física severa.
 - Son incapaces de tener control de esfínteres.
 - Requieren una atención y ayuda constante, ya que por lo regular presentan alguna patología asociada.

Al determinar el grado de discapacidad intelectual, se determina asimismo el grado de autonomía y capacidad de integración del paciente, con el objetivo de brindar la atención adecuada y, de ser necesario, especializada a aquellos individuos que así lo requieran por el grado de afectación. Estos esfuerzos apuntan a ofrecerles una mejor atención y una mejor calidad de vida.¹²

Prevalencia de personas discapacitadas en México

La Organización Mundial de la Salud reporta que, a nivel mundial, el 10% de la población, esto es, 650 millones de personas, padece algún tipo de discapacidad intelectual, física o sensorial. Se estima que el número de personas con discapacidad está en aumento. Esto se debe, en gran parte, al crecimiento de la población mundial y al incremento en la esperanza de vida. En México, existen

¹² Ibidem. pág. 40-45.

actualmente poco más de 9.5 millones de personas que presentan algún tipo de discapacidad.¹³

Al igual que en otros países, se utiliza el *Indicador de Años Saludables Perdidos (AVISA)*, empleado para la obtención de datos de los años saludables que se pierden, tanto por muerte prematura, como por consecuencia de alguna discapacidad.

Un estudio que se realizó en 2005 en México, arrojó datos importantes acerca de las enfermedades que causan un número significativo de muertes, pero lo más relevante que se derivó de este estudio fue la importancia de atender enfermedades que están produciendo una enorme carga para la sociedad en términos de discapacidad.

El XII Censo General de Población y Vivienda 2000, consideró cinco tipos de discapacidad: motriz, visual, mental, auditiva y del lenguaje, y además integró en la categoría “otros” los demás tipos de discapacidad.¹⁴

Los resultados de este censo, ubicados por orden de importancia, son los siguientes:

- La discapacidad motriz se coloca en primer lugar como la más frecuente en la población mexicana discapacitada, con un 45.3%.
- En segundo lugar se encuentra la discapacidad de tipo visual con el 26%, que incluye a las personas ciegas y a quienes tienen debilidad visual.
- La discapacidad intelectual ocupa el tercer lugar en nuestro país, con un 16.1%.
- En cuarto lugar se ubica la discapacidad auditiva con un 15.7%.
- La discapacidad del lenguaje ocupa el quinto lugar, con el 4.9% del total de la población con alguna discapacidad.

¹³ http://www.spps.salud.gob.mx/desacargas/programas/discapacidad_nov08.pdf.

¹⁴ *Ibidem*.

Un punto importante por señalar, es que, de acuerdo con esta encuesta, en México la discapacidad motriz y la visual son ligeramente más frecuentes en las mujeres, mientras que en el caso de la discapacidad mental, auditiva y del lenguaje, la situación es a la inversa.

Un aspecto fundamental para dirigir las políticas y estrategias de prevención y atención integral de la discapacidad, es el análisis de la distribución de los tipos de discapacidad en los diferentes grupos de edad:

- De 0 a 14 años de edad: la discapacidad motriz y la intelectual son las más frecuentes. En conjunto afectan a casi el 70% de los niños y niñas con discapacidad.
- De 15 a 29 años de edad: tiene mayor presencia la discapacidad intelectual (35.1%), pero la discapacidad motriz afecta a casi la tercera parte de este grupo.

Asimismo, los resultados del censo reflejaron cierto vínculo entre el tamaño de la localidad y la prevalencia de la discapacidad, mostrándose de la siguiente manera: localidades rurales con 2.7% y localidades urbanas con 2.2%.¹⁵

Factores de riesgo

Una de las características de la discapacidad intelectual leve es que es detectada hasta una edad escolar. No existe una estrategia en general para determinar la etiología de la discapacidad, por lo que se deberá utilizar una estrategia selectiva. No es necesario que en todos los niños con discapacidad intelectual se elaboren estudios especializados como neuroimagen, investigación neurometabólica y

¹⁵ Ibidem.

análisis cromosómico, sino más bien, un examen físico-neurológico y una adecuada historia clínica que deberán guiar al diagnóstico adecuado.¹⁶

Un diagnóstico precoz de la discapacidad intelectual leve puede ser realizado en los primeros dos años de vida. Los principales signos que nos pueden llevar a este diagnóstico precoz pueden ser el retraso para sonreír, prestar atención, retraso del desarrollo motor, dificultades en el aprendizaje y en las destrezas motoras finas.^{17,18}

Se destacan principalmente tres factores causales de la discapacidad intelectual en el niño:

1. Factores genéticos: ocurren principalmente en el desarrollo intrauterino del niño, identificándose como desórdenes cromosomales y/o hereditarios.¹⁹
2. Factores adquiridos: entre los que se encuentran:
 - Metabólicos: hipotiroidismo neonatal.
 - Tóxicos: ingesta de alcohol, medicamentos o drogas.
 - Infecciosos: sífilis, toxoplasmosis, herpes simple tipo II.²⁰

Dentro de los factores adquiridos, es importante señalar que se pueden presentar durante la formación del producto desde la vida intrauterina, durante y después del nacimiento. Estos factores se presentan en los siguientes tres períodos:

- *Periodo prenatal:* durante la vida intrauterina del niño la madre puede presentar diferentes complicaciones que ponen en riesgo la integridad de

¹⁶ Waldo, E., Nelson, M.D. *Tratado de pediatría. 6ª ed. Tomo I.* Salvat Editores S. A. 1975. 1632 págs.

¹⁷ Ibidem. pág. 112.

¹⁸ Martínez y Martínez, R. *Pediatría, La Salud del Niño y el Adolescente. 3ª ed.* Editorial El Manual Moderno. México, 2005. 1942 págs.

¹⁹ Ibidem. pág. 1185-1186.

²⁰ Katz, G, Lazcano-Ponce E. *Intellectual disability: Definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis.* Salud Pública Méx 2008; 50 suppl 2:S132-S141.

su hijo, como son: la mala nutrición, hemorragias vaginales y el desprendimiento del cordón umbilical.

