



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PROGRAMA DE SALUD DIRIGIDO A NIÑOS CON
DISCAPACIDAD. CEPI 2015.**

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:

MIGUEL ANGEL VARGAS FLORES

TUTORA: Mtra. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

MÉXICO, D.F.

2015



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.

A Dios:

Gracias Padre Dios por permitirme terminar mis estudios universitarios, guiándome y haciendo maravillas a lo largo de mi vida estudiantil de tantas maneras y formas que simplemente no podría contarlas ni hablar de todas ellas.

A mis Padres:

Leticia Flores Morán y Miguel Angel Vargas Rangel, no existen palabras para expresarles mi gratitud hacia ustedes por todos estos años de apoyo, consejos, regañños y extremada dedicación para que Yo pudiera culminar mis estudios, sin ustedes el camino hubiera sido sumamente difícil, los amo infinitamente.

A mi Hermana:

Zaira Gabriela Vargas Flores por siempre orientarme, consentirme, regañarme y quererme de la manera en que lo hace pues todo lo que recibo de Ti lo haces con la intención de que sea mejor cada día.

A mi Asesora:

Mtra. Miriam Ortega Maldonado, le agradezco mucho su tiempo, dedicación y orientación para que pudiera realizar mi tesina y no solo por eso sino también por el hecho de abrirme a un panorama más amplio de conciencia y reflexión sobre las necesidades de las personas con discapacidad.

A mi Universidad y Facultad:

Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Odontología para mí es un gran honor y privilegio haber formado parte de la máxima casa de estudios de México , gracias por ser un lugar donde se encuentran profesores, amigos y compañeros, cuyos conocimientos e ideas me acompañaran por el resto de mi vida.

A mis Amigos:

Thelma Dayani por mostrarme siempre que todo lo que te propones en la vida se puede lograr y que los sueños se hacen realidad, Lidia Baranda Laguna por siempre conectarme con mi lado divertido y hacerme siempre reír, Esmeralda Arce Rivera y Sarai Heras Murillo por recordarme que la fe y la esperanza nunca se debe terminar, Asael Ramírez Galindo por ser un gran amigo incondicional , enseñarme cosas que desconocía. Y a todos mis amigos que no mencione (que son muchos) en estas líneas por ser parte de mi vida y brindarle con sus aportaciones un gran sentido.

A terceros:

Gracias Curaprox, Jonatan, Juan Carlos Montero Flores, así como a los chicos de servicio social , por brindarnos parte de su tiempo y material que será empleado en beneficio de los niños con discapacidad y a todas aquellas personas que lean la presente tesina, esperando que logren entender nuestro interés en desarrollar un programa de salud bucal para niños con discapacidad.

Índice.

1.- Introducción.....	1
2.- Planteamiento del problema.....	3
3.- Justificación.....	4
4.- Objetivos.....	4
5.- Marco teórico.....	5
5.1.- Definición de discapacidad.....	5
5.2.- Salud bucal en los niños con necesidades especiales.....	6
5.3.- Legislación jurídica de la discapacidad en México.....	11
5.4.- Programas de salud bucal.....	12
5.5. Antecedentes sobre el uso de programas de salud	17
6.-Programa de Salud Bucodental para niños con capacidades diferentes del CEPI	21
6.1.- Fijación de prioridades.....	22
6.3.- Creación de objetivos	28
6.4.- Elección de material didáctico.....	28
6.5.- Planeación de recursos humanos	29
6.6.- Variables que integran el programa de salud bucal.....	30
6.7 Variables que conforman los conocimientos de caries dental e higiene dental	30

7.- Actividades con material didáctico previamente elaborado y seleccionado.....	31
7.1 División de pláticas a padres educadores (sesiones).....	31
1.- Presentación del grupo de trabajo.....	31
2.- Conociendo mi boca y como limpiarla.....	31
3.- Mi alimentación.....	36
4.-Cuida mi boca por mí.....	37
5.-Haz fuertes e impermeables mis dientes.....	38
6.- Creación de dedales.....	39
7.- Nosotros te apoyamos.....	43
8.- Conclusiones.....	43
9.- Referencias bibliograficas.....	46



1. Introducción.

Las principales enfermedades bucales consideradas importantes en el ámbito de la epidemiología son la enfermedad periodontal, la caries dental, las maloclusiones, el cáncer oral, entre otras.

Los infantes también son susceptibles a algunas formas de enfermedades que aparecen en la cavidad bucal, dándole especial atención a las entidades que afectan a los grupos jóvenes. El conocimiento y entendimiento conceptual de éstas es importante para el establecimiento de un grupo de medidas preventivas.

La promoción de salud consiste en proporcionar a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Supone emplear activamente a la población en los aspectos de su vida cotidiana. La prevención de las enfermedades puede realizarse en diferentes etapas de su desarrollo. La prevención primaria es aquella que se dirige a las personas sanas para promover acciones saludables o para decidir sobre la adopción de medidas que contribuyan a prevenir determinadas enfermedades.

La minusvalía psíquica condiciona un cambio en la capacidad de razonamiento, por lo que se necesita de una enseñanza paulatina, además de un ayudante para lograr exitosamente un buen control de las técnicas de higienización oral.

Se consideran niños con discapacidad intelectual a aquellos que presentan un desarrollo anormal de los procesos psíquicos fundamentalmente los cognoscitivos superiores, o sea los que tienen defectos estables en su



actividad cognoscitiva (percepción, procesos voluntarios de la memoria, el pensamiento lógico-verbal, el lenguaje y otros) como consecuencia de una lesión orgánica cerebral.

Estos niños no poseen problemas dentales característicos, sin embargo, por su mala higiene bucal y hábitos dietéticos cariogénicos sufren índices de caries y enfermedades periodontales más elevados que los niños normales, de ahí la importancia de una educación sistemática encaminada a prevenir estas enfermedades.

Por tal motivo, el propósito del presente trabajo es realizar una búsqueda sistematizada con la finalidad de condensar la información relacionada con el fomento de la salud oral en niños con discapacidad para la construcción de un programa preventivo.



2. Planteamiento del problema.

Las enfermedades bucales constituyen uno de los principales problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en la población, sin distinción de edad, nivel social, económico, etc., presentándose desde los primeros años de vida y sus secuelas producen efectos graves en el funcionamiento, estética y sistémicamente por el resto de vida de los individuos afectados.

De acuerdo a la Carta de Ottawa todos tenemos derecho a la salud y, por consiguiente las personas o niños con capacidades diferentes no tienen por qué ser segregados a tratamientos curativos o restaurativos como última instancia. En la carta magna de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 3°, 4° y 6° se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, como también es el caso en numerosos códigos y leyes que especifican la protección y promoción.



