



184

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

BINOMIO:  
FAMILIA Y SALUD BUCODENTAL,  
EN EL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

CARLOS LÓPEZ GONZÁLEZ

*Natalia Meza Celis*

DIRECTORA:  
LIC. NATALIA MEZA CELIS



FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA

Ciudad Universitaria. México, D.F.

Febrero de 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

# ÍNDICE

---

<b>PROLOGO</b> .....	1
----------------------	---

## **CAPÍTULO UNO**

<b>ANTECEDENTES</b> .....	2
A. Discapacidad .....	3
B. Inteligencia .....	4
C. La discapacidad intelectual .....	5
D. La familia del niño con discapacidad intelectual .....	13
E. Salud bucodental en el ambiente familiar .....	23

## **CAPÍTULO DOS**

<b>PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	26
A. Justificación .....	26

B. Planteamiento del problema .....	27
C. Objetivos .....	29
D. Hipótesis .....	30
E. Variables .....	30
F. Diseño de la investigación .....	31

## **CAPÍTULO TRES**

### **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

A. Metodología .....	38
B. Resultados .....	41
C. Conclusiones .....	54
D. Bibliografía .....	57
E. Anexos .....	59
1. Anexo uno .....	60
2. Anexo dos .....	61
3. Anexo tres .....	65

## **AGRADECIMIENTOS**

---

Porque siempre estas dispuesto a guiarme y ayudarme.

**A Dios.**

Por brindarme su apoyo, creer en mí, dedicarme su tiempo y sobre todo por mostrarme el camino.

**A mis padres.**

Porque gran parte de lo que soy y he logrado, se lo debo a ellas.

**A mis hermanas.**

Porque compartimos alegrías, incertidumbres, logros y fracasos durante nuestra formación.

**A Berta y Amigos.**

Por iniciarme en el fascinante mundo de la odontología.

**A mi Universidad, a mi Facultad y a mis Profesores.**

Por su guía en la elaboración de éste proyecto y por su ejemplo de vida.

**Lic. Natalia Meza**

## PROLOGO

---

El campo de acción del odontólogo no se limita al simple hecho de excavar, extraer, reconstruir e instruir, dentro de un consultorio, un quirófano o una cátedra en la universidad, centro de salud, etc. La práctica odontológica requiere un enorme compromiso social, esto significa que los conocimientos de todo odontólogo no deben limitarse exclusivamente a su área, sino que debe mostrar interés por los procesos culturales y sociales de su entorno, para poder ejercer su profesión más allá de la mera ganancia y poder incidir en la salud bucodental de "sus pacientes" involucrándolos en la prevención y atención de su propia salud bucodental.

Aunada a esta apreciación, en términos de salud bucodental, resultan de envergadura, las relaciones que el odontólogo establezca con los individuos al interior de lo que se denomina familia especial; así como la responsabilidad que tiene en el manejo del niño con discapacidad intelectual, en cuanto a su formación y adiestramiento para aminorar las desventajas de su condición, haciendo de este niño, un sujeto independiente en la medida que su propia discapacidad lo permita.

Así, la información sobre prevención y atención bucodental, que los miembros de la familia posean (o la persona responsable del niño que presenta discapacidad intelectual), se relaciona directamente con el buen cuidado o descuido de la salud bucodental del niño con discapacidad intelectual.

---

# **CAPÍTULO UNO**

## **ANTECEDENTES**

---



## A. LA DISCAPACIDAD

Cuantas veces hemos utilizado un sin fin de adjetivos para hacer referencia a la discapacidad (física, biológica, psicológica o mental), presente en un individuo, empleando términos como limitado, invalido, lisiado, retrasado, idiota, impedido, deficiente, etc.

Que de acuerdo con Pantano, fueron términos correctos para su época, pero que hoy resultan peyorativos y ofensivos para la dignidad humana. Lo que deriva en la necesidad de esclarecer, lo mejor posible, el término de discapacidad intelectual, con el fin de emplearlo correctamente.

Se define el término discapacidad como, "cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad en la misma forma o grado de la que se considera normal para un ser humano".<sup>1</sup>

Lo que expresa que a causa de una pérdida o anomalía de las estructuras o funciones (psicológicas, fisiológicas o anatómicas), el individuo se encuentra en una situación desventajosa, que le ocasiona limitaciones que dificultan o impiden que realice actividades consideradas normales, para cualquier individuo de su edad, sexo, factores sociales y culturales.

---

<sup>1</sup> Pantano Lilliana. La discapacidad como problema social: necesidad de la clarificación conceptual. Ideas de ciencias sociales. 2; 3; Mayo 1995; p. 81.

## B. INTELIGENCIA

Mientras tanto inteligencia es definida como "la facultad de pensar, conocer y comprender presente en un individuo";<sup>2</sup> que se desarrolla a lo largo del crecimiento, dependiendo del grado de maduración alcanzado por el sujeto.

Este proceso es complejo y muestra una jerarquía de etapas de aprendizaje las cuales son parte de una estructura interdependiente, que da como resultado, que el sujeto realice los procesos cognitivos adecuados que le permitan adaptarse al medio cada vez más exigente.

Lo que ocasiona que la persona con discapacidad intelectual presente una forma diferente de enfrentarse y adaptarse (física como mentalmente), a las situaciones que se le presentan a lo largo de la vida y le resulte difícil integrarse a la comunidad; pero hay que tener presente que estar limitado intelectualmente no resta derecho a la persona de tener la oportunidad de desarrollar sus habilidades, porque es potencialmente apta y solo presenta en determinados aspectos una capacidad menor, igual o mayor para realizar las cosas, que la de otro individuo que no presenta limitaciones intelectuales.

Una vez comprendido esto, podremos entender verdaderamente a que nos referimos cuando hablamos sobre discapacidad intelectual.

---

<sup>2</sup> Gómez R. Luis, Gortázar A. Ana, Montero M. Pilar, Sorribes M. Manuel, Vacchiano V. María Ángeles, (Eds). (1998). Diccionario enciclopédico de educación especial. Vol. II. Pp. 1174 a 1175.

## **C. LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

A la discapacidad intelectual se le ha conocido anteriormente como retraso mental, debilidad mental, oligofrenia o deficiencia mental, hoy se comprende que estos términos solo describen la negación de inteligencia en el sujeto, mientras que discapacidad intelectual sólo sugiere una diferencia en el proceso cognoscitivo.

Esta denominación engloba en su contenido a todas aquellas limitaciones que son resultado de un proceso de aprendizaje inadecuado, alterado o insuficiente, para hacer frente a las distintas exigencias que se le plantean a la persona a lo largo de su vida.

Cuando hablamos de discapacidad intelectual no nos referimos a una enfermedad sino a una condición, cuya principal característica es un déficit en la función intelectual, que hace que la capacidad general para aprender y adaptarse a la vida social se vea reducida.

La discapacidad intelectual es un síndrome causado por una lesión permanente e irreversible en las neuronas y dependiendo de las que hallan sido lesionadas, el niño manifestará una limitación en cierta área del desarrollo.

### **1. DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Según La Asociación Americana para el Retardo Mental, (1992), (A.A.M.R.), "la discapacidad intelectual

es una disminución significativa y permanente en el proceso cognoscitivo de las personas".

Es decir, una disminución en el proceso de aprendizaje del individuo que la presenta, lo que le ocasiona generalmente alteraciones en la conducta adaptativa y dificultades en las áreas de atención, memoria y lenguaje.

Que se refieren a la incapacidad de estas personas para procesar cualquier tipo de información o contenido, lo que les enfrenta en la mayoría de las veces a situaciones de gran dificultad para analizar, asimilar y dar una respuesta adecuada. En este sentido, la necesidad de realizar los complejos y metódicos procedimientos en la adquisición de hábitos de higiene bucodental, dieta, autoexploración y visitas regulares al dentista, imponen una barrera de difícil superación.

## **2. CARACTERÍSTICAS**

El desarrollo cognoscitivo de las personas con discapacidad intelectual sigue pautas similares al resto de las personas; una gran parte de las personas afectadas, logra acceder a los procesos de generalización y discriminación; los efectos de este aprendizaje influyen sobre los demás comportamientos, lo que permite ampliar sus posibilidades de desarrollo. Por ejemplo, podrían aprender que el cepillarse los dientes, después de ingerir alimentos, es importante para mantener la salud bucal, (esto es generalización) y que

estos se limpian con ayuda de un cepillo propio, de un color específico, y pasta dental, (esto es discriminación).

Así, cuando existen alteraciones en estas áreas y el proceso de aprendizaje se hace muy lentamente, no significa que las posibilidades de integración social y la asimilación de contenidos en el campo de la salud bucodental, sean nulos, solo tardan más tiempo en aprenderlos. Estas personas tienen un ritmo más lento para educarse y requieren de un mayor número de experiencias, pero es un hecho que pueden aprender y desarrollar su capacidad de aprendizaje cuando cuentan con el estímulo y la educación requerida.

La discapacidad intelectual se presenta generalmente durante la primera infancia o al inicio de los años escolares, cuando se hace evidente cierta lentitud en el desarrollo, dificultad para adaptarse a las demandas de la vida diaria, para entender y utilizar el lenguaje y comprender conceptos generales o abstractos.