- *Periodo perinatal*: durante el nacimiento se presentan varias circunstancias que pueden dar origen a la discapacidad intelectual: sufrimiento prolongado del bebé, anoxia neonatal y asfixia.²¹
 - *Periodo postnatal*: se refiere a cualquier patología o alteración en el organismo del niño después del nacimiento: infecciones graves, meningitis, encefalitis, traumatismos craneoencefálicos.²²
3. Factores socioculturales: algunos estudios epidemiológicos demuestran que hay una gran relación entre la pobreza y la discapacidad intelectual. La relación que existe es la falta de salud prenatal, perinatal y postnatal, con la falta de preparación, información y educación de los familiares y de la gente que rodea al niño al momento de su desarrollo.²³

²¹ Waldo, E., Nelson, M. D. Op. cit. pág. 114.

²² Katz, G., Lazcano-Ponce E. Op. cit. pág. 134.

²³ Ibidem. pág. 135.

2. Consideraciones bucodentales en niños con discapacidad intelectual leve

Los niños con discapacidad intelectual leve por lo general presentan características específicas que influyen en gran medida en su salud bucodental y en su tratamiento.

Las afecciones bucodentales en ellos son las mismas que en la mayoría de la población, pero generalmente tienen un mayor efecto y prevalencia, por lo que se tiene que contemplar cuando se planee su rehabilitación.

La presencia de numerosos problemas bucodentales va asociada principalmente a una mala higiene, dieta blanda y dificultades del tratamiento, aumentando su severidad con la edad y el grado de discapacidad que presente.¹ Las principales afecciones bucales que presentan los niños con discapacidad intelectual leve son:

Caries

“La caries dental es una enfermedad infecciosa caracterizada por la destrucción de los tejidos duros dentarios y provocada por la acción de los ácidos producidos por los microorganismos que integran la placa bacteriana.”²

En general, el grado de caries es elevado sin llegar a representar un problema de salud grave dentro de este sector de la población. No obstante, es importante reforzar las medidas de prevención con el propósito de disminuir la incidencia de caries en niños discapacitados intelectualmente, ya que la falta de

¹ Di Nasso, Patricia. *Cuidado dental del niño con discapacidad*. Revista Asociación Argentina de Odontología para niños 2001; 30(4):21-4.

² Barbería, E. *Odontopediatría*. 2ª Edición. Editorial Masson, S. A. Barcelona. 1995.432 págs..

atención y tratamiento odontológico puede llevar a comprometerlos sistémicamente.

La caries es una enfermedad multifactorial e infecciosa, y la presencia de bacterias cariogénicas, la susceptibilidad y otros condicionantes biológicos y ambientales determinarán el riesgo en el niño. Cada uno de estos factores va a incidir de forma positiva o negativa.

Los dientes con mayor susceptibilidad a la caries son los molares, tanto superiores como inferiores, por la acumulación excesiva de placa bacteriana, seguidos de los caninos e incisivos superiores. Los incisivos inferiores presentan caries con menor frecuencia, ya que la relación con la lengua y el flujo salival favorece que haya una defensa natural. Inicialmente la caries puede identificarse como una zona blanquecina, pero con la superficie íntegra.³

Enfermedad periodontal

Desde edades tempranas, las alteraciones gingivales son muy frecuentes, ocasionadas generalmente por la falta de cepillado dental. La principal enfermedad periodontal que presentan los niños con discapacidad intelectual es la gingivitis inducida por la acumulación excesiva de placa bacteriana. Esta consideración muestra la urgente necesidad que tienen estos pacientes de la eliminación personal y asistida de la placa bacteriana.⁴

En algunos casos la gingivitis no es causada específicamente por el cúmulo de placa bacteriana, sino que se puede atribuir a diferentes factores iatrogénicos como restauraciones mal ajustadas, aparatología ortodóntica u ortopédica y principalmente a la respiración bucal, común en el niño con discapacidad

³ Ibidem. pág. 177.

⁴ Castellanos, José L. *Medicina odontológica. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. Editorial Manual Moderno. México 2002. 484 págs.

intelectual leve, dando como resultado una alteración gingival localizada o generalizada.⁵

El grado de severidad de esta enfermedad va en aumento con la edad y el grado de discapacidad.⁶

Maloclusiones

En estos niños la mordida abierta presenta una gran prevalencia, seguida de un apiñamiento en los dientes inferiores, principalmente en el sector anterior. Esta alteración bucal es una de las más importantes, considerando el valor diagnóstico y tratamiento temprano en la búsqueda de la obtención de un estado facial y bucal más favorable.⁷

Otros

El bruxismo y los hábitos nocivos, como es la succión de dedo y la protrusión lingual, pueden ser considerados como causantes de la alteración de las estructuras bucodentales en el niño con discapacidad intelectual leve, presentándose dolor en la articulación temporomandibular o en los músculos de la masticación.⁸

⁵Barbería, E. Op. cit. pág. 173.

⁶Pinela de Manzano, Zalazar. *Patología bucal prevalente en niños excepcionales*. Acta Odontológica Venezolana 1999; 37(3):193-8.)

⁷Chauchu, S., Becker, A. *The orthodontic treatment of children with disabilities*. Refurt Hapeh Vehashinoyen 2001; 18(2):42-50.

⁸Pinela de M. Op. cit. pág. 49.

3. Odontología preventiva en niños con discapacidad intelectual leve

Para un niño con discapacidad intelectual, el concepto preventivo odontológico necesita ajustarse a sus necesidades especiales. La salud bucodental de un niño diagnosticado como discapacitado intelectual puede estar más comprometida que en un niño en condiciones mentales favorables, arriesgando la salud integral. Por lo general, estos niños no reciben una atención odontológica adecuada en los primeros años de vida, hasta que se ven involucrados en un problema como puede ser dolor o inflamación de alguna estructura bucodental. Esta falta de atención se da principalmente por falta de información de los padres, quienes creen que la principal necesidad médica del niño con discapacidad intelectual es la física, la de desarrollo o las emocionales, soslayando a la salud oral. Sin embargo, es fundamental crear conciencia en ellos de que la condición bucodental de su hijo está relacionada con todo el organismo, por lo que requiere una atención adecuada, tanto por parte de ellos como del profesional.¹

En general, el niño con discapacidad intelectual no presenta problemas bucodentales específicos, pero en ocasiones, sus limitaciones impiden la formación de hábitos de higiene dental y el establecimiento de una dieta adecuada, que en consecuencia darán lugar a las enfermedades bucodentales.