3. Justificación.

La prevención es un derecho de todos y parte de un estilo de vida saludable en el que gobierno, instituciones, profesionales de la salud bucal y ciudadanos participan de manera activa, si bien es cierto, la mayoría de los programas de salud bucal están dirigidos a la población que no tiene ningún tipo de discapacidad; dejando a las personas con capacidades diferentes excluidas de estos programas, exponiéndolas a servicios que no cubren las necesidades de la población relacionada a estos padecimientos, debido a que la atención es mas de tipo curativo que preventivo, con costos elevados, es decir la demanda de atención supera en mucho la capacidad de atención de los servicios de salud bucal, por lo cual los esfuerzos con respecto a la promoción de la salud, deben incluir a todas las personas con capacidades diferentes, cambiando la perspectiva de atención y tratamiento a prevención y promoción.

De acuerdo a lo anteriormente planteado se creara un programa de Salud Bucal que contemple a personas con capacidades diferentes.

4. Objetivo.

Desarrollar un programa de educación para la salud dirigido a los padres o cuidadores del CEPI (Comunidad Educativa Psicopedagógica Integral) con la finalidad de prevenir tratamientos invasivos en un futuro.



5. Marco teórico.

5.1. Definición de discapacidad.

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación de los seres humanos.¹

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) la define como aquella que presenta una limitación física o mental de manera permanente o por más de seis meses que le impide desarrollar sus actividades en forma que se considera normal para un ser humano.²

De acuerdo a la Asamblea General de las Naciones Unidas en la declaración de los derechos de los niños, se acota que “todos los niños disfrutarán los beneficios de la seguridad social, tendrán derecho de una nutrición adecuada, vivienda, recreación y servicios médicos” y “Al niño incapacitado físico, mental o socialmente se le brindará un tratamiento especial, educación y cuidados requeridos por su condición particular. Esto significa que todos los niños sin distinción deben recibir una adecuada atención de su salud oral.³

Hoy en día, según las investigaciones en todo el mundo hay un número elevado de personas discapacitadas que asciende a más de 500 millones. En México, los resultados del Censo General de la Población y Vivienda 2010, registraron que existen 4 527 784 habitantes con discapacidad, lo que representa 4% de la población total del país.⁴

Las personas con discapacidad, tienen diferentes problemas de salud, y su propia condición los predispone a la aparición de otras tantas, como los son



problemas en su salud oral y patologías bucales, mismos que pueden agravarse por factores médicos, económicos o sociales, o simplemente porque sus padres tienen dificultad en el manejo de la discapacidad, y dejan a último término el interés del cuidado bucal de su hijo. ³

5.2. Salud bucal en los niños con necesidades especiales.

El INEGI en marzo del 2011 hace referencia a que en México existen 5.1% de personas con discapacidad de los cuales 50.1% son mujeres y 49.9% son hombres y que de ellos el 1.6% se encuentran en el rango de edad entre 0 a 14 años. ⁴

Los niños con capacidades especiales son un grupo de riesgo que requieren cuidados dentales a edades tempranas y es de gran importancia el apoyo e interés de los padres hacia la salud oral de sus hijos. Los principales problemas de salud bucal en estos niños son la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones. ⁵

Los problemas que experimentan para comer, masticar, y la dificultad que presentan para mantener una higiene oral adecuada hacen que sus dientes sean extremadamente susceptibles a la caries y que sus encías tengan tendencia a inflamarse. En consecuencia, el cuidado dental rutinario cobra una especial relevancia. ⁶

Algunos de los factores que contribuyen a una salud bucal deficiente en los niños con discapacidades y otras necesidades especiales son:

- **Condiciones bucales.** Algunos problemas genéticos en niños pequeños pueden causar condiciones tales como: defectos en el esmalte de los dientes, pérdida de dientes, y mala alineación de los dientes. Los niños con



Trisomía 21 (Síndrome de Down) a menudo sufren de enfermedad periodontal específicamente gingivitis.

- **Limitaciones físicas.** Los niños que no pueden masticar o mover la lengua apropiadamente no se benefician de la acción de limpieza natural de la lengua, de los músculos de la mejilla, y de los labios.
- **Dificultad para cepillarse y usar el hilo dental.** Los niños con mala coordinación motriz, como por ejemplo los niños con lesiones en la espinal dorsal, distrofia muscular, o parálisis cerebral, tal vez no pueden lavarse los dientes o usar los métodos de limpieza usuales de cepillado y e hilo dental.
- **Flujo de saliva reducido.** Los niños que necesitan ayuda para beber, tal vez tomen menos líquidos que otros niños y tal vez no tengan la suficiente saliva en la boca como para ayudar a deshacerse de partículas de alimentos.
- **Medicamentos.** A los niños que usan medicinas endulzadas por un largo período de tiempo les pueden salir caries. Algunos medicamentos para prevenir los ataques pueden causar hinchazón o sangramiento de las encías.
- **Dietas restringidas.** A los niños que tienen dificultad para masticar y tragar se les puede dar a menudo comida que se ha hecho puré, la cual se les puede pegar a los dientes.⁶

De ahí que las manifestaciones más comunes en pacientes con capacidades diferentes sean:

- Deficiente higiene bucodental con alto índice de placa dentobacteriana, gingivitis, presencia de cálculo en edades muy tempranas, halitosis y restos alimenticios adheridos a tejidos duros.



- Alta prevalencia de caries.
- Enfermedad periodontal.
- Hipertrofias gingivales medicamentosas.
- Infecciones e inflamaciones crónicas o agudas recidivantes (granulomas periapicales, celulitis, etc.).
- Odontalgias periódicas.
- Exodoncias múltiples en lugar de tratamientos conservadores.
- Edentulismo parcial o total prematuro.
- Mayor incidencia de maloclusiones, oclusión traumática, bruxismo, abrasiones e hipersensibilidad dentaria. ^{7,8,9}

La Academia Americana de Odontología Pediátrica define a la discapacidad dental como la condición en la que la caries dental, la enfermedad periodontal, los traumatismos dentoalveolares y otras condiciones bucales sin tratamiento adecuado pueden limitar considerablemente el desarrollo del niño y su participación en las actividades cotidianas. ¹⁰

Se considera que un individuo tiene una discapacidad dental cuando el dolor dental, la infección y la falta de una dentición estable y funcional:

1. Restringen la ingesta de nutrientes necesarios para las necesidades energéticas y de crecimiento.
2. Hay un retraso u otras alteraciones del crecimiento y desarrollo.
3. Inhibe su participación en las actividades de la vida.
4. Disminuye su calidad de vida. ¹⁰