Por lo que es necesario realizar un diagnóstico mediante un estudio multidisciplinario (médico, psicológico, pedagógico y social), que permite identificar las limitaciones y capacidades del niño en todas las áreas. Es importante no "etiquetar" al niño una vez hecho el diagnóstico, pues éste no es el límite al que el niño puede llegar, sino el punto de partida para diseñar el tratamiento con el fin de explotar al máximo su potencial y proporcionarle las mismas oportunidades de aprendizaje y desarrollo que el resto de la población: es

decir, darle un trato normal respetando su capacidad, su nivel y ritmo de aprendizaje.

Estas personas se caracterizan por presentar una conducta o forma de solucionar problemas de manera diferente a otras personas de su misma edad y "son producto de la diferencia entre la edad cronológica y la edad mental, es decir que su comportamiento corresponde al observado en personas de menor edad, así tenemos que un niño de 9 años, con discapacidad intelectual, puede comportarse como un niño menor, de 7, de 5, de 6, de 4 años, o inclusive como un bebé, todo depende del grado de severidad de su retraso."<sup>3</sup>

El odontólogo deberá tomar en cuenta estas características cuando pretenda enseñar hábitos de salud bucodental al niño con discapacidad intelectual, pues tiene que considerar que le llevará más tiempo y esfuerzo enseñar la forma más correcta de mantener su salud bucodental y éste deberá ser apoyado por los familiares del niño para así asegurar la permanencia del conocimiento.

### **3. FACTORES QUE PREDISPONEN LA DEFICIENCIA INTELECTUAL**

Las personas con discapacidad intelectual pueden presentarla desde el momento del nacimiento o adquirirla en los primeros años de vida, cuando su

---

<sup>3</sup> Navarro Xibile Concepción. Aspectos básicos para la atención a personas con discapacidad intelectual. I.S.B.N.: 84-370-3485. Junio de 1998. Versión Internet.

Xhttp://acceso.uv.es/accesibilidad/Estudio

organismo está en desarrollo o maduración, dependiendo del factor que la genere, de los cuales encontramos los siguientes:

#### **a. FACTORES PRENATALES**

Estos factores se presentan durante el período que comprende, desde la concepción hasta el parto; y podemos encontrar alteraciones genéticas en el número o estructura de algunos cromosomas, como es el caso de algunas trisomías o síndromes, (síndrome de Down) o un gen que altera el metabolismo de determinadas sustancias, (Fenilcetonuria); Infecciones intrauterinas, (toxoplasmosis) o Virales, (rubéola); desordenes glandulares en la madre, (hipotiroidismo); el alcoholismo o drogadicción; medicamentos teratógenicos; radiaciones, (rayos X) y traumatismos accidentales o provocados.

#### **b. FACTORES PERINATALES**

Estos van, desde el parto hasta los 28 días siguientes al nacimiento. Comprende cualquier circunstancia que reduzca la provisión de oxígeno, (hipoxia o anoxia) en el niño durante el parto; a causa de la separación prematura de la placenta; complicaciones en el cordón umbilical o retraso en la respiración espontánea del recién nacido; (hemorragia cerebral), provocada por algún trauma directo en la cabeza; infecciones del sistema nervioso central como la meningitis o encefalitis, entre otros.

### **c. FACTORES POSTNATALES**

Esta etapa comienza después del primer mes de vida y se presentan generalmente infecciones que pueden provocar encefalitis, como las enfermedades infantiles atendidas inadecuadamente, (escarlatina, tosferina, parotiditis, etc.); traumatismos accidentales o provocados; trastornos glandulares, (hipotiroidismo); desnutrición; administración de medicamentos inadecuados; envenenamiento por metales pesados; y carencia de estímulos ambientales como juegos, caricias y dialogo.

Cualquiera que sea la causa que origine la deficiencia intelectual el odontólogo esta en la obligación de seguir un criterio en el cual siempre deberá fijarse en las capacidades reales de los individuos y no únicamente en sus discapacidades; para poder así idear la forma mas correcta para ayudarlo a desarrollar sus habilidades en el campo de la salud bucodental.

### **4. GRADOS DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Según la causa generadora, "los grados de discapacidad intelectual oscilan muy ampliamente, van desde la anulación total de la capacidad de llevar a cabo las actividades elementales de la vida, hasta



aquéllos individuos que muestran una actividad mental y comportamiento adaptativo casi normal".<sup>4</sup>

De acuerdo con sus capacidades de educación e independencia social, los diferentes grados de discapacidad intelectual se clasifican de la siguiente manera:

#### **a. PROFUNDO**

Presentan gran limitación del intelecto y mínima capacidad funcional en áreas sensorio motoras; su conducta es muy diferente a la habitual. Ellos necesitan atención personalizada completa. Algunas veces requieren silla de ruedas, pues su desarrollo motor es limitado y solo pueden responder en forma mínima a la enseñanza de autoayuda. Pueden presentar movimientos constantes de cabeza y emitir sonidos o gritos sin sentido. No existe lenguaje oral, sin embargo es necesario encontrar formas de comunicarse con ellos y que ellos se comuniquen con el mundo exterior.

#### **b. GRAVE**

Presentan desarrollo motor pobre, un lenguaje mínimo, aunque pueden llegar a balbucear o a emitir sílabas o palabras sueltas. Tienen pocas posibilidades de beneficiarse de la enseñanza de autoayuda. Sin

---

<sup>4</sup> Secretaría de Educación Pública. Biblioteca para la actualización del maestro. Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales, Antología de Ararú. Op. Cit. p.27.

embargo, se le puede enseñar hábitos sanitarios elementales. Pueden desarrollar destrezas de autoprotección hasta un mínimo nivel útil en un medio controlado y sobre todo bajo completa supervisión de una persona responsable. Se beneficia de la enseñanza sistemática de hábitos, aunque los dentales no los pueda realizar por si mismo, solo logra comprenderlos. También muestra poco control de su cuerpo, torpeza en sus movimientos y al caminar.

### **c. MODERADO**

Estas personas pueden hablar y aprender a comunicarse con grandes posibilidades, tienen disposición social pobre, pero pueden beneficiarse de enseñanzas sociales y ocupacionales, así como pueden lograr su autocuidado personal, en varios niveles. No presentan por lo general progresos académicos más allá de la primera enseñanza. Su desarrollo motor es bueno puede adquirir hábitos de higiene que requieran un control fino. Puede llegar a viajar solo en sitios familiares. Puede lograr su automantenimiento en trabajo no calificado o semicalificado, en condiciones protegidas. Necesita supervisión y guía cuando se encuentra con pequeñas dificultades económicas y sociales. Su aspecto puede ser normal, sin embargo, su lenguaje pobre o torpeza en algunas áreas denotan su condición.

#### **d. LEVE**

Pueden desarrollar destrezas sociales y de comunicación hasta lograr una autoindependencia, pero puede necesitar guía o ayuda cuando se encuentra con pequeñas dificultades económicas y sociales. Presentan retraso mínimo en áreas sensoriomotoras, pueden realizar prácticas de higiene bucal adecuadas sin ayuda, de algún familiar. Puede aprender conocimientos académicos, hasta cubrir la enseñanza elemental. Son capaces de desenvolverse en un trabajo comunitario, sobre todo cuando se requieren tareas rutinarias. Su aspecto físico generalmente es completamente normal.

Una vez expuesto que la discapacidad intelectual es una limitación en el proceso de aprendizaje del individuo, que genera una limitación en sus posibilidades de desarrollo integral, se torna necesario hablar del papel tan importante que juega la familia como pilar del proceso de integración social de estos individuos.

#### **D. LA FAMILIA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

No hace muchos años la mayoría de los niños que presentaban alguna discapacidad física o mental notoria eran simplemente ingresados en asilos o mantenidos alejados del círculo familiar, a causa de los prejuicios sociales de la época; uno de ellos, era el apartarlo con el fin de evitar el daño a los niños normales ó a la

relación familiar. Estos niños eran el hazmerreír de la gente que se burlaba de ellos o los sometía a sus caprichos; solo aquellos que eran capaces, a pesar de sus deficiencias, de resultar socialmente productivos conseguían encontrar trabajos humillantes, logrando así su supervivencia.

En la actualidad, esta actitud frente al niño con discapacidad, aunque en menor grado, continúa; ahora se opta por que la mayoría de estos niños permanezcan en su hogar, para así poder mantener los lazos familiares; haciéndolo no solo en bien del niño y de su adaptación social sino también para ayudar a la familia a que asuma su responsabilidad, en la participación de la educación y desarrollo del niño; de esta forma se busca que tanto el hijo como los familiares tengan una mejor salud psicológica.

Por lo tanto "si resulta posible mantener al niño en un ambiente de comunidad a medida que se desarrolla y se va haciendo mayor, el adiestramiento y educación serán más simples y menos costosos"<sup>5</sup>, lo que ayudara al niño a limitar su minusvalía y tal vez incorporarse en su totalidad a la sociedad en la que se desenvuelve.

Lo expuesto anteriormente exige que el profesionalista del área de la salud, tenga como tarea el auxiliar a los padres en lo relativo al área odontológica, a que apoyen

---

<sup>5</sup> Carter. C. H. Retraso mental en el niño. 1º edición. 1973. editorial JIMS. P. 257.

al niño con discapacidad a alcanzar su máximo potencial para que "sea capaz de convertirse en un ciudadano productivo y autosuficiente y que pueda vivir una vida más feliz y más compensada".<sup>6</sup> En tanto a su salud bucodental, que sea capaz de mantener por sí solo y en buen estado su cavidad oral, por medio de prácticas de higiene aprendidas y fomentadas en el seno familiar.