En ocasiones, los procedimientos habituales que llevan a cabo los padres de familia no logran el propósito de prevenir las enfermedades bucodentales. Resulta primordial establecer un manejo apropiado de la dieta del niño, así como un control de placa bacteriana para prevenir la enfermedad periodontal y la caries dental, y evitar así la pérdida dental prematura. Por lo tanto, en este sector de la población el profesional de la salud dental tiene que hacer un gran esfuerzo junto

¹ Ireland, R. *Higiene dental y tratamiento*. Editorial: Manual Moderno S.A de C.V. México, 2007. 574 pág.

con los padres y el paciente para establecer hábitos higiénicos, al evitar afecciones que puedan llegar a comprometer su salud en general.²

Desafortunadamente, en ocasiones, el cirujano dentista no se siente lo suficientemente preparado para atender a estos pacientes, por lo que los planes y programas de estudio de las universidades deberían contemplar este aspecto para proporcionarle al estudiante herramientas adecuadas para lograr este fin. La Organización Mundial de la Salud afirma que dos tercios de la población infantil con discapacidad no reciben una atención bucodental, otros únicamente reciben tratamientos curativos e invasivos, y un bajo porcentaje se ve beneficiado con la prevención.³

Un dato importante que señala la AAPD (*American Academy of Pediatric Dentistry* por sus siglas en inglés) es que las personas con discapacidad son una parte integral en la especialidad de odontopediatría. Esto quiere decir que la persona que puede tener un conocimiento más actualizado y especializado en cuanto al manejo de estos niños es el odontopediatra, teniendo en cuenta desde el abordaje conductual, las estrategias preventivas y el tratamiento dental, trabajando en conjunto con los padres y en forma interdisciplinaria. Sin embargo, al tratarse de pacientes con una discapacidad leve, como se menciona en el párrafo anterior, el cirujano dentista de práctica general debe ser suficientemente competente para atenderlos.

Los especialistas recomiendan que, en primera instancia, se debe inculcar en el niño una buena higiene oral, con lo que se introduce a la odontología preventiva tanto al paciente como a los padres, seguido de los tratamientos curativos y de corrección. La mayoría de los niños con discapacidad intelectual leve son afectivos y amigables, y el odontólogo debe dirigirse a ellos de una

² Hernández, Pencina J., Tello de Hernández T de J. *Alteraciones bucales en niños con Síndrome de Down en el estado de Yucatán. Rev. ADM 1998;(2):91-6.*

³ Arias Herrera, Sury R., Muñoz Liset M., et. al. *Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve. Archivo Médico de Camagüey 2005; 9(2) ISSN 1025-0255.*

manera comprensiva, usando técnicas de manejo de la conducta como *decir, mostrar y hacer* para obtener un resultado positivo desde el inicio de la atención odontológica.

El profesional debe tener fijos los objetivos a cumplir para así garantizar una atención rápida y eficiente. Dichos objetivos se logran mediante tres estrategias fundamentales:

1. Dirigirse amigablemente al paciente para darle confianza.
2. Promover una buena salud oral mediante las técnicas de prevención.
3. Educar al paciente y a sus padres para que estén conscientes de la importancia de su salud bucodental.⁴

Para lograr el éxito en la atención odontológica del niño con discapacidad intelectual leve, se debe abordar al paciente desde un enfoque integral, teniendo en cuenta cuatro fases para la atención:

1. Fase sistémica: si el paciente sufre de alteraciones sistémicas además de la discapacidad intelectual, el tratamiento odontológico se vuelve más especializado.
2. Fase preparatoria: en esta fase se lleva a cabo la identificación de todos los factores que pueden desencadenar una alteración bucodental, lo que permite buscar las opciones para disminuirlos y controlarlos, como por ejemplo cuando se realiza el control de placa, cuando se aplica el fluoruro o las recomendaciones dietéticas, entre otras.
3. Fase restauradora: como su nombre lo indica, se devuelve función, y en ocasiones estética, a las estructuras bucodentales afectadas.
4. Fase de mantenimiento: se programan visitas periódicas según el grado de riesgo que presente el paciente, en las cuales se reforzarán los aspectos educativos y preventivos señalados por el especialista.⁵

⁴ Acosta, A. *Tratamiento de los niños con impedimentos físicos y mentales en el consultorio odontológico*. Unímetro 1993; 9 (17):46-51.

La prevención odontológica adquiere gran importancia en estos pacientes debido a las diferentes limitaciones que presentan como resultado de su discapacidad. Siempre es dirigida en dirección opuesta a la enfermedad para así evitar un daño o alteración, que en este caso se ve reflejada en las estructuras bucodentales.⁶

La herramienta principal de la prevención y la promoción de la salud es la Educación para la Salud, la cual consiste en la búsqueda del desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, de la comunidad y de la sociedad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, debe lograr cambios en la conducta y en el estilo de vida.

La Educación para la Salud en el ambiente odontológico, y principalmente en los pacientes con discapacidad intelectual leve, se debe dirigir fundamentalmente hacia la modificación de la conducta para lograr cambios en el plano individual, familiar y profesional con respecto a los hábitos alimenticios, los temores al odontólogo y la prevención de enfermedades bucodentales, entre otros.

La formación de hábitos en beneficio de la salud bucodental debe empezar desde los padres de familia, con interés y dedicación en compañía del odontólogo a edades tempranas de su hijo. En ocasiones, la tarea de los padres en el aspecto odontológico se ve cuestionada por la desilusión de la discapacidad del niño, considerando si vale la pena su atención dental. Es ahí donde el profesional tiene que motivar y apoyar a los padres para que estén conscientes de la importancia que reviste la prevención de las enfermedades bucodentales.⁷

Para el niño con discapacidad intelectual leve, los padres son el aspecto más importante en la educación y su desarrollo. El papel que juega el odontólogo

⁵ Sosa Rosales, M de la C. *Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de la Habana: MINSAP, 2002. 161 págs.*

⁶ Di Nasso, Patricia. Op. cit. pág. 21-4.