A nivel mundial no existe un reporte completo sobre el estado de salud y bienestar de las personas que presentan discapacidad intelectual. Asimismo, no se han encontrado estadísticas publicadas en México que permitan determinar la prevalencia de enfermedades bucales en la población con esta condición, sólo se reportan estadísticas en niños con discapacidad asociada a otros síndromes, como por ejemplo, síndrome de Down, (actualmente Trisonomía 21) autismo, entre otros.¹⁰

En el estudio descriptivo observacional realizado por Muñoz y cols. en el 2005 en Camagüey, cuya muestra estuvo constituida por 82 niños con retraso mental ligero, se encontró que la caries dental afectó al 81%, la enfermedad periodontal (gingivitis) al 73%, además que el 74% presentaba mala higiene bucal, el 82% tenía dieta cariogénica y su estado de salud bucal se encontraba gravemente afectado en el 89% de los casos.¹¹

Castañeda, Malta y Romero en el 2009, en una clínica de niños de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú, reportó un índice de Caries - Perdidos - Obturados en dientes permanentes (CPOD) de 5.17, un índice de caries – extraídos - obturados de dientes temporales (ceod) de 7.89 y 91.18% con un índice de higiene oral regular y malo.¹²

Quijano y Díaz en 2005 en Perú, en un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, con 42 niños Down presentaron una prevalencia de caries de 70%, con un ceod de 4.36 Comparándolos con niños sin discapacidad que reportaron una prevalencia de 42% y un CPOD de 1.76.¹³

Escribano, Hernández, Ruiz, Porteros en 200/ evaluaron 108 pacientes de los que 51% (eran del sexo masculino) con una edad promedio de 31 años,



el 67% presentaron discapacidad profunda de aprendizaje, 19% discapacidad y enfermedad mental, 11% parálisis cerebral y 3% autismo. Las patologías bucales encontradas fueron caries (86%), placa dental (71%). Los tratamientos más comúnmente realizados fueron extracciones (78%), profilaxis dental (75%) y obturaciones (67%).¹⁴

En un estudio observacional realizado por Pereyra, Tello y Ochoa en 1998 en niños con Síndrome Down en el estado de Yucatán con CPOD de 2.52 para todos los niños, predominando con 2.85 los varones y 2.24 las niñas.¹⁵

En Estados Unidos, la discapacidad intelectual se presenta en personas de todas las razas y en las diferentes clases sociales, prevaleciendo en el sexo masculino y siendo el trastorno más frecuente del desarrollo a pesar de que su incidencia es difícil calcular debido a la dificultad para identificar su inicio, afectando aproximadamente a tres de cada 100 personas.¹⁶

Por otra parte, África y Asia son los continentes con mayor prevalencia, seguido de Latinoamérica que ocupa el quinto lugar en el mundo con 800.000 personas con discapacidad intelectual, en donde aproximadamente 613.000 niños entre seis a 21 años tienen algún nivel de discapacidad mental y necesitan educación especial en la escuela.¹⁶

Arias V. en 2006, realizó un estudio sobre el manejo de la discapacidad intelectual encontrando que en el campo médico, la salud física y la rehabilitación de los pacientes discapacitados y/o especiales, se puede considerar cubierta por todos los servicios y programas desarrollados con ese fin. Sin embargo, no puede decirse lo mismo en los que se refiere a la salud bucal, la rehabilitación y la participación de la Odontología en cuanto a la prevención y conservación de ésta.¹⁷



Según datos de la OMS las dos terceras partes de la población que presentan discapacidad no reciben atención bucodental y aunque los programas estimados de población con discapacidad varían de una localidad a otra, los aspectos de salud integral para este grupo poblacional no incluyen su rehabilitación. Asimismo, se ha demostrado que la ignorancia, el desconocimiento y el temor a causar daño, así como la falta de preparación para desarrollar en ellos un tratamiento conservador asociados a sus propias reacciones emocionales, las de sus familiares y las del profesional son los factores determinantes para emplear las extracciones múltiples como soluciones externas, haciendo cada vez mayores las barreras que impiden el acceso a los servicios de atención y en algunos casos hasta el rechazo del paciente a asistir a la consulta odontológica.¹

5.3 Legislación jurídica de la discapacidad en México.

Desde el punto de vista jurídico los pacientes que padecen de discapacidad intelectual son protegidos por la ley. En ese sentido en la Ley para Personas con Discapacidad, Título II de los Derechos y Garantías para las Personas con Discapacidad, Capítulo I Artículos 10 y 11 publicada en Gaceta Oficial No. 38.598 de fecha 05/01/07 y la Ley Orgánica de Régimen Municipal en su ordenanza sobre Normas, Derechos Y Protección a Personas con Discapacidad, capítulo II artículo 87^o, refiere que el discapacitado tiene derecho a recibir atención médica, psicológica, social y odontológica, incluyendo el tratamiento ortodóntico y protésico. Asimismo su formación en el área profesional, ayudas, consejos, servicios de empleo y otros que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes que aceleren el proceso de su integración o reintegración social.^{18,19}



5.4 Programas de salud bucal.

Un programa de salud es aquel que trata de mejorar y aumentar los niveles de salud de manera dinámica y positiva en los individuos, reconociendo la necesidad de cambiar las condiciones en las que los individuos viven en un sentido más saludable, apoyándose principalmente en la prevención, aunque su campo de acción es mucho más amplio, tiene como base un carácter dinámico y la influencia de sus determinantes.²⁰

El carácter dinámico de la salud establece la posibilidad de influir positivamente en los individuos y las poblaciones mejorando el nivel de salud en estos, sin embargo los niveles de salud de los individuos y las poblaciones están condicionados a factores como el medio ambiente y estilos de vida en gran medida.²⁰

Conceptualmente la promoción de la salud, se asienta en el principio de los determinantes de la salud, por lo cual es importante el reconocimiento de la importancia que tiene la salud en los individuos en su contexto social y medioambiental en el que viven.²⁰

Los programas de salud bucal buscan la resolución de problemas y necesidades a tratar, desde el punto de vista comunitario, sanitario y social agrupándolos en:

- Educación sanitaria y fomento de las medidas preventivas.
- Prevención de la caries dental.
- Prevención de las periodontopatías.
- Prevención del cáncer oral.
- Prevención de otras enfermedades de la mucosa bucal.
- Prevención de los defectos del desarrollo de tejidos dentales duros.
- Prevención de los defectos adquiridos en tejidos duros dentales.