Para lograrlo es necesario que la familia del niño con discapacidad intelectual se interese por conocer y practicar hábitos de salud bucodental y no desista en fomentar al niño la importancia de aprender y realizar estas actividades para prevenir enfermedades bucales.

Lo que reitera el compromiso de los familiares para ayudar a que su niño especial aprenda y desarrolle los conocimientos que le permitan limitar sus deficiencias y ser integrado a la sociedad en la medida que sus capacidades le permitan.

Por lo que es necesario entender el significado de familia para entender como se compone y maneja, cuando se enfrenta a la situación de tener entre sus integrantes a un niño con discapacidad intelectual.

---

<sup>6</sup> Ibidem. p. 265.

## 1. CONCEPTO DE FAMILIA

Para definir el término de familia comenzaremos antes por resaltar la importancia que ha jugado ésta en el desarrollo del individuo.

Así la familia es considerada un espacio privilegiado, formado por un grupo de individuos preocupados por el desarrollo de sus integrantes; que los acepta tal y como son; es productor y transmisor de pautas y prácticas culturales que infunden a los hijos; es donde se establecen relaciones sociales con diferentes agrupaciones, y otros individuos; ahí se transmiten las reglas, creencias, destrezas, ideas, conocimientos, valores, hábitos, se crean e intercambian lazos de solidaridad, comprensión, sentimientos, conflictos, se aprende y enseña a vivir en comunidad: "es ahí donde comienza la socialización".<sup>7</sup>

En resumen la familia es donde se nos provee de los conocimientos necesarios para encajar, participar y tomar un lugar en la sociedad.

Por lo que se considera a la familia, "como la unidad básica de la estructura de la humanidad, que se caracteriza por ser un producto de la naturaleza y de la sociedad, tanto en su estructura como en su dinámica, y

---

<sup>7</sup> Higashida Hirose Yoshika Bertha. Ciencias de la Salud. 2º edición. 1994. Editorial McGraw-Hill. México. p. 250.

un paso de lo animal a lo humano".<sup>8</sup> De esta manera se define como:

"un grupo de dos o más personas que viven juntas íntimamente en un acuerdo recíproco donde se promueven la aceptación, la confianza y la interdependencia".<sup>9</sup>

Ésta definición señala que la familia se compone de un grupo de personas (dos o más), allegadas y unidas por un parentesco ya sea consanguíneo, por afinidad ó adopción, las cuales conviven en un acuerdo recíproco, y en un espacio llamado hogar. Ahí, se promueve la aceptación, la confianza y la interdependencia y se comparte una historia y un futuro en común; se convierte en "la única institución donde la persona es amada no por lo que tiene o realiza, sino simplemente por lo que es".<sup>10</sup>

La familia no es una unidad homogénea, por que sus miembros cuentan con una personalidad que los distingue y marca en su capacidad de desarrollo; ni todas están integradas de igual manera, pues existen según las personas que la forman, diferentes tipos de familias; por lo que es necesario conocer su composición, para poder distinguir sus características.

---

<sup>8</sup> Ibidem. p. 248.

<sup>9</sup> Medalle, H. Jack. Medicina Familiar. Principios y prácticas. 1<sup>o</sup> edición. 1990. Editorial Limusa. México. p. 17.

<sup>10</sup> Kass Leon. The new biology: What price retrieving man's estate. Science. No. 174; 1971; 179.

## a. FAMILIA NUCLEAR

"La familia nuclear se encuentra compuesta por el padre y la madre sin hijos ó padre y madre con hijos solteros".<sup>11</sup> Y abarca a las dos siguientes categorías: La familia monoparental y la familia compuesta.

Este grupo tan particular forma el grueso de las familias mexicanas, según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, el 73.7% de los hogares mexicanos se encuentran en la denominación de familia nuclear y (el 26.3% restante repartido en otros tipos de familias) es ahí donde la mayoría de los niños en situación de "normalidad" aprenden y adquieren las habilidades, conductas, conocimientos, etc, que les ayudan a integrarse de una manera exitosa a la sociedad.

Lo que no siempre sucede en la familia del niño con discapacidad intelectual; ahí teniendo él la capacidad de superar sus limitaciones y sus familiares la de ayudarlo, por una u otra causa no siempre se le permite desarrollar sus capacidades; esta condición es resultado de la situación tan especial en la que se encuentra la familia de éste niño.

---

<sup>11</sup> Dirección de Atención a la Violencia Familiar. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. Violencia familiar: una cuestión de género. Documento de apoyo para principiantes. 1º Edición. 1999. Editado por el Gobierno Del Distrito Federal. México. p: 18.



## **2. LA FAMILIA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Cuando se atraviesa por la situación de tener un hijo con discapacidad intelectual en la familia, se generan una serie de estados emocionales, como resultado del proceso de aceptación, por parte de los familiares.

Es natural que los familiares del niño con discapacidad intelectual presenten este tipo de períodos emocionales, pues no se encuentran preparados para afrontar la situación que depara el aceptar a un hijo con discapacidad intelectual.

No podemos olvidar que estos estados son de carácter relativo y que cuando se cree superada una crisis, ésta se vuelve a presentar, ocasionando que los familiares tengan recaídas constantes, que pueden llegar a dañar sus relaciones afectivas.

## **3. ESTADOS EMOCIONALES EN LA FAMILIA DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Los estados emocionales que comúnmente se presentan en la familia de un niño con discapacidad intelectual son: "el Choque, la Negación, la Culpabilidad, el Enojo y la Aceptación".<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Barbaranne J. Benjamín. Un niño especial en la familia. Guía para padres. Primera edición. 1988. Trillas. México. p. 11.

La familia del niño con discapacidad intelectual atraviesa por cinco etapas emocionales, durante el proceso de aceptación del niño. De la superación de éstas, depende si la familia se compromete o no, en el desarrollo de su hijo, para que este sea capaz de valerse por sí mismo y se integre lo mejor posible a la sociedad.

El primer estado se presenta generalmente al enterarse la familia de la alteración que el niño presenta, y es denominado estado de **shock**; el cual se trata de una situación de indiferencia donde "la familia, escucha las palabras, sabe lo que quieren decir, pero en realidad no siente nada" <sup>13</sup>, está en shock. La familia utiliza, a nivel psicológico, un mecanismo de defensa para amortiguar el impacto causado por la noticia recibida y sufrir el menor daño posible.

El período de shock, puede ser muy breve o bien prolongarse, todo depende de que la familia este o no preparada emocionalmente para afrontar la situación de aceptar que su hijo presenta discapacidad intelectual. No es conveniente que esta actitud de indiferencia se prolongue, solo se están restando oportunidades de desarrollo al niño.

Otro de los estados que se presentan es el de **negación** que se caracteriza por no querer admitir que existe un problema y es resultado de una manifestación de escape que la familia experimenta cuando no quiere

---

13 Idem.

aceptar que su hijo tiene una incapacidad. Se niega a si misma la presencia de alguna contrariedad porque no es fácil afrontar la situación de que el niño no sea perfecto, "solo esta cansado, es su manera de ser, ya se le pasará".<sup>14</sup>

Por otro lado el estado de **culpabilidad** es una "fase que se experimenta con frecuencia y puede ser contraproducente, pues quita a la familia y al hijo, un valioso tiempo; y cuanto más se niegue que existe un problema, el niño más tardará en recibir el cuidado adecuado",<sup>15</sup> esto le negará oportunidades de desarrollar sus capacidades a tal grado que no pueda mejorar su expectativa de vida.

El estado de culpa, se presenta cuando los padres se sienten responsables del problema del niño y experimentan culpabilidad y lo único que logran es desatar una serie de situaciones, al querer transmitir ese sentimiento a alguien y culpan a terceras personas, al medico, a ellos mismos o a otros miembros de la familia; lo que se conoce como estado de **enojo**; algunos padres no pueden librarse de ese ciclo de culpabilidad y terminan divorciándose o relegando la responsabilidad y la participación en el desarrollo del niño a otras personas.

---

<sup>14</sup> Ibidem. p. 12.

<sup>15</sup> Ibidem. p. 13.

La mejor forma de superar o disminuir esta fase es darse cuenta que realmente la causa de la alteración que presenta el niño, no tiene importancia pues forma parte ya del pasado y de esta manera enfocar esa energía en buscar la forma más adecuada de ayudar al niño; sin llegar claro, al extremo de la sobreprotección; porque "si la familia le hace todo al niño, ¿Como podrá aprender?".<sup>16</sup> Con esta actitud negará al niño la oportunidad de dar su primer paso para aprender las actitudes que lo ayuden en su desarrollo.

Por lo que resulta incuestionable que "aceptar las cosas no significa que tengan que gustar tal y como son; significa que se acepta al niño que presenta la deficiencia tal y como él es".<sup>17</sup>

Así, el estado emocional de **aceptación** indica que los familiares reconocen que el niño tiene un impedimento y que tal vez nunca será capaz de hacer todas las cosas como las realizaría un niño que no presenta deficiencia intelectual. Sin embargo algunos están decididos a ayudar a su hijo a superar los problemas que se le presenten, sin importar las situaciones a que se tengan que exponer.