⁷ Cárdenas, Satelo, O., Solas Adam MR. *Que haya más salud en la educación para la salud. Ciudad de la Habana: MINSAP, 1998. págs. 4-22.*

con el niño y los padres, es saber cómo influir de manera directa, transmitiendo el mensaje de prevención odontológica, objetivo al que queremos llegar, ya que el niño con discapacidad intelectual con una enseñanza, asistencia y motivación es capaz de desarrollar hábitos higiénicos en beneficio de su salud.⁸

Métodos para la prevención de enfermedades bucodentales en el niño con discapacidad intelectual leve

Existe una serie de métodos preventivos dirigidos a evitar la aparición o el avance de las enfermedades dentales o periodontales de un paciente cuya capacidad psicomotriz se ve comprometida. Por medio de ellos se intenta entrenar y asistir al niño con discapacidad intelectual leve para el mantenimiento periódico de su salud dental y periodontal.⁹

Durante las actividades preventivas, se sugiere el desarrollo de técnicas y programas individualizados que se deberán llevar a cabo junto con el profesional y los padres para implementarlos en el niño.¹⁰

El profesional espera que la atención y la habilidad estén disminuidas, sin embargo, estos pacientes apropiadamente abordados y asistidos por sus padres, con una comunicación clara y sencilla, pueden llegar a desarrollar importantes avances en los métodos preventivos a ejecutar. El grado de discapacidad leve favorece mucho al profesional para la apropiada selección del vocabulario, la instrucción y el sistema de recompensa por el cumplimiento de alguna tarea preventiva que se le dé al paciente.¹¹

⁸ Di Nassio. Op. cit. pág. 8.

⁹ Harris, Norman O. *Odontología preventiva primaria. 2ª edición*. Editorial Manual Moderno S.A. de C. V., 2005. 530 págs.

¹⁰ Castellanos, José L. Op. cit. pág. 307.

¹¹ Harris, Norman O. Op. cit. pág. 409-427.

Es importante brindarle las instrucciones de forma breve con repeticiones frecuentes, siempre utilizando un lenguaje comprensible tanto para él como para el padre. En cada consulta se le puede pedir al paciente, estando el padre presente, que diga o muestre lo que ha realizado en casa. De esta manera se obtiene una retroalimentación de los procedimientos preventivos.

Durante el proceso de aprendizaje, se le debe recompensar de forma verbal y no verbal. A menudo es motivador el brindar una sonrisa y felicitaciones, o el regalo de un nuevo cepillo dental. Este refuerzo puede disminuir el estrés que presente el niño al aprender. Asimismo, resulta importante que este aprendizaje se dé en un ambiente agradable para él. Los padres deben asumir la responsabilidad de las técnicas para la prevención de enfermedades bucodentales de su hijo.¹²

Para el cumplimiento de las técnicas preventivas es importante la comodidad de la persona que va a asistir al paciente al momento de llevarlas a cabo. Por ello, el odontólogo debe capacitar al padre con diferentes posiciones que puede tomar principalmente al momento del cepillado dental. Al momento de asistirlo, el tamaño y la fuerza del niño deben de ser considerados para así tener un control necesario de sus movimientos voluntarios e involuntarios.

La posición más recomendable para un niño de aproximadamente 12 años de edad consiste en que el padre se coloque detrás de él ya sentado, en una silla de respaldo recto; en esta posición se estabiliza la postura de la cabeza al recargarla contra el cuerpo del padre y el procedimiento de higiene dental procede como si la persona se cepillara por sí misma (figura 1). Otra posición recomendada, es que el padre permanezca sentado con las piernas juntas y el paciente acostado repose su cabeza entre sus piernas para así tener una visión directa de los dientes para un mejor cepillado (figura 2).¹³

¹² Ibidem.

¹³ Wilkins, Esther M. *Clinical Practice of the Dental Hygienist; seventh edition*. Editorial Williams and Wilkins. Malvern, Pennsylvania, 2001. 893 págs.



Figura 1: Paciente sentado en el piso y el padre detrás de él.¹⁴



Figura 2: Paciente recostado en las piernas del padre.¹⁵

¹⁴ibidem. pág. 697.

¹⁵ibidem

Dispositivos para la prevención de enfermedades bucodentales en el paciente con discapacidad intelectual leve

- ✓ Adaptaciones en el mango del cepillo dental.

Para el paciente con discapacidad intelectual leve, los principios y técnicas de cepillado dental son los mismos que en cualquier otra persona. Sin embargo, generalmente la habilidad y destreza que se necesita para el cepillado no es satisfactoria para la conservación de la higiene oral. Si se determina que tiene la suficiente destreza para producir los movimientos del cepillado mediante la enseñanza, la práctica y la asistencia del padre, un cepillo de dientes convencional puede dar resultados satisfactorios.

Hoy en día, algunos fabricantes proporcionan una variedad de formas de cepillos con dimensiones aumentadas en el mango, modificables con agua caliente, cepillos con cabezas anguladas, cepillos con cerdas curvas, entre otros, que pueden ser benéficos para el paciente. El padre puede realizar estas modificaciones en un cepillo con materiales comunes como el hule espuma o el hule de un manubrio de bicicleta, entre otros (figura 3).¹⁶



Figura 3: Modificaciones en el mango del cepillo dental.¹⁷

¹⁶ Harris, Norman O. Op. cit. pág. 409-427.

¹⁷ www.dental.ufl.edu/.../Images/brushcom.gif

La eliminación de placa bacteriana con un cepillo dental modificado para un paciente con discapacidad intelectual leve, puede incrementarse hasta un 30%.¹⁸

✓ Cepillos eléctricos.

Es un método auxiliar valioso tanto para el paciente como para el padre. Es igual de cómodo y efectivo que un cepillo manual modificado con una longitud y un diámetro del mango similares. Son pocos estudios los que se han hecho con relación al uso del cepillo manual y eléctrico, pero en la mayoría de estos resalta la eficacia que existe en el control de placa en pacientes discapacitados asistidos por una persona en el uso de los cepillos eléctricos (figura 4).

El uso de estos cepillos puede ser benéfico para el niño con discapacidad intelectual leve, ya que tanto él como el padre encuentran su uso fácil y placentero.^{19,20}



Figura 4: Uso fácil y comodidad con los cepillos eléctricos.²¹

¹⁸Harris, Norman O. pág. 409-427.

¹⁹Ibidem. pág.

²⁰Castellanos, José L. Op. cit. pág. 309.

²¹www.dental.es/cepillo_dental1.jpg.