- Prevención de las anomalías orodentofaciales.²⁰

Para establecer un programa de salud bucal se debe de iniciar con un proceso de conocimiento y entrenamiento el cual consiste en comenzar por el profesional de la salud, seguido de la consideración del área preventiva clínica en particular, área del sistema de terceros (como es el caso de seguridad social, de la comunidad, etc.) , área problema o área descubierta (incontrolada) y concentrándose en el área específica a la cual se va a tratar.²¹

Posteriormente de conocer la población en la que se trabajara se tienen grupos de personas:

- Sin patología.
- Personas con necesidad de tratamiento odontológico.
- Personas con demanda de servicios odontológicos.
- Personas en tratamiento.
- Personas con uno o varios tratamientos terminados.
- Personas sin demanda de servicios odontológicos con o sin patología.²¹

Auxiliado de toma de medidas para la obtención de datos, la cual puede ser por métodos simples y sencillos, una vez establecido el programa se extenderá a el entorno donde se desarrolle el profesionista, continuando con el personal auxiliar y por último proponer el programa preventivo a todos los pacientes y aplicarlo sólo a aquellos que lo acepten.²¹

Pineault define a los programas de salud como : “ un conjunto organizado coherente e integrado de actividades y servicios, realizados simultáneamente o sucesivamente con los recursos necesarios con la finalidad de alcanzar



objetivos determinados , con relación a problemas de salud precisos y con ellos, a una población específica”.²²

Los Programas de Salud Bucal están basados en dos tipos de actividades; preparación en la cual se elabora un documento, y la ejecución la cual tiene como objetivo la solución de problemas específicos fijando metas y objetivos en un tiempo y lugar determinado.²²

Los principales elementos que conforman un programa de salud son:

1. Diagnóstico situacional:

Incluye el estudio realizado por los participantes respecto a los determinantes de la salud, características sociales y culturales englobando conceptos y prácticas, identificación de problemas de comunicación en salud y las acciones a realizar. Siendo un proceso de toma de decisiones estratégicas que establecerán la dirección y la intención de dicho proceso.²³

2. Fijación de prioridades:

Cada problema se analiza por medio de métodos epidemiológicos descriptivos, para determinar la magnitud y frecuencia de caso. A los problemas identificados se les brinda una prioridad de acuerdo a su importancia y el grado que en que se pueden cambiar o corregir.²²

3. Creación de objetivos:

Se establecen los resultados que el programa espera tener, es decir los fines a alcanzar de forma cuantitativa y determinados para realizarse en un periodo de tiempo establecido.²⁴ En todos los programas de salud se busca:

- Mejorar conocimientos y actitudes.
- Mejorar el comportamiento de salud.
- Mejorar condiciones de salud.



4. Elección de recursos y actividades.

Establecidos los objetivos se plantean las estrategias, es decir que recursos se tienen para lograr los objetivos en las condiciones más ventajosas, se establece que es lo que se hará para lograr los objetivos, que dirección se otorgara a los recursos y como se afrontaran los retos que implica cambiar una situación de salud.²⁴

Las actividades se crean a partir de la orientación del programa, la naturaleza y la cobertura de los recursos disponibles.²⁴

Se analizan las diversas formas en las que el mensaje puede ser expuesto validando o descartando conceptos y materiales con distintos grupos de participantes, interactuando con la población para realizar pruebas sobre mensajes y materiales. Muchos factores influyen durante la selección o creación de actividades como:

- Naturaleza del contenido la cual se encarga de establecer la implicación personal estrecha con otras, como la actuación de papeles o algunas actividades en relación a los valores.
- Características de los que aprenden es decir si los participantes tiene experiencia previa o no ante los temas a tratar, cuando el tema es ajeno a la experiencia personal que está aprendiendo se necesitara un interés más activo.
- Habilidad del instructor se basa en la efectividad de manejo de grupo y su estilo particular de enseñanza.
- Orientación teórica la cual busca lograr objetivos de conocimientos específicos para una situación de aprendizaje en particular.
- Materiales los cuales facilitan el aprendizaje como son los maniqués, películas o equipo de laboratorio.^{22,24}



5. Ejecución se da a partir de la validación del programa poniéndose en marcha con la población participante, se promueven y distribuyen los materiales y se da seguimiento para analizar posibles modificaciones.²⁴

Durante la ejecución del programa se necesita:

- Reclutamiento, selección y capacitación del personal siendo de suma importancia la orientación o capacitación especial para el personal de la educación que llevarán las sesiones de instrucción, teniendo como objetivos interpretar el plan, reforzar competencias y generar entusiasmo así como tener compromiso con el programa de salud.²⁴
 - Adquisición de materiales, equipo e instalaciones.²²
6. Evaluación. En esta etapa se analiza si los objetivos se alcanzaron, si existieron cambios entre los participantes resultado de la exposición al programa o por otros factores, también se evalúa el desarrollo del cambio así como el aprovechamiento de los recursos empleados.²³



5.5 Antecedentes sobre el uso de programas de salud bucal.

En 2005, Arias Herrera, Muñoz Fernández y Genné Rodríguez, sugieren que el procedimiento para tratar niños con discapacidad es iniciar con una buena higiene oral e introducirlos a programas preventivos, seguidos de tratamientos curativos, así mismo, el cirujano dentista debe explicar usando un lenguaje sencillo, empleado la técnica decir, mostrar y hacer. Teniendo como objetivos: fomentar la confianza y amistad con el paciente, educar al paciente para que acepte el tratamiento dental sin miedo, así como mantener la salud oral y dar importancia a la promoción y prevención., misma que se logrará educando a los familiares y cuidadores para que conozcan las medidas a seguir para proteger y mantener la salud bucal, por su parte el cirujano dentista debe detectar y controlar cualquier condición que facilite la aparición de problemas de salud bucal, realizando control personal de placa y tratamientos preventivos como aplicación tópica de fluoruro, adoptando dichos hábitos desde edades tempranas , para así mantener la salud del niño a lo largo de su vida. ²⁵

En 2010, Di Nasso y Falconi Salazar, en Perú y Argentina, concluyen que una manera de prevención de salud bucal, es el asesoramiento dietético de los alimentos consumidos por personas con discapacidad. ⁵

Dentro de la promoción de la salud es indispensable el uso de materiales didácticos como elementos de introducción, fotografías, diapositivas, videos, DVDs, transparencias, etc., así como estrategias pedagógicas que ayuden a asimilación del conocimiento científico y cultural transmitido. ⁵

En 2011, Marulanda, Betancur, Espinosa y cols. , en Colombia definen que el éxito de la prevención de enfermedades bucodentales en personas con



discapacidad es el cuidado bucal realizado en el hogar, apoyado por el conocimiento, motivación y estrato social de las personas encargadas de su cuidado. Mejorando su higiene bucal a través de programas de salud bucal, encaminados a familiares, personal de atención que ayudan a las tareas de higiene personal, el fortalecimiento específico del tema en el ámbito académico, tanto profesores como alumnos, así como la asignación de fondos monetarios para costear el acceso a servicios de salud de dichos pacientes.²⁶