---

<sup>16</sup> Ibidem. p. 14.

<sup>17</sup> Idem.

## E. SALUD BUCODENTAL EN EL AMBIENTE FAMILIAR

Los familiares son las personas más indicadas para enseñar "hábitos"<sup>18</sup> de salud bucodental al niño con discapacidad intelectual, pues son ellos los responsables de que él aprenda y desarrolle habilidades que le ayuden a cuidar su boca y dientes.

Dentro de su hogar, los niños pueden ser capaces de aprender por imitación y repetición los hábitos de salud bucodental necesarios para mantener y cuidar de su boca y dientes; siempre y cuando cuenten con el apoyo de sus familiares y estos se encuentren debidamente informados sobre hábitos de salud bucodental.

Por lo que los familiares tienen que estar en contacto frecuente con el odontólogo, para capacitarse y estar al día, sobre los hábitos de salud bucodental que beneficien la salud tanto del niño, como la de ellos, y deben cobrar conciencia de la importancia de aprenderlos y enseñarlos al niño con discapacidad intelectual; estos hábitos de salud radican en prácticas de higiene bucodental, de dieta, de autocuidado y de visitas regulares al dentista.

Es importante recalcar que las personas con discapacidad intelectual requieren una capacitación amplia en atención y repetición de los procedimientos

---

<sup>18</sup> Entendemos con Mercado, 1990, al hábito, como la práctica de una acción periódica y repetitiva.

que se empleen para mejorar su salud bucodental; para poder ampliar sus posibilidades de aprendizaje; hay que tener en cuenta que solo les costará más trabajo y tiempo asimilar estos conocimientos.

El grado de discapacidad intelectual presente en el niño, influirá en la implantación de los hábitos de salud bucodental; entre más necesidades de enseñanza tenga, será más difícil que comprenda la importancia de la prevención de enfermedades bucodentales, y por consiguiente practique los hábitos de salud, por su propia cuenta. Lo que realza la importancia del apoyo familiar en la enseñanza, aprendizaje y mantenimiento de conductas de salud bucodental en el niño con discapacidad intelectual.

---

## **CAPÍTULO DOS**

# **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

---

## A. JUSTIFICACIÓN

Muy a menudo en la práctica odontológica nos enfrentamos con situaciones que no se tienen bajo control, como es el caso de la enseñanza de conductas de salud bucodental en el niño con discapacidad intelectual en el ambiente familiar, donde el conseguir una adecuada prevención de enfermedades bucales resulta difícil, pues este niño requiere de más dedicación y cuidado para ser capaz de aprender los hábitos de salud como cualquier otra persona y desarrollarlos en la medida que sus capacidades le permitan.

Es el hogar el espacio más importante, en donde el niño con discapacidad intelectual debe tener la oportunidad de aprender y desarrollar las actitudes necesarias para mantener una adecuada salud bucodental que le permitan conservar en equilibrio su aparato estomatognático.

Por esta razón el odontólogo tiene la obligación de informar a la familia del niño con discapacidad intelectual del papel tan importante que juega en la implantación, enseñanza y promoción de hábitos de salud bucodental relacionados con la dieta, la higiene, el autocuidado y la visita regular al dentista; estos hábitos se deben realizar en el hogar, para asegurar el adecuado fortalecimiento de la salud bucodental de la familia.



El interés de esta investigación es demostrar, que la enseñanza de hábitos de salud, entre los miembros de la familia influye de manera directa en la prevención de enfermedades bucodentales en el niño con discapacidad intelectual y que es en el hogar donde se lleva a cabo el mayor aprendizaje de estas conductas, que promueven el bienestar físico, psicológico y social del niño.

## **B. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La discapacidad intelectual es una alteración en el proceso de aprendizaje en las personas, que genera una limitación en la capacidad de procesar cualquier tipo de información, y trunca su oportunidad de desarrollo, dejándola en desventaja para enfrentarse de la manera más correcta a las situaciones que se le presenten a lo largo de su vida. Por lo injusto de su condición, es preciso que los individuos más afortunados, que no presentan este tipo de limitaciones les ayuden a superar su discapacidad, de acuerdo a la medida en que lo permita su minusvalía, para darle la oportunidad de adaptarse de la mejor manera posible a la sociedad.

El hogar es el lugar donde el niño con discapacidad intelectual tiene esta oportunidad; ahí en un ambiente de aceptación y cariño, sus familiares debieran promover las condiciones de aprendizaje y enseñanza, que le aseguren recibir la asistencia necesaria que le capacite para desarrollar al máximo sus habilidades en el campo de la salud bucodental y no limitarlo como consecuencia del estado emocional de culpabilidad tan característico de estas familias; el cual es precursor de la sobreprotección o en el extremo opuesto del abandono.

Esta capacitación debería darse, al niño con discapacidad intelectual, en todas las áreas del desarrollo, pues los familiares dejan de lado o restan importancia a los procedimientos relacionados con el

cuidado de la salud bucodental, por darle mayor valor a la discapacidad biológica y psicológica que el niño padece. Por lo que es necesario fomentar en el hogar, la práctica de hábitos de salud bucal relacionados con la dieta, la higiene, el autocuidado y la visita regular al dentista, para romper con la reproducción del ciclo de apatía existente en la familia, que limita el avance de la cultura de prevención de enfermedades bucodentales en el niño con discapacidad intelectual.

Por lo que es necesario dejar en claro que estos niños, son individuos con necesidades especiales, cuyas limitaciones no disminuyen su dignidad como seres humanos ni su derecho a participar en el mantenimiento de su salud. Lo que hace necesario que el odontólogo conozca las características de aprendizaje en estos niños, para poder utilizar los mecanismos necesarios para lograr que él, así como su familia aprendan conductas de salud bucodental que les permitan durante su vida, no desarrollar en lo posible padecimientos bucodentales.

## **C. OBJETIVOS**

### **1. Objetivo General**

Identificar las razones por las que el niño con discapacidad intelectual no adquiere en su hogar conductas encaminadas a mantener su salud bucodental, con el fin de informar a los familiares, lo importante que resulta para ellos aprender estas prácticas.

### **2. Objetivos específicos**

Identificar si existe interés por el aprendizaje de hábitos de salud bucodental, en la familia del niño con discapacidad intelectual.

Determinar si existe interés por la enseñanza en el hogar de hábitos sobre salud bucodental, al niño con discapacidad intelectual.

Informar a la familia del niño con discapacidad intelectual, a través de un medio de comunicación escrito, sobre la importancia de aprender y enseñar a su hijo, conductas sobre salud bucodental.

## **D. HIPÓTESIS**

### **1. Hipótesis de investigación**

Los familiares del niño con discapacidad intelectual no presentan interés por fomentar el aprendizaje de prácticas sobre salud bucodental al niño, lo que genera deficiencias en la adquisición y desarrollo de hábitos relacionados con su salud bucal.

### **2. Hipótesis nula**

El niño con discapacidad intelectual, aprende hábitos relacionados con la salud bucodental, en el hogar, gracias al interés, ayuda y orientación que manifiestan los miembros de su familia.

## **E. VARIABLES**

### **1. Variables dependientes**

El interés por la enseñanza de conductas de salud bucodental relacionadas con la dieta, la higiene, la autoexploración y las visitas regulares al dentista.

El conocimiento sobre conductas de salud bucodental relacionadas con la dieta, la higiene, la autoexploración y las visitas regulares al dentista.

La enseñanza de conductas de salud bucodental relacionadas con la dieta, la higiene, la autoexploración y las visitas regulares al dentista.

### **2. Variables independientes**

La salud bucodental del niño con discapacidad intelectual.

## **F. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1. Tipo de investigación**

El tipo de estudio a realizar es descriptivo transversal.

## 2. Unidad de investigación

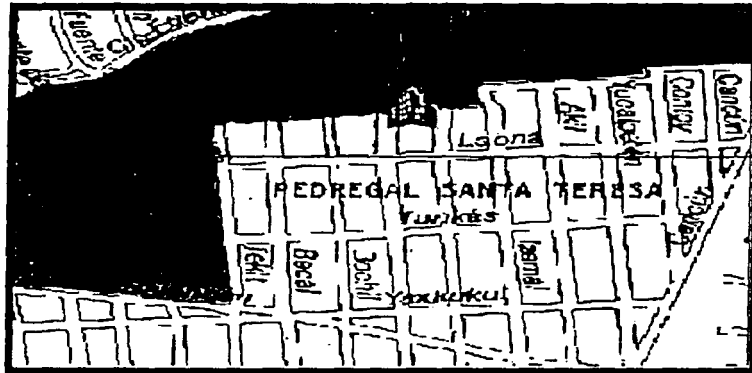
### a. Espacio

El estudio se realizará dentro de las instalaciones del Centro de Atención Múltiple, No. 104, (C.A.M. No. 104).

### 1) Dirección

Calle: Yobain Mz. 26 S/N. Colonia: Popular Santa Teresa. Delegación: Tlalpan. Cp. 14 280. Tel: 56318218.

### 2) Mapa



### 3) Acceso

Se puede acceder al C.A.M. No.104, por medio del transporte público perteneciente a la ruta 16 u 87, provenientes del Paradero de Palmas en San Ángel y del de Taxqueña, respectivamente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Otra opción es llegar a través de transporte privado, viajando por la carretera Picacho Ajusco, por la avenida Balancán o por el camino a Santa Teresa.