✓ Porta hilo dental.

El uso de hilo dental sólo debe realizarse en aquellos pacientes que alcancen un grado satisfactorio de habilidad y destreza en el cepillado dental, logrando una higiene bucal aceptable (figura 5). El uso de hilo dental sólo debe realizarse con el uso de porta hilo y asistido por el padre.²²



Figura 5: Porta hilo dental.²³

✓ Técnicas para el revelado de placa bacteriana.

Cuando el niño o el padre tienen dificultad para retirar la placa bacteriana, debe sugerirse el uso de productos de revelado para su visualización. Dichos productos están a la venta sin receta médica y en envases con dosis múltiples. Si el costo de la solución sobrepasa el precio presupuestado por el padre, la solución es muy sencilla. El uso de colorante rojo de alimentos colocando dos gotas en la lengua antes del cepillado, tocando todas las superficies de los dientes, pigmentará la placa bacteriana²⁴ (figura 6).

²² Castellanos, José L. Op. cit. pág. 309

²³ www.puntodentalcl/images/portahilo.gif.

²⁴ Wilkins, Esther M. Op. cit. pág. 694.

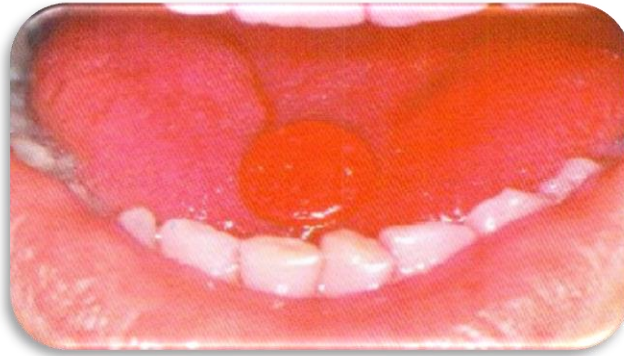


Figura 6: Uso de pastillas reveladoras de placa bacteriana.²⁵

Consideraciones dietéticas

Para el paciente con discapacidad intelectual leve, el consumo de azúcares se ve incrementado durante todo el día como una recompensa por los padres por su buen comportamiento. Mediante esta actitud, se eleva el consumo de alimentos sumamente cariogénicos sin tener en cuenta la falta de habilidad en el cepillado dental para la eliminación del alimento consumido.

Para reducir este factor potencial de caries es necesario:

- Restringir bocadillos entre comidas.
- Disminuir el consumo de alimentos cariogénicos.
- El consumo de azúcares debe ser primordialmente durante la comida y se debe cepillar de inmediato los dientes al finalizar.
- Evitar bocadillos antes de la hora de dormir.²⁶

²⁵ www.higienebucaldentalnellyand.blogspot.com

²⁶ Wilkins, Esther M. Op. cit. pág. 694

Uso de selladores y fluoruros

Las personas con discapacidad intelectual leve, se ven en gran parte beneficiadas por el uso de los selladores de fosetas y fisuras junto con el uso del fluoruro, para ayudar al control de caries y así favorecer la salud de la cavidad oral (figura 7). La colocación de selladores de fosetas y fisuras se puede ver comprometida por el incremento en el flujo salival del niño con discapacidad intelectual. Pero el odontólogo debe estar capacitado para el control del flujo mediante un aislamiento absoluto y colocar así los selladores satisfactoriamente. Se recomienda que la posición del paciente sea erguida en lugar de inclinada.

En estos niños, el uso de fluoruros tópicos a cargo del personal odontológico tiene una gran importancia. En pacientes más jóvenes es fundamental el uso de cucharillas con fluoruro en gel. La aplicación de fluoruro siempre debe de estar bajo la supervisión del profesional para evitar el uso indiscriminado de la persona a cargo y evitar una alteración en los tejidos dentarios.²⁷



²⁷ Harris, Norman O. Op. cit. pág. 409-427.

Figura 7: Selladores de fosetas y fisuras.²⁸

Como parte de este trabajo y con base en la información arriba señalada respecto a los métodos de prevención de enfermedades bucodentales en esta población, se diseñó un tríptico con la información necesaria para practicar dichos métodos y técnicas. Este tríptico va dirigido principalmente a los padres o responsables de los niños con discapacidad leve y a continuación se revisarán los criterios para elaborarlo, así como el contenido de este material didáctico.

4. El tríptico como material didáctico y educativo

Previo a explicar el diseño y contenido del tríptico para esta temática, es importante señalar algunos puntos importantes respecto a las funciones que tiene un material didáctico como lo es un tríptico.

“Los materiales didácticos son todos aquellos medios y recursos que facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje, dentro de un contexto educativo global y sistemático, y estimula la función de los sentidos para acceder más fácilmente a la información, adquisición de habilidades y destrezas, y a la formación de actitudes y valores.”²⁹

La selección correcta del material se debe hacer en función del desarrollo de los objetivos de aprendizaje que se formularon para el curso o para una temática determinada, en este caso los métodos de prevención e higiene bucodental en pacientes con discapacidad leve. Ya seleccionado el material se podrá utilizar para motivar, ejemplificar, presentar un tema, reforzar un contenido,

²⁸ www.juncoodontologia.com/images/odonto01.jpg

²⁹ Ogalde, Careaga I. *Los materiales didácticos. Medios y recursos de apoyo a la docencia*. Editorial Trillas. México, 1991. 120 págs.

entre otros. Al momento de aplicar el material didáctico es cuando adquiere su cualidad informativa; un material sencillo utilizado en forma adecuada y oportuna conseguirá el objetivo buscado.

Para seleccionar el material correcto que se va a utilizar en una determinada situación, en primer lugar se deben plantear dos preguntas:

- ¿Qué objetivo se pretende lograr en la situación en la que se aplicará el material?
- ¿Qué etapa del proceso de instrucción se desea reforzar con la incorporación de este material?