Diferentes estudios realizados en pacientes con retraso mental concluyen que el uso de cepillos eléctricos en la higiene oral casera ayuda a la eliminación de placa dentobacteriana, así como la disminución de inflamación gingival. Bozkur (Turquía) reafirma esta idea al estudiar diferentes técnicas de higiene oral en un grupo de 59 personas con discapacidad neuromuscular, en la cual dividiéndolos en cinco grupos diferentes a los cuales les brindo diferentes técnicas de higiene prestando atención a los índices de placa dentobacteriana al día 21, demostrando que el método más eficaz es la utilización de el cepillo eléctrico.²⁶

Los aditamentos de limpieza permiten mejorar la situación de higiene bucal de los pacientes, por lo que Bushman diseñó un aparato que permite el uso de hilo dental con un mecanismo que avanza y otro que lo guarda en un apartado diferente, evitando de este modo la contaminación del resto del hilo dental, a través del estudio de Wong y Wade demostraron que las características físicas del hilo dental Super –Floss facilita la eliminación de placa dentobacteriana en espacios interproximales.²⁶

Los métodos químicos para la eliminación de placa dentobacteriana son eficaces en concentraciones específicas y de manera regular, siendo los más



eficaces los colutorios con Tricolsán-zinc y sprays de Gluconato de Clorhexidina.²⁶

En el mismo año Martínez Mechada, Rivera Silva y Treviño en México refuerzan las ideas de Marulanda, Betancur, Espinosa, y agregan el uso de técnicas preventivas como el uso de selladores, aplicación tópica de flúor, ya sea gel, barniz tanto en dientes temporales como permanentes, el uso de pasta dental con altas concentraciones de flúor, cepillado dental como mínimo dos veces al día, con cepillos modificados para comodidad de los individuos y evitar daño al periodonto y recomendaciones dietéticas para la prevención de enfermedades bucales.²⁷

En 2011, García Flores, Suarez Zafra y De la Huerta Flores, en Cuba concluyen que la prevención es vital para una persona discapacitada, pues se considera a los discapacitados como un grupo de riesgo con grandes necesidades de atención dental a causa de la prevalencia de caries y enfermedad periodontal, provocadas por una higiene oral deficiente y falta de educación higiénica sanitaria, así mismo resaltada que el cirujano dentista necesita capacitación para brindar una atención dental de calidad en el área de patologías y manejo psicológico, tomando a la prevención como parte fundamental en el tratamiento de dichos pacientes.²⁸



Tabla 1. Recomendaciones dietéticas básicas para la prevención de enfermedades bucales con personas con discapacidad.

Frecuencia de comidas	Máximo cuatro al día
Cantidad de sacarosa	Consumo bajo de azúcares.
Características de las comidas	Son recomendables comidas que favorezcan la masticación y la autoclisis. Evitar alimentos que propicien la caída del pH. Evitar comidas pegajosas.
Carbohidratos fermentables	Monosacáridos, disacáridos y polisacáridos ayudan a la formación de ácidos en la cavidad bucal.
Sustitutos de azúcar	Aspartame causa una baja producción de ácido. Chicles de Xilitol con cantidad de 4 a 10g. diarios por 20 minutos después de los alimentos.
Elementos protectores de la dieta	Las frutas, verduras, así como la sal y el agua tiene cantidades de fluoruro que aportan un efecto protector a los dientes. Mientras que los fosfatos, calcio, grasas, proteínas han demostrado tener algunos efectos inhibidores de caries.

Fuente: Martínez Mechada, H.R, Treviño Alanís, M.G, Rivera Silva, G. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. ADM. 2011;LXVIII(222-228): 222-228.



6. Programa de Salud Bucodental para niños con capacidades diferentes del CEPI.

6.1 Diagnóstico situacional.

CEPI (Comunidad Educativa y Psicopedagógica Integral) nace en 1993 por la necesidad de brindar una atención educativa a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales y que por sus características no podían ser atendidos en un sistema educativo regular, cuentan con los niveles de preescolar, primaria, secundaria y capacitación laboral, están incorporados a la Secretaría de Educación Pública, se encuentran incorporados en programas oficiales y se hacen adecuaciones curriculares para cada uno de los alumnos.²⁹



Imagen 1. Entrada principal del CEPI.²⁹

Tienen como filosofía trabajar de manera personalizada, con grupos reducidos y con personal altamente capacitado y especializado en el trabajo de alumnos con necesidades educativas especiales. Los programas educativos se elaboran de manera individual tomando en cuenta el ritmo y el proceso de aprendizaje de cada uno de los alumnos.²⁹



La finalidad u objetivo del CEPI es la intervención psicopedagógica en un contexto escolar de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales para lograr un equilibrio entre el desempeño académico y el desarrollo de habilidades adaptativas que favorezcan su integración social.²⁹

Su filosofía se basa en la Teoría Psicogenética de Jean Piaget, en la cual se busca que el alumno construya su propio conocimiento a través de la experiencia y la interacción con el medio.²⁹

6.2 Fijación de prioridades.

Una de las prioridades del programa de salud bucodental en los niños del CEPI es brindar información necesaria sobre los siguientes puntos:



Imagen 2. Niños del CEPI en sus labores diarias.²⁹

- **¿Por qué los niños especiales tienen mayores riesgos?**

Los problemas comunes bucales, tales como caries o enfermedades de las encías, afectan a todos los niños. Pero lo niños con discapacidades y otras necesidades especiales tienen más problemas de salud bucal que la

población en general. Por ejemplo, los niños con discapacidades pueden tener problemas de habilidades cognitivas, comportamiento, movilidad, neuromusculares (babeo, atragantamiento y problemas para tragar), movimientos corporales no controlados, reflujo gastroesofágico, o convulsiones. Estas complicaciones pueden representar obstáculos para el cuidado adecuado de la boca y hacer que los niños tengan mayores riesgos de desarrollar problemas de salud bucal.



Imagen 3. Manifestaciones orales más comunes en pacientes con discapacidad.³⁰

- **¿Qué ocasiona problemas de salud bucal en los niños con discapacidades?**

Algunos de los factores que contribuyen a una salud bucal deficiente en los niños con discapacidades y otras necesidades especiales son:

- Los factores genéticos, el crecimiento de la mandíbula, la acción muscular y los medicamentos pueden determinar cuándo los dientes van a salir por primera vez. Este proceso puede atrasarse, acelerarse o ser inconstante. A



algunos niños los primeros dientes primarios les salen recién a los dos años de edad.