### **3. Tiempo**

La investigación comprende un período de tres meses, que van del 28 de febrero del 2002, al 26 de abril del mismo año.

### **4. Grupo de estudio**

Estará constituido por las familias de los 58 niños, que cursan el nivel preescolar en el Centro de Atención Múltiple No. 104, (C.A.M. No 104).

## **5. CRITERIOS**

### **a. Criterios de inclusión**

Familias que tengan un hijo ó hija, entre 3 y 7 años de edad, que se encuentren cursando cualquiera de los tres niveles de preescolar (Preescolar I, Preescolar II y Preescolar III), que presenten discapacidad intelectual, sin importar que se encuentre asociada con algún otro tipo de alteración.

Los familiares que podrán participar serán solo papá, mamá y algún hijo que sea mayor que el niño con discapacidad intelectual.



De las 58 familias actuales solo participaran, las que consientan por escrito, que aceptan se les aplique el cuestionario.

## **b. Criterios de exclusión**

Las familias que no firmen la hoja de consentimiento informado, para participar en la investigación.

Los niños de 3 a 7 años de edad que se encuentren cursando cualquiera de los tres niveles de preescolar y no presenten discapacidad intelectual.

## **6. RECURSOS**

### **a. Recursos humanos**

El pasante de odontología, encargado de recolectar los datos necesarios para la realización de la investigación.

Director de tesis, Licenciada en Psicología.

### **b. Recursos materiales**

Las instalaciones de la sección de preescolar del C.A.M. # 104; donde se realizará la aplicación de los cuestionarios, a los familiares de los niños con discapacidad intelectual.

Gafete para portar una identificación.

58 cartas de consentimiento informado; una para cada familia.

116 cuestionarios con un total de 26 preguntas cada uno, necesarios para recolectar los datos que se requieren en la investigación.

Una tabla para ayudar a recolectar los datos.

Una caja de lápices del No. 2, para contestar los cuestionarios.

Computadora Pentium\* !!!; cargada con la paquetería de Office XP. Este equipo permitirá la captura e interpretación de los datos.

Impresora, Apollo p-2600. Con ella se realizará la impresión del material informativo que resulte de la investigación.

### **c. Recursos financieros**

Se necesita un aproximado de 1800.00 pesos, que se utilizarán para comprar una caja de lápices, para la elaboración y fotocopiado de la carta de consentimiento y cuestionarios; así como también para la realización del folleto.

## 7. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

MESES	ENERO	MARZO				ABRIL			
SEMANAS	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES									
Elección Del tema.	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda bibliografica.					4	1	2	3	4
Elaboración del marco teórico.	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del protocolo de investigación.	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del cuestionario.	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrega de la carta de consentimiento informado	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recolección de datos.	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Análisis de la información.	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del folleto informativo.	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Término de la investigación.	4	1	2	3	4	1	2	3	4

---

## **CAPÍTULO TRES**

# **DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

---

## A. METODOLOGÍA

La investigación se realizará dentro de las instalaciones del C.A.M. No 104, por ser un lugar donde tendremos acceso a las familias de los niños con discapacidad intelectual y facilitar la aplicación del cuestionario.

Para realizar la recolección de datos, necesitaremos de la aprobación por escrito de los padres, la cual se obtendrá por medio de una carta de consentimiento que se les hará llegar a las familias de los 58 niños; donde se explicará a grandes rasgos la procedencia, el objetivo de la investigación, la forma en como serán recolectados los datos, el uso que se dará a la información, la confidencialidad y almacenaje de la misma; así como también, se notificará del lugar, hora y fecha donde se aplicará el cuestionario.

El cuestionario se aplicará en las instalaciones del C.A.M. No 104; generalmente en el horario de entrada o salida de los niños de preescolar, para interferir lo menos posible con las clases de los niños y rutina de sus familiares.

El cuestionario será aplicado en grupo o individualmente por el pasante, a los familiares de los niños con discapacidad intelectual; y solo a aquellos que consintieron participar.

El cuestionario tiene un apartado donde se toman algunos datos socioeconómicos, para identificar la relación de la persona, con el niño con discapacidad intelectual y evitar repetición en la aplicación del mismo.

Fue elaborado un solo cuestionario, basado en la escala de Likert, para los familiares del niño con discapacidad; consta de 26 preguntas que engloban las variables y objetivos de la investigación.

Se dividió en bloques, para facilitar la interpretación de los resultados que arrojen.

Se manejarán en cada bloque al menos una pregunta negativa para evitar la sugerencia involuntaria por un tipo de respuesta.

El tercer bloque comprende un grupo de respuestas concretas, para que se especifique en caso de responder negativamente, para así obtener datos más detallados.

Aquí mostramos la relación:

No. DE PREGUNTAS	BLOQUES
1 a 5.	Primer bloque:  Razones por las que no adquiere hábitos de salud bucodental el niño; relacionadas con el interés de los familiares.

6 a 12.	<p>Segundo bloque:</p> <p>Conocimiento sobre salud bucodental, de las familias del niño con discapacidad intelectual.</p>
13 a 26.	<p>Tercer bloque:</p> <p>Enseñanza de hábitos de salud bucodental al niño con discapacidad intelectual.</p> <p>Especificaciones en caso de respuesta negativa.</p>

Las respuestas de los bloques del cuestionario son las siguientes:

S = siempre.

O = ocasionalmente.

N = nunca. En el tercer bloque se incluye un apartado para su especificación.

Estas variables tendrán un valor de uno para cada una, lo cual facilitará su análisis. La serie de respuestas especificativas son:

- 1) No conozco sobre el tema.
- 2) No se como enseñarle.
- 3) No se utilizarlo.
- 4) - Le corresponde al dentista.

Estas respuestas se cuantificarán en base a su frecuencia, asignándoles el valor de uno para cada variable.

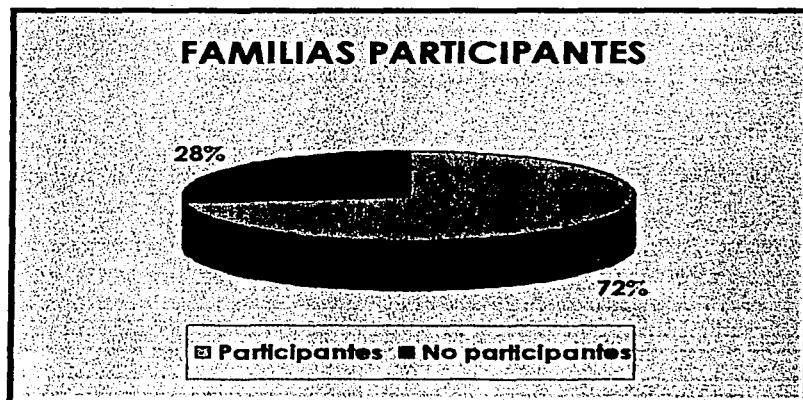
Resultados se representarán de acuerdo a medios estadísticos del programa EXEL XP; realizaremos gráficas y tablas explicativas de contenidos, para todos los datos recabados.

## B. RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados obtenidos durante el estudio, realizado a las familias de los niños con discapacidad intelectual de nivel preescolar.

<b>Tabla: Familias participantes.</b>			
Familias	Participantes	No participantes	Total
Número de Familias	42	16	52
Porcentaje	72 %	28 %	100 %

De las 52 familias contactadas en el C.A.M. # 104, solo consintieron participar 42 en el estudio.

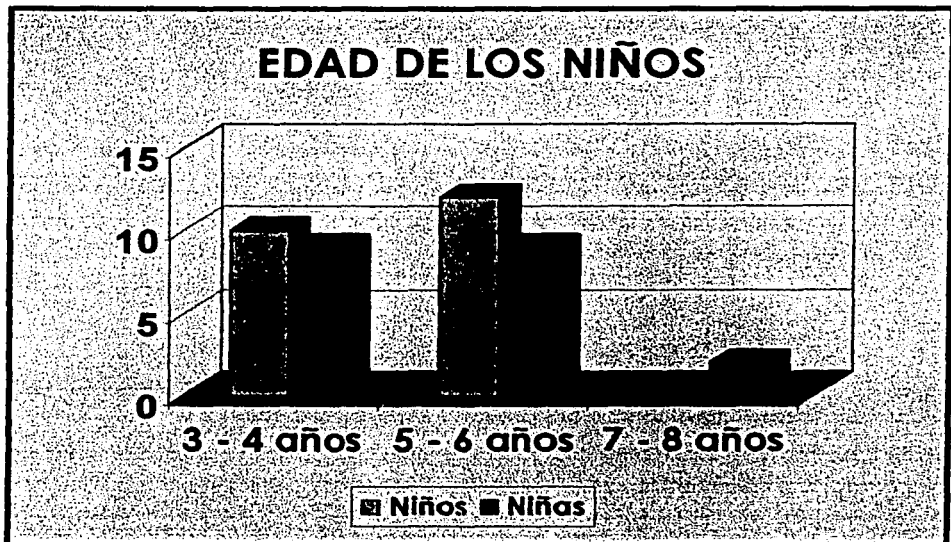




Los niños de las familias participantes tienen el siguiente rango de edades; se tomo en cuenta su género.