En segundo lugar, al seleccionar un material didáctico se deben considerar los siguientes aspectos:

1. La población a la que va dirigida, su madurez, su nivel socioeconómico y su ubicación. Un material didáctico puede ser atractivo y comprensible para un estudiante universitario, pero no para un estudiante de secundaria. Por lo tanto, se deberá enfocarse a cualidades e intereses específicos de la población.
2. Los recursos disponibles pueden ser: técnicos, económicos y humanos.
3. El contexto que indica en donde se va a utilizar el material. Esto comprende el área de trabajo, la ventilación, la iluminación y el medio que nos rodea.
4. El tiempo en el que será exhibido.³⁰

Definición de tríptico

El tríptico es un elemento publicitario para comunicar ideas sencillas sobre un producto, empresa o servicio. Está formado por una lámina de papel o cartulina

³⁰ Ibidem.

que se dobla en tres partes, conteniendo ilustraciones, colores y palabras para la captación de la atención de la persona.³¹

Un tríptico está compuesto por seis caras (tres paneles) y dos pliegues y puede tener orientación horizontal o vertical. La impresión del tríptico puede ser a colores o a escala de grises y negros. El tamaño puede variar de diferentes maneras una vez plegados. La forma más habitual y que más se utiliza es el de la forma de plegado C, donde se pliega la hoja en partes iguales hacia dentro (figura 8).

Un tríptico se refiere a un material educativo impreso que emplea la comunicación escrita; puede ir acompañado o no de imágenes, esquemas, y resúmenes, presentando un mensaje claro y definido de la gama de elementos que una empresa o institución quiere ofrecer al público. Realza y enfatiza el objetivo que la persona busca.³²

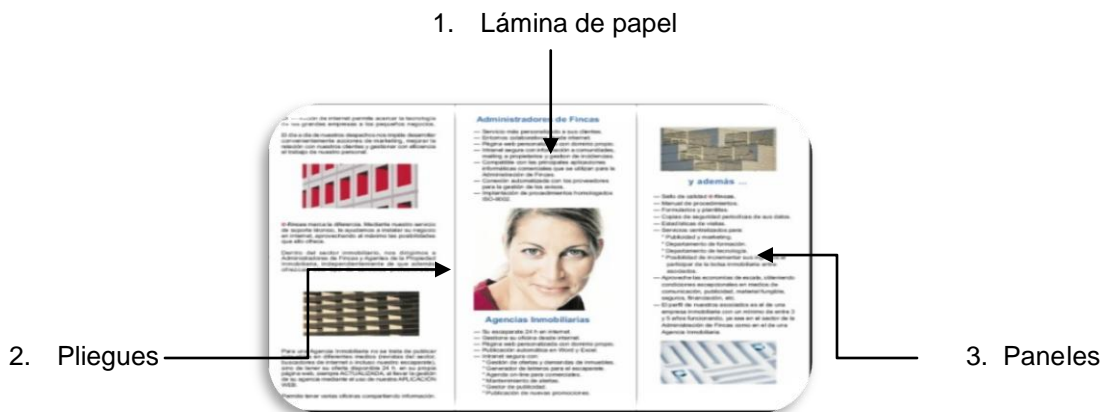


Figura 8: Partes de un tríptico: 1. Lámina de papel 2. Pliegues 3. Paneles.³³

³¹ Wucius, Wong. *Fundamentos del Diseño 6ª edición*. Editorial Gustavo Gili, Barcelona 1979. 352 págs.

³² *Ibidem*. pág. 194.

³³ <http://www.eistudio.com.mx/disenografico.com>

Diseño de un tríptico

El diseño gráfico de un tríptico habitual, plegado en C (tres partes iguales), puede presentarse en dos formas en la parte interior:

1. Cada panel presenta una información diferente. Las líneas de plegado entonces ayudan a separar y organizar la información en espacios de lectura.
2. No se consideran los pliegues de los trípticos y se muestran los elementos gráficos (imágenes, dibujos, textos, etc.) a lo largo de toda la hoja, de tal manera que la presentación se parezca a la de un cartel o un poster. Este sistema ofrece más opciones de diseño.

El primer panel es el que abre a la izquierda y el segundo panel es el que abre a la derecha, éste es el más difícil de usar, ya que el lector, al abrir a la izquierda el primer panel, inmediatamente continuará la lectura hacia la parte derecha donde se ubica el segundo panel de manera natural. Se puede utilizar esta cara como extensión de información del panel interior o con información adicional con colores contrastantes. En ocasiones el tríptico, al ser colocado en una mesa, mostrador o porta folletos, puede quedar con la cara posterior hacia arriba. La parte de atrás del tríptico es de suma importancia debido a que se debe cuidar el diseño del último panel donde el lector podrá encontrar la información sobre la realización, empresa o institución que lo brinda.³⁴

Para un tríptico, como para cualquier otro material didáctico que se planea diseñar, lo más importante que se debe considerar son los siguientes criterios:

1. Criterios psicológicos: son aquéllos que consideran la condición psicológica del receptor en relación con el tríptico.

³⁴ Wucius, Wong. Op. cit. pág. 194.

2. Criterios de contenido: aquéllos referidos al contenido del mensaje propiamente dicho; por ejemplo, que sea actual, veraz, adecuado.
3. Criterios pedagógicos: aquéllos con relación a la forma en cómo se ha estructurado el material propiamente dicho.
4. Criterios técnicos: se refieren a la calidad de la producción e impresión del tríptico, por lo que es importante tomar en cuenta:
 - Calidad de material de base.
 - Disposición de los elementos dentro del material (imágenes, fotografías, esquemas, etc.).
 - El tipo y tamaño de la letra que se utiliza.³⁵

5. Tríptico como material de apoyo para la prevención de enfermedades bucodentales en niños con discapacidad intelectual leve

Elaboración

La promoción de la prevención de las enfermedades bucodentales en el niño con discapacidad intelectual leve, es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes ante su salud y su enfermedad. Este proceso involucra un esfuerzo compartido del odontólogo con los padres. Cuando el padre llega a involucrarse en estas actividades de prevención, adquiere experiencias de participación y como resultado abre caminos a otras formas de compromiso en el desarrollo de su hijo.³⁶

³⁵ Ogalde, Careaga I. Op. cit. pág. 82.