- Es común que los niños con problemas de desarrollo tengan caries. Además de problemas con la dieta y la higiene bucal, la alimentación prolongada con biberón y los efectos secundarios adversos de ciertos medicamentos contribuyen a la caries de los dientes.
- Las enfermedades periodontales ocurren más a menudo y a una edad más temprana en niños con problemas de desarrollo. El crecimiento en exceso de las encías por el uso de medicamentos para las convulsiones, la presión alta y los sistemas inmunológicos débiles, también pueden contribuir al desarrollo de caries.
- La oclusión defectuosa (cuando los dientes posteriores e inferiores no encajan bien y están amontonados) ocurre en muchos niños con problemas de desarrollo. Esto puede estar relacionado con anomalías musculares, salida tardía de los primeros dientes, o falta de desarrollo de la mandíbula. Cuando los dientes no están bien alineados, resulta difícil masticar y hablar, y aumenta el riesgo de enfermedades periodontales, caries y traumatismo bucal.
- Los hábitos dañinos pueden resultar problemáticos para los niños con discapacidades y necesidades especiales. Algunos de los hábitos más comunes son: hacer rechinar o apretar los dientes, acumular alimentos en la boca, respirar por la boca, sacar la lengua, tocarse las encías o morderse los labios.
- Las anomalías de los dientes afectan a muchos niños discapacitados. Estas anomalías pueden variar en la cantidad, tamaño y forma de los dientes.
- El trauma y las lesiones en la cara y boca por caídas o accidentes ocurren más frecuentemente en los niños que tienen retardo mental, convulsiones,

parálisis cerebral, reflejos de protección anormales o falta de coordinación muscular.



Imagen 4. Niños del CEPI con diferentes discapacidades.²⁹

- **¿Por qué pueden los niños necesitar un cuidado bucal especial?**

Los niños pueden necesitar un cuidado bucal especial si tienen alguna de las siguientes condiciones: síndrome de Down, epilepsia o convulsiones, labio o paladar leporino, anomalías estructurales (en la cabeza, cara y/o boca), parálisis cerebral, discapacidades de aprendizaje o desarrollo, problemas de visión u oído, o infección VIH.

- **¿Cuándo se debe suponer que existen problemas de salud bucal?**

Cuando el niño tiene un problema de salud bucal, puede mostrar alguno de los siguientes síntomas: rechina los dientes, se rehúsa a comer o prefiere alimentos blandos, cambia de comportamiento (tocarse dentro o alrededor de la boca, los dientes, las mandíbulas y mejillas), tiene mal aliento o dientes manchados.

Consejos para recordar.

- Los adultos pueden propagar los gérmenes que provocan caries. No ponga nada en la boca del niño que haya estado en su propia boca.
- Recuerde que los niños, particularmente los que tienen discapacidades y necesidades especiales, necesitan que un adulto les ayude a cepillarse los dientes bien.



Imagen 5. Niño con discapacidad asistido en su Higiene oral.⁶

- Si el niño tiene problemas para agarrar el cepillo de dientes, coloque cinta adhesiva alrededor del mango del cepillo para que sea más grueso y fácil de agarrar. También existen cepillos con formas especiales.
- Una buena nutrición, si es buena para el cuerpo, es también buena para la boca. Los refrescos, bebidas azucaradas, caramelos y otros dulces o alimentos que contienen azúcar pueden causar caries.
- Usar fluoruro reduce las caries, así que cepille los dientes usando un poco de crema dental con fluoruro.
- Son importantes las visitas al dentista de forma regular.
- Prevenga las caries por causa del biberón: no deje al niño durmiendo con el biberón en la boca, si el biberón tiene algo que no sea solo agua.



Imagen 6: Prohibición del uso de biberón al momento de dormir.³²

6.3 Creación de objetivos.

1. Fomentar el cuidado de la salud a partir de un programa preventivo específico para alumnos del CEPI.
2. Orientar a los padres, cuidadores o tutores de los escolares sobre la importancia y cuidado de la cavidad bucal.
3. Mostrar algunas medidas preventivas para evitar enfermedades bucales a futuro a través del juego.

6.4 Elección de material didáctico.

- Presentación de diapositivas.
- Rotafolios.
- Copias de material didáctico.
- Tipodontos.



Imagen 7: Tipodonto creado para las sesiones del programa de salud.³³

- Cepillos dentales y aditamentos de higiene oral.
- Trípticos informativos.



Imagen 8. Fragmento de tríptico diseñado para padres y cuidadores.³³

6.5 Planeación de recursos humanos.

- Con base en los datos aportados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en el 2010 establece que por cada dieciséis alumnos se necesita un educador, dato que se puede adoptar en el programa de salud bucal para establecer que por cada dieciséis padres o educadores de niños con discapacidad se necesitara un profesional de la salud bucal, ya sea pasantes o estudiantes de la carrera de odontología con conocimientos necesarios con respecto a los temas a tratar³¹.
- Tutora de tesina.
- Alumno de seminario de titulación.



- Director(a) del CEPI.
- Especialista en Educación pública y salud bucal.
- Padres o cuidadores de los niños con capacidades diferentes del CEPI.

6.6 Variables que integran el programa de salud bucal.

- Edad.
- Tipo de discapacidad.
- Caries (Primero, segundo o tercer grado)
- Enfermedad periodontal (Leve, moderada o severa)
- Padres o cuidadores.
- Hábitos de higiene.
- Uso de aditamentos especiales de higiene.

6.7 Variables que conforman los conocimientos de caries dental e higiene dental.

- Conocimiento sobre caries
- Detección de factores de riesgo
- Conocimiento sobre técnicas de cepillado.



7. Actividades con material didáctico previamente elaborado y seleccionado.

7.1 División de pláticas a padres educadores (sesiones):

- 1. Presentación del grupo de trabajo:** Se presentara a todo el grupo de trabajo que estará involucrado, la labor que estaremos realizando el programa de salud bucal, ante profesores, padres y alumnos, se explicara de manera general el propósito del programa de salud bucal e invitarlos a las sesiones.
- 2. Conociendo mi boca y como limpiarla:** Se le explicara a los principales elementos que conforman la boca, así como la técnica de cepillado recomendada, técnica de uso hilo dental recomendada y aditamentos de higiene bucal por medio de imágenes proyectadas con los principales estructuras anatómicas que conforman la cavidad oral, los diferentes elementos utilizados en la higiene bucal, utilizando como material didáctico un tipodonto desarmable que les permita conocer las estructuras que conforma la cavidad oral y reafirmar sus conocimientos adquiridos en el tema de higiene oral por medio de cepillos y aditamentos.

Dicho material fue creado con diversos materiales como alambre, periódico, engrudo, macro modelos, pintura acrílica, cartón corrugado, globos, agua, pegamento, entre otros.