<b>Tabla: Edad de los niños.</b>		
Edad.	Niños	Niña
3 - 4 años.	10	9
5 - 6 años.	12	9
7 - 8 años.	0	2
Total:	22	20

Nótese que el nivel más alto de edades de los niños con discapacidad intelectual es entre los 5 y 6 años de edad.

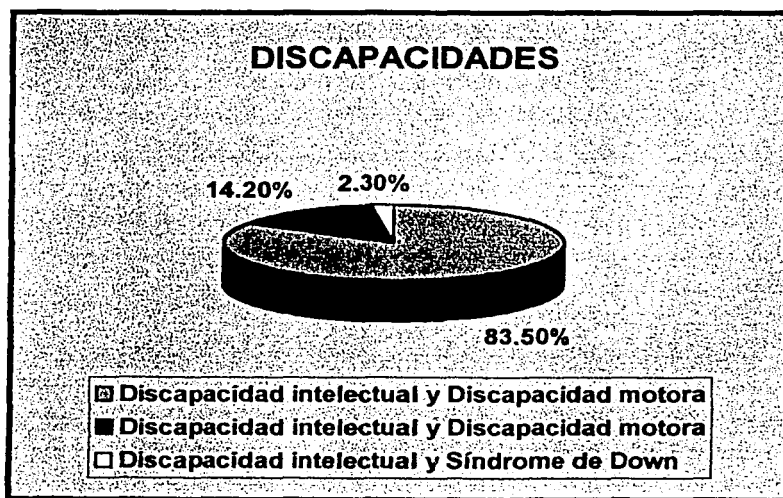


El grueso de la población presenta discapacidad intelectual y solo un bajo porcentaje la presenta asociada con otras alteraciones.

**Tabla: Relación de discapacidades.**

Discapacidades.	Número de Niños.	% de niños.
Discapacidad intelectual.	35	83.3 %
Discapacidad intelectual y discapacidad motora.	6	14.2 %
Discapacidad intelectual y síndrome de Down.	1	2.3 %
<b>Total:</b>	<b>42</b>	<b>100 %</b>

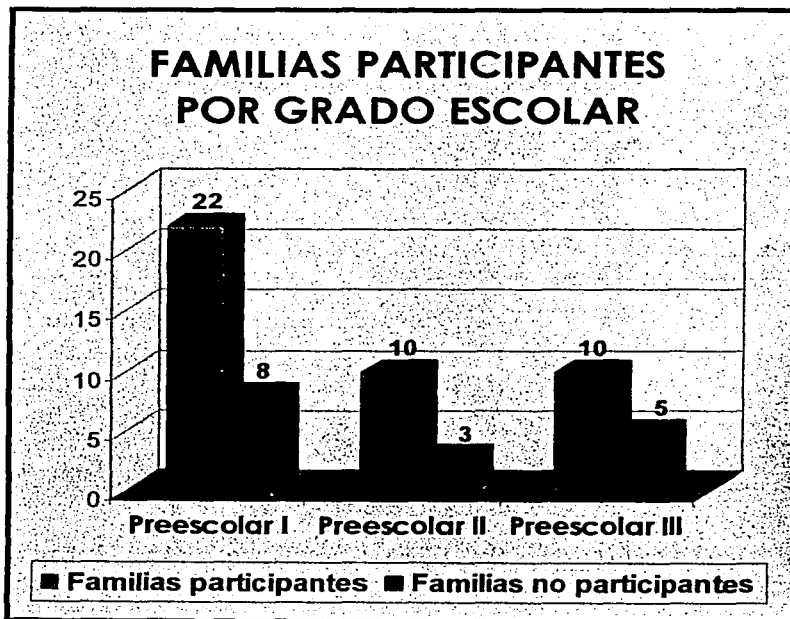
Las alteraciones que se encontraron asociadas con la discapacidad intelectual fueron el síndrome de Down y alteraciones motoras y visuales.



Al analizar la proporción del número de familias participantes con el número de niños de cada grado escolar, obtuvimos la siguiente relación:

<b>Tabla: Familias participantes por grado escolar.</b>			
Grado escolar	Familias participantes	Familias no participantes	Total de familias
Preescolar I	22	8	30
Preescolar II	10	3	13
Preescolar III	10	5	15
Total de familias	42	16	58

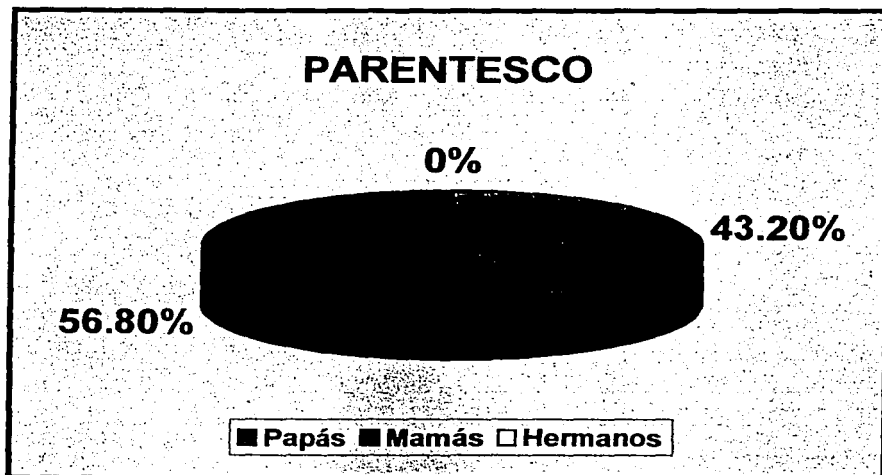
Ésta relación la podemos graficar de la siguiente manera.



En éstos niños, el 76 % tienen a ambos padres y el 14 % solo madre y el 100 % no tienen hermanos mayores.

Parentesco.	% de parientes	Número de parientes
Papás.	43.2 %	32
Mamás.	56.8 %	42
Hermanos.	0 %	0

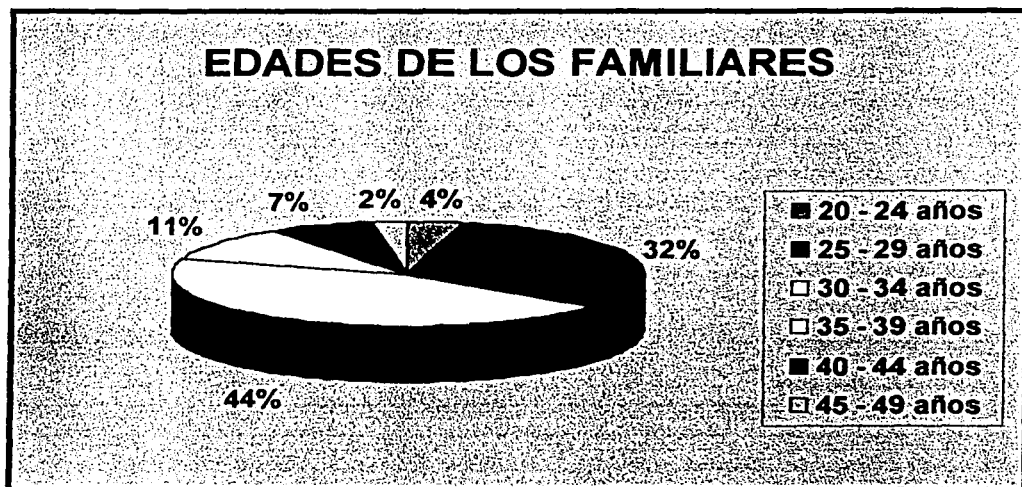
De esta manera podemos representar los valores de la siguiente manera, de acuerdo al nivel de participación de los familiares



La edad de los familiares oscila entre los 20 y 50 años; donde a la mayoría de los padres los encontramos en un rango de 30 años promedio.

<b>Tabla: Edades de los familiares.</b>	
Edad.	Número de papas.
20 - 24 años.	3
25 - 29 años.	27
30 - 34 años.	37
35 - 39 años.	9
40 - 44 años.	6
45 - 49 años.	2

Observamos que las edades de los padres no varían presentan enormes distancias entre ellos; la menor edad registrada es de 23 años y la máxima de 42.

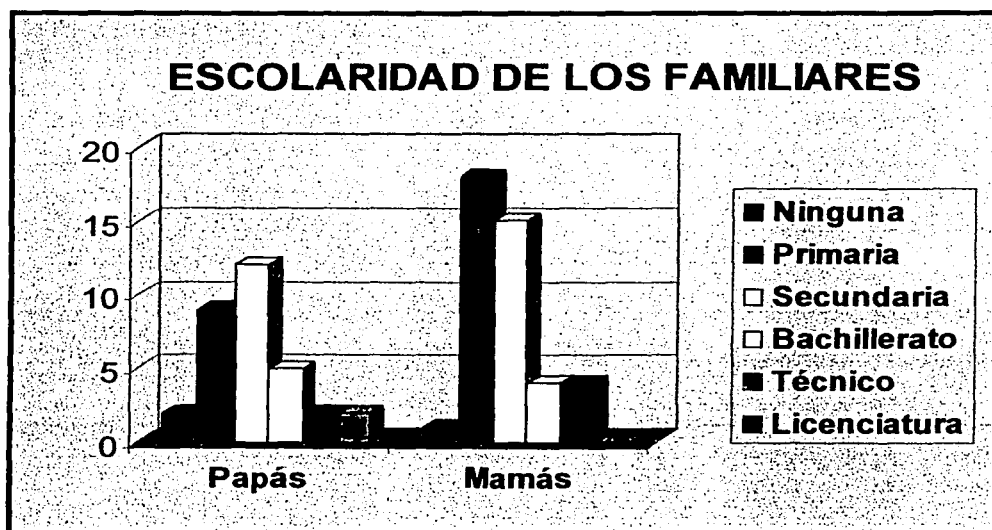


Los familiares de estos niños con discapacidad intelectual tienen un nivel bajo de estudios. La mayoría reporto solo haber concluido la primaria.