³⁶ Valdivia, Leonel. *Guía para el diseño utilización y evaluación del material educativo en la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1984. 75 págs.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), plantea en su política la Educación para la Salud como un elemento importante que contribuye al desarrollo de la comunidad. “Esta política se expresa en el Plan de Acción para la implementación de estrategias regionales de 1982 donde se indica la necesidad de preparar y analizar tecnologías y materiales didácticos simplificados orientados a promover el auto-cuidado y las medidas preventivas, tratando de aprovechar los recursos locales.” Es importante señalar que la prevención de las enfermedades bucodentales en estos niños necesita de los medios, la educación y la preparación del padre por el odontólogo para asumir esta responsabilidad. “La educación se fundamenta en el convencimiento de que el objetivo es crear una situación de aprendizaje, es decir, proveer un contexto en el cual se puede desarrollar ideas, modificar creencias y actitudes y crear nuevos hábitos y conductas.”³⁷

La participación de los padres y del odontólogo será factor determinante para la elaboración del tríptico preventivo, porque dependerá del grado de conocimiento y participación que desempeñen para la prevención de las principales enfermedades bucodentales que se pueden presentar en el niño con discapacidad intelectual leve.

Contenido

El contenido de este tríptico va dirigido principalmente a los padres de niños con discapacidad intelectual leve, para brindar una ayuda en cuanto a la prevención de enfermedades bucodentales, puesto que en ocasiones las limitantes psicológicas y motrices que pueden presentar estos niños involucran en gran medida a la higiene bucodental, desencadenando alteraciones tanto en tejidos blandos como en estructuras dentales que pueden comprometer su salud general.

³⁷ Ibidem. pág. 1-10.

El tríptico tiene un contenido muy sencillo y gráfico con explicaciones concretas de las diferentes maneras en que los padres pueden ayudar a su hijo para desarrollar hábitos de higiene oral. Se da mucha importancia al trabajo que el odontólogo y el padre tienen que realizar en conjunto mediante motivación, enseñanza y asistencia, para que el niño obtenga el beneficio que se busca: una higiene oral adecuada.

Dentro de los aspectos más importantes del contenido son:

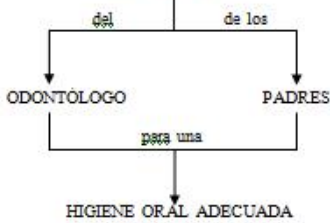
- El niño con discapacidad intelectual leve es capaz de desarrollar hábitos en beneficio de su salud mediante la asistencia del odontólogo y, principalmente, la del padre.
- Las modificaciones que se pueden realizar al mango del cepillo dental para una comodidad y fácil manipulación durante el cepillado.
- Las zonas y movimientos más importantes en la técnica de cepillado dental.
- Diferentes posiciones que el odontólogo debe mostrar al padre para asistir al niño.
- Diferentes aditamentos para complementar su higiene oral como son el uso de porta hilo dental y el uso de pastillas reveladoras, para un control adecuado de la placa bacteriana.
- La colocación de selladores de fosetas y fisuras, así como el uso de fluoruros aplicados por el odontólogo para la prevención de caries.
- Consideraciones dietéticas en cuanto al consumo de alimentos cariogénicos.
- La importancia de la motivación y asistencia que el padre debe brindar a su hijo.
- El énfasis en que la prevención de las enfermedades bucodentales debe realizarse, de manera conjunta, con la intervención del cirujano dentista, el padre y el niño.
- El seguimiento de las técnicas y procedimientos preventivos odontológicos, puede favorecer a la salud en general del niño y elevar su calidad de vida.

A continuación se presenta el tríptico diseñado para este trabajo (figuras 9 y 10).

La discapacidad intelectual de tu hijo puede dificultar la formación de hábitos higiénicos y dietéticos que ponen en riesgo su salud bucodental.



MOTIVACIÓN, ENSEÑANZA Y ASISTENCIA



MÉTODOS DE PREVENCIÓN

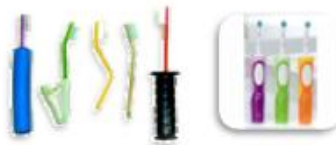
Tú y el odontólogo enseñarán y asistirán a tu hijo a la hora de cepillarse los dientes, tres veces al día, con la siguiente técnica:



1. Cepillar los dientes de arriba hacia abajo. Y los dientes de abajo hacia arriba.
2. No olvidar el cepillado de los dientes posteriores.
3. No olvidar cepillar la parte interior de los dientes.
4. En los dientes de enfrente cepilla la parte de atrás.
5. Cepillar las caras masticatorias de los molares.

Es necesario realizar estos movimientos por lo menos diez veces en cada zona.

La modificación del mango y el uso del cepillo eléctrico son elementos de gran ayuda para la higiene bucodental de tu hijo.



Asiste a tu hijo de esta manera después de que él se cepille los dientes:

Colócate detrás de él, sosteniendo su cabeza con una mano, y el cuerpo con tus piernas mientras cepillas sus dientes.



Coloca la cabeza de tu hijo en tus piernas para mayor facilidad de visión y cepillado.



El uso del porta hilo dental está indicado cuando tu hijo ha desarrollado ya habilidad al cepillarse los dientes.



El uso de selladores de fisuras y fisuras como el uso de fluoruros, reducirá la formación de caries.



Figura 9: Tríptico para la promoción de la salud bucodental en niños con discapacidad intelectual leve (primera parte)

El consumo de alimentos altos en azúcares puede ser un factor que comprometa la salud bucal de tu hijo.



TÚ ERES EL PRINCIPAL RESPONSABLE DE LA SALUD BUCAL DE TU HIJO.

QUIÉRELO, AYÚDALO, MOTIVALO Y LLEVA A LA PRÁCTICA ESTOS METODOS PREVENTIVOS.



No es la discapacidad lo que hace difícil la vida, sino los pensamientos y las acciones de los demás.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SEMINARIO DE ODONTOPEDIATRÍA
CUADRAGÉSIMA TERCERA PROMOCION

RENATO TAPIA AGUIRRE
MTRA. MARÍA HIROSE LÓPEZ
C.D. OLIVIA ESPINOSA VÁZQUEZ

Porque su sonrisa dice más que mil palabras...



¡cuida su boca!



“PREVENCIÓN DE ENFERMEADES BUCODENTALES EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL LEVE”

Figura 10. Tríptico para la promoción de la salud bucodental en niños con discapacidad leve (segunda parte)

Conclusiones

El nacimiento de un niño con discapacidad intelectual es un acontecimiento imprevisto, al interrumpir un proceso de adaptación natural que pospone el establecimiento de la relación del niño con la sociedad. Se rompen todas las expectativas y los padres se sumergen en una inesperada sensación de desconcierto y preocupación.