Imagen 9. Diseño de la estructura que representara la maxila y la mandibula, así como las bases hechas de unicel en las que se transportara.³³



Imagen 10. Diseño de juego de formas.³³



Imagen 11. Creación de una lengua con un globo lleno de agua con la finalidad de representarla textura de la superficie dorsal de la lengua y la saliva.³³



Imagen 12. Tipodonto creado como un juego de formas y texturas que permiten reconocer fácilmente estructuras clave de la cavidad oral.³⁴



Imagen 13. Creación de limpiador interproximal con un pela papas ordinario al cual se le eliminaron las partes cortantes para dejarle únicamente el mango y se le agrega hilo dental.³³



Imagen 14. Limpiador y cepillo interproximal.³³



Se les brindará a los niños un calendario de higiene bucal previamente diseñado que les permitirá monitorear su progreso de higiene bucal en casa dividido en día y noche, se le brindará un calendario al CEPI como recordatorio de llevar a cabo el cepillado dental después de cada comida, se pedirá que cada día un niño diferente marque en el que ya se ha realizado la higiene bucal.

Calendario de Higiene Bucal.

Sigue tus progresos de higiene bucal, marca con una palomita cuando te cepilles los dientes.

Recuerda que debes cepillarte los dientes después de cada comida.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SEMANA 1					
SEMANA 2					
SEMANA 3					
SEMANA 4					
SEMANA 5					

Imagen 15. Calendario de Higiene bucal que servirá como monitoreo de la higiene oral en casa durante el tiempo que duren las sesiones en el CEPI creando así una costumbre que se pretende volver hábito.³³

- 3. Mi Alimentación:** Indicara los factores predisponentes a caries que contienen los alimentos y medicamentos de los niños con capacidades diferentes por medio de diapositivas que expliquen la razón e importancia de cuidar la alimentación, la actividad didáctica se solicitara a los niños que de una caja saquen diversos alimentos y los coloquen en diferentes platos, clasificándolos en un inicio de manera que crean son los sanos y después de la sesión se les pedirá volverlos a organizar en alimentos sanos e inapropiados.



Imagen 16. Alimentos Sanos vs Alimentos Inapropiados.³³



Imagen 17. Alimentos Sanos vs Alimentos Inapropiados.³³

- 4. Cuida mi boca por mí:** Indicara las alteraciones más comunes dentro de la boca de los niños con discapacidad y como detectarlas se explicara por medio de imágenes proyectadas como identificar las enfermedades bucales más comunes en esta población y posteriormente un ejercicio en grupo en el cual se les brindaran imágenes diferentes de dichas alteraciones, así como sus respectivos nombres (material en físico) para que las relacionen. Se le brindara a las personas presentes un tríptico previamente diseñado que contiene información respecto al tema tratado, al CEPI se le brindara un cartel previamente diseñado con las manifestaciones bucales más comunes.



Imagen18. Tríptico diseñado para padres y cuidadores, el cual contiene un resumen de las sesiones tratadas durante el programa de salud oral.³³

5. Haz fuertes e impermeables mis dientes: Se hablara de la importancia del flúor y selladores de fisuras y fosetas y sus ventajas en los niños con discapacidad por medio de diapositivas el material didáctico a utilizar será un huevo, vinagre blanco y flúor en gel que permitirá ver de manera didáctica como un ácido daña a una estructura fuerte y como el flúor ayuda a volver más resistente a la cáscara de huevo, permitiendo que los niños toquen y coloquen flúor en el huevo.



Imagen 19. Materiales didacticos a ocupar en la sesion Haz fuertes e impermeables mis dientes.³³

- 6. Creación de dedales:** Esta sesión está dirigida a padres, cuidadores y niños con la finalidad de hacer un dedal que permita a los padres y cuidadores introducirlo a la boca de los niños al momento de revisar o asistirlos en su higiene y de esta manera evitar ser mordidos o lastimados por los dientes. Teniendo como opciones dedales hechos silicona por condensación y con acrílico autopolimerizable.



Imagen 20. Silicona por condensación para creación de dedal.³³



Imagen 21. Para iniciar se necesita un porción de silicona pesada y su respectivo activador.³³



Imagen 22. Se adosa y adapta el material a la superficie del dedo seleccionado, y se deja polimerizar el material.³³

Para la creación de un dedal de acrílico se necesita Acrílico autopolimerizable, monomero, gotero, espátula plástica, separador, godete de vidrio y plástico.



Imagen 23. Sumergir el dedo seleccionado en separador.³³



Imagen 24. Se activa el acrílico con el monómero en un godete de plástico para facilitar la obtención del mismo, se sumerge el dedo seleccionado de cinco a ocho minutos, al mismo tiempo que se eliminan excedentes de las orillas.³³



Imagen 25. Despues se vuelve a colocar el dedo en el interior y se espera a que polimerice el acrílico.³³

La selección del tipo de dedal a crear dependerá del grado de cooperación de cada niño al momento de ser asistido o supervisado, siendo recomendable el de silicona para niños cooperadores y el de acrílico para niños menos cooperadores.



- 7. Nosotros te apoyamos:** Motivación a padres, cuidadores y niños para mejorar y fortalecer hábitos de higiene oral en niños con discapacidad de acuerdo experiencias, logros personales, objetivos que desean alcanzar así como respuestas a sus dudas respecto a temas tratados anterior mente por medio de una ronda de preguntas y respuestas.



8. Conclusiones.

La salud es un derecho otorgado por la Carta Magna de los Estados Unidos Mexicanos, al tomar éste derecho un carácter universal no debe ser excluyente para la población que padece una discapacidad, durante el paso del tiempo éste sector de la población ha sido segregado privándolo de dos rubros importantes (la promoción de la salud y la prevención).

Si bien es cierto, que en la carrera de Odontología no se da un amplio conocimiento para atender a éste sector, no es determinante para negar un derecho que por ley se establece. Los profesionales de la salud tienen como objetivo la promoción y prevención, pero desafortunadamente no muchos tienen cobertura para personas con discapacidad ya sea por falta de conocimiento o por apostar a tratamientos curativos a priori de los preventivos.

La población con algún tipo de discapacidad en México está representada por el 4%, misma que debe ser educada sobre las alteraciones más comunes en cavidad oral así como la prevención de las mismas, dando importancia a necesidades y requerimientos de los pacientes con capacidades diferentes concientizando y orientando a niños, padres y cuidadores sobre el valor de la salud oral, cumpliendo de esta manera el objetivo primordial de un profesional de la salud, **la prevención.**

Para terminar me gustaría enfatizar lo siguiente:

- Un programa de salud reconoce las necesidades de cambiar las condiciones hacia un entorno más saludable teniendo como base la prevención adquiriendo un carácter dinámico e influyente para



modificar en forma positiva la calidad de vida de los pacientes con capacidades diferentes.