**Tabla: Escolaridad de los familiares.**

Escolaridad	Papás	Mamás	Total
Ninguna	2	1	3
Primaria	9	18	27
Secundaria	12	15	27
Bachillerato	5	4	3
Técnico	2	4	6
Licenciatura	1	1	2

Los rangos de educación van desde el no tener ningún tipo de preparación escolarizada, representado por 3 personas, hasta el tener un título universitario, logrado solo por 2 individuos.

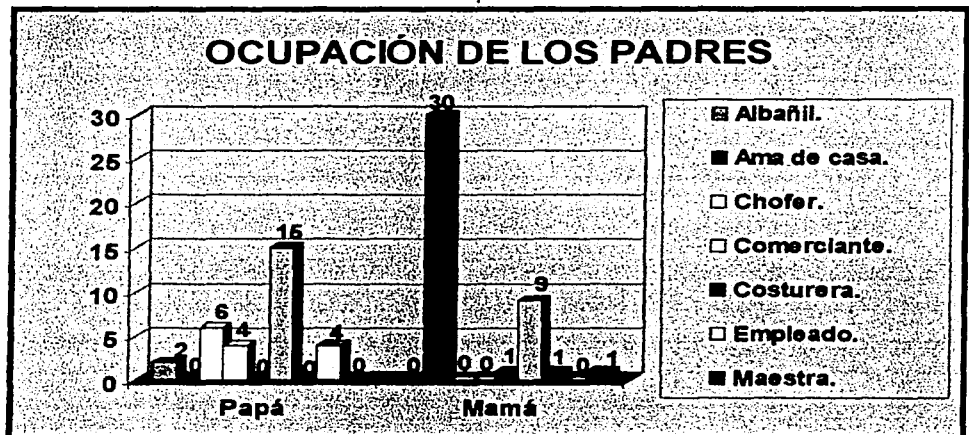


La ocupación de los padres es variada, encontramos que una parte de ellos son empleados (24) de alguna empresa pública o privada y los que se dedican al hogar son generalmente mujeres (30) lo que hace suponer que son ellas las que más tiempo dedican a la crianza de los niños.

**Tabla: Ocupación de los familiares.**

Ocupación	Papá	Mamá	Total
Albañil	2	0	2
Ama de casa	0	30	30
Chofer	6	0	6
Comerciante	4	0	4
Costurera	0	1	1
Empleado	15	9	24
Maestra	0	1	1
Obrero	4	0	4
Trabaja por su cuenta	0	1	1

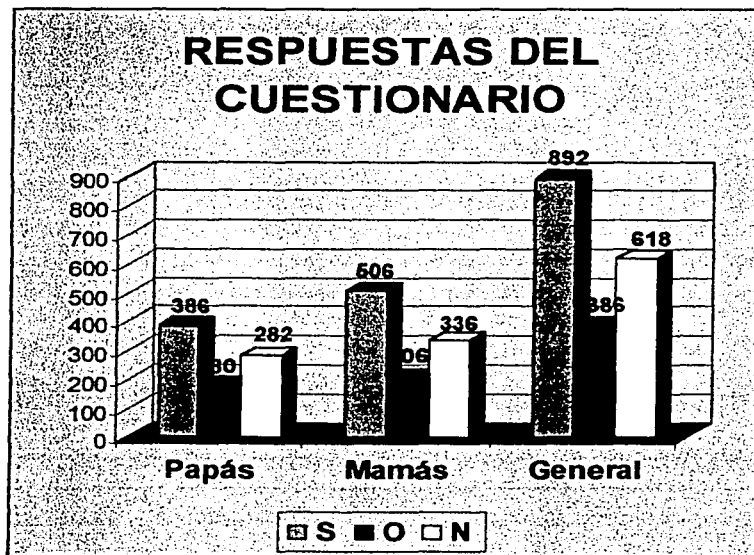
Ésta gráfica representa la situación ocupacional de los familiares del niño con discapacidad intelectual.



A continuación se describen los puntajes obtenidos con la aplicación del cuestionario sobre el interés conocimiento y enseñanza de conductas de salud bucodental.

<b>Tabla: Respuestas del cuestionario</b>			
	Respuestas.		
Bloques	S	O	N
Papás	386	180	282
Mamás	506	206	336
General	892	386	618

Se muestra la información obtenida en valores globales de la encuesta. Se observa una clara inclinación, general por la enseñanza de hábitos de salud bucodental por parte de los padres a sus hijos.



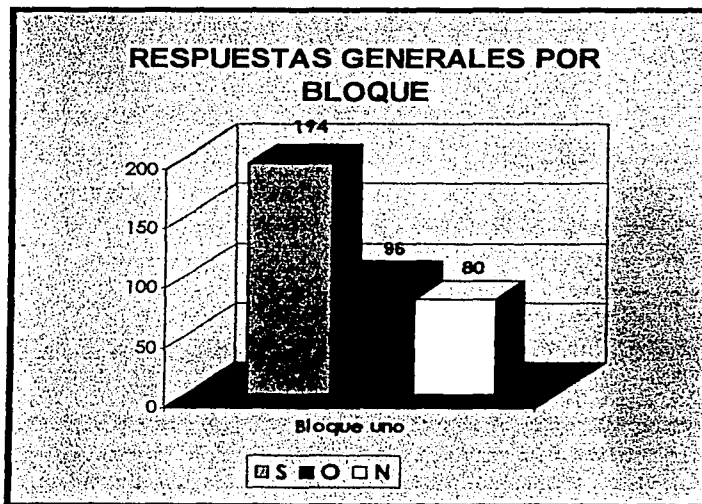


Se muestran representadas y analizadas las respuestas por bloque en general, para poder tener una idea más clara del fértil de las familias, para con la salud bucodental.

**Tabla: Respuestas por bloque.**

Bloque:	Uno			Dos			Tres		
	S	O	N	S	O	N	S	O	N
Respuestas N = Siempre O = Ocasionalmente N = Nunca	94	6	0	44	97	7	54	93	45

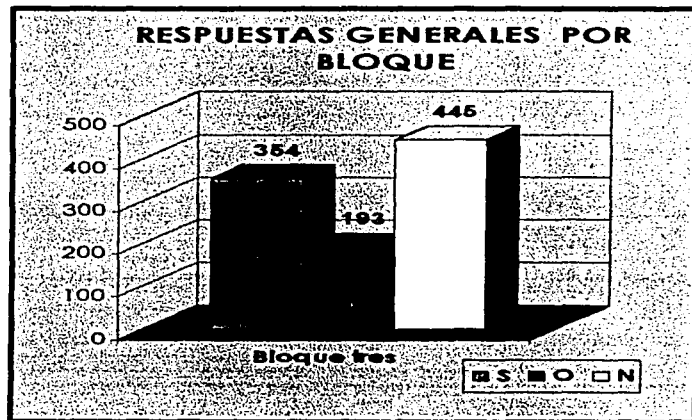
El primer bloque habla del interés de los padres hacia la salud Bucodental del niño con discapacidad intelectual.



Éste segundo bloque nos habla del conocimiento que tienen los familiares sobre la práctica de conductas sobre salud bucodental.



El tercer bloque muestra el grado de enseñanza que guardan los familiares hacia con los niños con deficiencia intelectual.



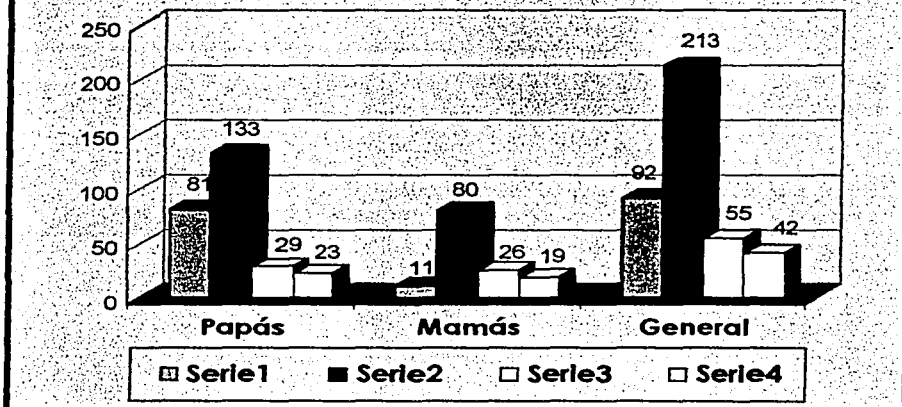
Estos bloques indican el sentir de los padres hacia la enseñanza de hábitos de salud bucodental, como medios de prevención de enfermedades de la boca y dientes.