El niño con discapacidad intelectual leve puede llegar a desarrollar actitudes positivas para una integración social satisfactoria, dejando atrás las barreras que en ocasiones los propios padres sobreponen. Estas habilidades que pueden llegar a desarrollar son también en beneficio de su salud física y psicológica. Para los padres, la única necesidad de atención médica es erróneamente su discapacidad propiamente dicha, cerrando atenciones especializadas, como la odontológica, para un estado óptimo de salud general en su hijo.

La atención y prevención de las enfermedades bucodentales en el niño con esta discapacidad son de gran importancia. El odontólogo deberá ser capaz de adaptarse a las condiciones tanto del niño como de los padres para dirigirse, comunicarse y atender las necesidades del paciente. Deberá tener el conocimiento necesario acerca de los términos, características y actitudes psicológicas que el niño con discapacidad intelectual leve desarrolla a lo largo de su vida.

Por lo tanto, el odontólogo se ve obligado a identificar las principales enfermedades bucodentales que estos pacientes pueden presentar, para poder brindarles una atención adecuada y principalmente beneficiarlos con la prevención de las mismas, para evitar alteraciones en las estructuras bucodentales que pongan en riesgo su salud integral. Para ello, debe implementar diferentes métodos y técnicas que en conjunto les conducirán a un estado óptimo de salud tanto bucal como general. Este conjunto de métodos y técnicas se desarrollarán

bajo un trabajo especializado en el que el odontólogo deberá ser capaz de integrar al niño y capacitar a los padres, para que los ejecuten junto con él. La participación de los padres es fundamental, puesto que la motivación, asistencia y enseñanza de los métodos preventivos aplicados en el niño corren a su cargo.

Una de las formas más simples y directas de promover la prevención de las enfermedades bucodentales en estos niños, es la elaboración de un material didáctico como un tríptico que, de forma definida y simplificada con imágenes, fotografías y esquemas, ejemplifique las técnicas y métodos preventivos. A través de esta importante herramienta, se pretende lograr que el padre comprenda la importancia que tiene la higiene oral para obtener una salud bucodental adecuada.

Bibliografía

- Acosta, A. *Tratamiento de los niños con impedimentos físicos y mentales en el consultorio odontológico*. Unímetro 1993; 9(17):46-51.
- Arias, Herrera Sury R., Liset M. Muñoz, Genné Rodríguez Gutiérrez, Joel García Boss. *Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico en niños con discapacidad mental leve*. Archivo Médico de Camagüey 2005; 9(2) ISSN 1025-0255).
- Barbería, E. *Odontopediatría. 2ª Edición*. Editorial Masson, S. A. Barcelona, 1995. 432 págs.
- Cárdenas, Satelo O, Solas Adam MR. *Que haya más salud en la educación para la salud. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1998:4-22.*
- Castellanos, José L. *Medicina odontológica. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas*. Editorial Manual Moderno. México, 2002. 484 págs.
- Chauchu, S. Becker A. *The orthodontic treatment of children with disabilities*. Refurt Hapeh Vehashinoyen 2001; 18(2):42-50.
- Coward, W.M. and Sackett, P.R. *Linearity of ability-performance relationships: A reconfirmation*. *Journal of Applied Psychology*. 1990; 75:297–300.
- Di Nasso, Patricia. *Cuidado dental del niño con discapacidad*. Revista Asociación Argentina de Odontología para niños. 2001; 30(4):21-4.
- González, Pérez J. *Discapacidad intelectual. Concepto, evaluación e intervención psicopedagógica*. Editorial CCS. Madrid, 2003. 345 págs.
- Harris, Norman O. *Odontología preventiva primaria. 2ª edición*. Editorial Manual Moderno México, 2005. 530 págs.

- Hernández, Pencina J, Tello de Hernández T de J. *Alteraciones bucales en niños con Síndrome de Down en el estado de Yucatán. Rev. ADM* 1998; (2):91-6.
- Ireland, R. *Higiene dental y tratamiento*. Editorial Manual Moderno. México, 2008. 574 págs.
- Katz, G, Lazcano-Ponce E. *Intellectual disability: Definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis*. *Salud Pública Méx* 2008; 50 suppl 2:S132-S141.
- Martínez y Martínez, R. *Pediatría, La Salud del Niño y el Adolescente.3ª ed*. Editorial El Manual Moderno. México, 2005. 886 págs.
- Muntaner, Joan J. *La persona con retraso mental bases para su inclusión social y educativa. Guía para padres y educadores*. Ediciones Aljibe. México, 2001. 128 págs.
- Ogalde, Careaga I. *Los materiales didácticos. Medios y recursos de apoyo a la docencia*. Editorial Trillas. México, 1991. 120 págs.
- Pinela de Manzano, Zalazar. *Patología bucal prevalente en niños excepcionales*. *Acta Odontológica Venezolana* 1999; 37(3):193-8.
- Sosa Rosales M de la C. *Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2002*. 161 págs.
- Valdivia, Leonel. *Guía para el diseño utilización y evaluación del material educativo en la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1984. 75 págs.
- Verdugo, M. A. "Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre el Retraso Mental de 2002, *Rev. Esp. Discapac. Intel.* 2003; 34(205): 5-19.
- Waldo, E., Nelson M.D. *Tratado de pediatría. 6ª ed. Tomo I*. Salvat Editores México, 1975.1632 págs.

Wilkins, Esther M. *Clinical Practice of the Dental Hygienist 7a Edition*. Editorial Williams and Wilkins. Malvern, Pennsylvania, 2001. 893 págs.

Wucius, Wong. *Fundamentos del Diseño*. 6ª Edición. Editorial Gustavo Gili, Barcelona, 1979. 352 págs.

Páginas electrónicas consultadas

http://www.spps.salud.gob.mx/desacargas/programas/discapacidad_nov08.pdf.

<http://www.eistudio.com.mx/disenografico.com>

www.higienebucaldentalnellyand.blogspot.com

www.juncoodontologia.com/images/odonto01.jpg

www.puntodentalcl/images/portahilo.gif.

www.dental.es/cepillo_dental1.jpg.

www.dental.ufl.edu/.../Images/brushcom.gif