- El profesional de la salud debe enfocar su tratamiento hacia la prevención para lo cual necesita capacitación y entrenamiento para brindar un óptimo servicio a las personas con capacidades diferentes.
- Las personas con capacidades diferentes no están excluidas de padecer alteraciones buco-dentales, así que el profesional de la salud no debe limitar su atención a éste grupo poblacional, al contrario debe hacerse partícipe en labores de promoción y prevención.
- La labor en la promoción y prevención de la salud debe ser una triada compuesta de: El padre de familia o cuidador, el niño y el odontólogo involucrándose para mejorar la calidad de vida en el paciente.
- La motivación hacia los padres, cuidadores y niños es de vital importancia para fortalecer el pilar fundamental en el campo de la salud (La prevención).

La salud bucal no es excluyente, no distingue raza, condición social ni discapacidad, es un derecho universal que debe otorgarse a toda persona.



9. Referencias.

1. Egea GC, Sarabia SA. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. [Fecha de consulta 21 de octubre 2015] Disponible en: http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf
2. INEGI: Clasificación de Tipo de Discapacidad. México: PDF; 2007.
3. Dávila BP, Naya GL, Lauzurika AA. Las personas con discapacidad, el derecho a la educación y la Convención sobre los Derechos del Niño en América Latina. [Fecha de consulta 21 de octubre 2015] Disponible en: <http://www.rinace.net/rlei/numeros/vol4-num2/art5.pdf>
4. INEGI. Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. M: PDF; 2010.
5. Di Nasso, P, Falconi Salazar, E. La salud oral de grupos poblacionales vulnerables: Experiencias de educación para la salud bucal en niños con discapacidad en Perú y Argentina. UNcuyo. 2010.
6. Pérez, M.E, Limeres, J., Fernández, J. Manual DE HIGIENE ORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. España: c2012.
7. Greene Walter H., Simons- Morton Bruce G. EDUCACION PARA LA SALUD. ed. Interamericana Mc Graw Hill;1984, México.
8. Notas sobre salud y seguridad. California Childcare Health Program. Salud bucal para niños con discapacidades y necesidades especiales. [Fecha de



consulta 8 octubre 2015] Disponible en:
http://www.ucsfchildcarehealth.org/pdfs/healthandsafety/OralHlthSpNeedsSP071807_adr.pdf

9. G. Piedrola Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 9º ed. Científica y Técnica; 1991 Barcelona, España.

10. American academy of pediatric dentistry. 1. Definición de discapacidad dental. [En línea]. Disponible en:
http://www.aapd.org/media/Policias_Guidelines/D_DentalDisability.pdf [Fecha de consulta 13 October 2015].

11. Muñoz, L, Arias, S, Romero, C, Hidalgo, C.R. Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. Archivo Médico de Camagüey. 2005;9(4).

12. Rueda, M.A, Isidro, L. Estado de salud bucodental de niños con capacidades especiales del Centro de Atención Múltiple No4. Horizonte sanitario. 2014;13(3): 233-237.

13. Quijano, J.M, Diaz-Pizan, M.E. Caries dental en niños pre-escolares con síndrome de Down. Revista Estomatológica Herediana. 2005;15(2): 128-132

14. Escribano, A, Hernández, T, Ruiz, E, Potrero, J.A. Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain. Med. Oral Patol Oral Cir. Bucal. 2007;12(7): E492-E495.

15. Hernandez, J, Tello, T, Ochoa, G.M. Alteraciones bucales en niños con síndrome de Down en el estado de Yucatán. Revista ADM 1998;55(2): 91-96.



16. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. INFOMRME MUNDIAL SOBRE LA DISCAPACIDAD. Malta ; 2011.
17. Arias V. Retraso Mental: Un desafío personal y social que puede prevenirse. UIPR; 2006.
18. Paez P.1 Leycoorg [En línea] Disponible en: <http://leyco.org/mex/fed/lgpd.html> [Fecha de consulta 21 de octubre 2015]
19. Clarocomec. 1. Clarocomec. [En línea]. Disponible en: <http://www.claro.com.ec/portal/recursos/ec/pdf/Ley-Organica-Discapacidades.pdf> [Fecha de consulta 21 de octubre 2015]
20. Cuenca Sala Emili, Baca García Pilar. Odontología preventiva y comunitaria Principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Masson;2003
21. Gonzáles Sanz ángel Miguel, Conceptos Generales para Odontología Preventiva y Comunitaria. Madrid;2010.
22. Raynald Pineault. “La Planificación sanitaria”. Masson ed. 1987
23. González Guzmán Rafael, Castro Albarrán Juan Manuel, Moreno Altamirano Laura. Promoción de la salud en el ciclo de vida. México D.F: Mc Graw Hill; 2012
24. Álvarez Alva R, Kuri-Morales P.A. Salud Pública y Medicina Preventiva. 4°ed. México D.F: Manual Moderno; 2012
25. Arias Herrera, S.R, Muñoz Fernández, L.M, Romero González, C.M, Espeso Nápoles, N. Propuesta de comunicación en salud bucal para niños



con retraso mental ligero, padres y educadores. Archivo Médico de Camagüey.20005;9(6): 1025-1255.

26. Marulanda, J, Betancur, J.D, Espinoza, S, Gómez, J.L, Tapias, A. Salud oral en discapacitados. CES Odontología. 2011;24(1): 71-76.

27. Martínez Mechada, H.R, Treviño Alanís, M.G, Rivera Silva, G. Guía para el cuidado de la salud oral en pacientes con necesidad de cuidados especiales de salud en México. ADM. 2011;58: 222-228.

28. García Flores, K, Suárez Zafra, D, De la Huerta Flores, K. Panorámica de la atención estomatológica a pacientes discapacitados o especiales. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2011.

29.Cepiedumx. 1. Cepiedumx. [En línea]. Disponible en: [:http://www.cepi.edu.mx/principal.asp?id=1](http://www.cepi.edu.mx/principal.asp?id=1) [Fecha de consulta Septiembre 2015].

30. Martini, S, Jijion, A. Índice de enfermedades orales en pacientes discapacitados del C.R.M INFA GUAYAQUIL.Ecuador;20011.

31. 28 es el promedio de alumnos - profesor en escuelas primarias en México. Oecdorg. [En línea]. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/28eselpromediodealumnos-profesorenescuelasprimariasenmexico.htm> [Fecha de consulta 23 Septiembre 2015].



32. 1. Blogspotcom. [En línea]. Disponible en: <http://2.bp.blogspot.com/-28G8E5MdghU/U5NPSdY0Xnl/AAAAAAAAADc/L7UnxZ7jqtU/s1600/No biberón.png> [Accessed 23 October 2015].

33. Fuente directa.