El tercer bloque del cuestionario tiene una sección de especificaciones de la respuesta "nunca", que indica cuatro posibles respuestas, que ayudaran a identificar la razón por la cual los familiares no enseñan al niño, con discapacidad las medidas preventivas necesarias para mantener su salud bucodental.

<b>Tabla: Especificaciones de la respuesta "Nunca"</b>				
	Especificaciones:			
Respuestas	1	2	3	4
Papás	81	133	29	23
Mamás	11	80	26	19
General	92	213	55	42

Las respuestas que dieron los familiares de los niños con discapacidad intelectual respecto a las especificaciones del bloque tres, muestran que la más utilizada fue la número 2, que indica que el familiar esta informado sobre salud bucodental, pero no sabe como enseñarle estas practicas, de forma correcta al niño con discapacidad intelectual.

## ESPECIFICACIONES A LA RESPUESTA NUNCA DEL TERCER BLOQUE



Esta gráfica demuestra que en la familia y en especial las madres las que están más en contacto con el niño con discapacidad intelectual y que son ellas las encargadas y responsables del correcto desarrollo de los niños con discapacidad intelectual.

## C. CONCLUSIONES

El desarrollar éste estudio proporcionó una serie de ideas acerca de la relación existente entre los familiares y el niño con discapacidad intelectual.

Los familiares del niño con discapacidad intelectual se enfrentan a una situación emocional difícil, ocasionada por la incertidumbre sobre el futuro y desarrollo de las capacidades del niño, así como también por el estado emocional en el que se encuentran.

La familia de éste niño se fija una serie de objetivos que deben conseguir lo más rápido posible para evitar que la alteración presente en el niño siga limitando su adecuado desarrollo. Generalmente se trata de dar al niño estimulación temprana para hacer madurar lo mejor posible su sistema neuronal y limite su discapacidad.

La enseñanza de prácticas de salud bucodental no está considerada como prioritaria dentro de las primacías de los padres; se le da más interés a otros procedimientos que no pueden esperar, pues de ellos depende el correcto desarrollo del niño.

Por otro lado, el no estar debidamente informados por un odontólogo, sobre la importancia de los hábitos de salud que se pueden enseñar y fomentar en el hogar al niño con discapacidad intelectual, imposibilita aún más que se le enseñen las maneras correctas de cuidar de su boca y dientes.

Aún así, en estas condiciones en las que se desarrolla el niño con discapacidad intelectual, logra generalizar y comprender algunas conductas relacionados con el mantenimiento de su salud bucodental en el hogar; lográndolo gracias al interés, ayuda y orientación por parte de algunos miembros de su familia; por lo general se trata de la madre, que es quien enseña en la mayoría de los casos los hábitos de salud bucodental.

La enseñanza y aprendizaje de conductas de salud bucodental, no se encuentran limitadas en éste niño, existe la posibilidad de que aprenda como cualquier individuo que no presente ésta alteración, solo hay que invertir y dedicar más tiempo y esfuerzo en el adiestramiento en estos temas, para que logre comprender lo importante que es para él tener y mantener una adecuada salud bucodental.

Él debe por medio de su familia y el profesional dental acceder al conocimiento básico sobre conductas de salud bucodental que se encuentren relacionadas con la dieta, la higiene, la autoexploración y las visitas regulares al dentista, para que pueda llegar a ser una persona independiente en lo relacionado con su salud y en el futuro logre practicar por si solo éstas conductas que le permitirán mantener la salud de su boca y dientes.

Por otro lado de acuerdo con los resultados de los cuestionarios podemos concluir que los padres muestran menos interés por la salud bucodental del niño, en comparación con las madres, que son quienes en la

mayoría de los casos enseñan al hijo la práctica de estos hábitos.

En cuanto al discernimiento que tienen los familiares sobre la práctica de hábitos de salud bucodental concluimos que poseen un conocimiento regular sobre, ¿Por qué? Y ¿Cómo?, mantener la salud de la cavidad bucal; pero al enfrentarse con la condición de enseñar a su hijo estas conductas no se encuentran capacitados para realizarlo correctamente, por lo que descuidan esta área del desarrollo de sus hijos.

Por esta razón el profesional de la salud bucodental, debe tratar en la medida de sus posibilidades de implantar y fomentar en todas las personas, los hábitos de salud bucodental relacionados con la higiene, la dieta, la autoexploración y las visitas regulares al dentista. Para así interesar a las personas por cuidar su salud bucodental.

## D. BIBLIOGRAFÍA

- Barbaranne J. Benjamín. Un niño especial en la familia. Guía para padres. Primera edición. 1988. Trillas. México. Pp. 11 a 17.
- Carter C. H. Retraso mental en el niño. 1º edición. 1973. editorial JIMS. Pp: 249 a 288.
- Dirección de Atención a la Violencia Familiar. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. Violencia familiar: una cuestión de género. Documento de apoyo para principiantes. 1º Edición. 1999. Editado por el Gobierno Del Distrito Federal. México. Pp: 15 a 30.
- Gómez R. Luis, Gortázar A. Ana, Montero M. Pilar, Sorribes M. Manuel, Vacchiano V. María Ángeles, (Eds). (1998). Diccionario enciclopédico de educación especial. Vol. II. Pp. 1174 a 1175.
- Higashida Hirose Yoshika Bertha. Ciencias de la Salud. 2º edición. 1994. Editorial McGraw-Hill. México. Pp: 247 a 251.
- Kass Leon. The new biology: What price retrieving man's estate. Science. No. 174; 1971; 174 a 783.



- Medalie, H. Jack. Medicina Familiar. Principios y prácticas. 1° edición 1990. Editorial Limusa. México. Pp: 17 a 20.
- Mercado Ramírez Ernesto. Educación para la salud. Cuando no tienes un medico o centro de salud a tu alcance. 1° edición. 1990. Limusa. México. pp. 65 a 69.
- Ranson, D.C., Vandervoort, N.E. The Development of family medicine: problematic trends. Journal A. Medical A. # 225:1098-1102.1973.
- Secretaría de Educación Pública. Biblioteca para la actualización del maestro. Menores con discapacidad y necesidades educativas especiales, Antología de Ararú. 1° edición. 1997. Editado por la Comisión Nacional de los Libros de Texto Gratuitos. p. 25 a 30.
- Secretaria de desarrollo social. Dirección General de Equidad y desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. La perspectiva de género: Una herramienta para construir la equidad en la familia y el trabajo. Cuadernillo de sensibilización para todos los servidores públicos y las personas interesadas en la equidad entre hombres y mujeres. Editado por el Gobierno del Distrito Federal. 1° edición. 1999. Pp: 15 a 23.

---

## **E. ANEXOS**

---

## **A. Anexo uno**

### **1. Carta de consentimiento**

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

#### **SEMINARIO DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA**

##### **CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Titulo de la investigación:

Binomio: salud bucodental y familia, en el niño con discapacidad intelectual. C.A.M. #104.

El objetivo general de esta investigación es identificar las causas por las que no se adquieren en el hogar los hábitos de salud bucodental, que mejoren la salud del niño con discapacidad intelectual, teniendo como fin el informar a los familiares por medio de un folleto, de la importancia de adquirir estas costumbres.

Por lo que se aplicará un cuestionario a los familiares de los niños que cursan el nivel preescolar en el Centro de atención múltiple No 104. Este cuestionario podrá ser contestado en el horario de entrada o salida de los niños de preescolar, durante la semana del 8 al 12 de abril del año en curso.

Los datos recabados son confidenciales y serán almacenados bajo estricta vigilancia.

Por lo que se les ruega su amable cooperación para facilitar el buen fin de este proyecto.

Estoy enterado y acepto contestar el cuestionario.

---

Firma de conformidad.

## B. Anexo dos

### 1. Cuestionario

#### FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

#### SEMINARIO DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

##### Cuestionario

No de control: \_\_\_\_\_

Llene los espacios en blanco.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Instrucciones:

Marque una X en la letra que expresa su sentir hacia la salud bucodental de su hijo.

S = Siempre.

O = Ocasionalmente.

N = Nunca.

Enunciados	Respuestas
<b>Primer bloque:</b> <b>Causas por las que no adquiere hábitos de salud bucal el niño.</b>	

He tenido el interés en el cuidado de la boca y dientes del niño.	S	O	N
He tenido el interés por que el niño aprenda las maneras de cuidar su boca y dientes.	S	O	N
He tenido el interés por conocer la manera de cómo cuidar su boca y dientes.	S	O	N
He tenido el interés por enseñarle en el hogar, hábitos de salud para prevenir enfermedades de la boca y dientes.	S	O	N
El interés en la salud de la boca y dientes del niño es solo del dentista y no mía.	S	O	N
<b>Segundo bloque:</b> <b>Conocimiento sobre salud bucodental.</b>			
Comer alimentos ricos en azúcares favorece la aparición de enfermedades en la boca.	S	O	N
Comer alimentos ricos en fibra favorece la autolimpieza de los dientes.	S	O	N
No remover los restos de comida, inmediatamente después de comer ocasiona el crecimiento de bacterias que producen enfermedades en la boca y dientes.	S	O	N
Mantener la boca y dientes limpios no previene enfermedades.	S	O	N
Revisar regularmente la boca y dientes, ayuda a prevenir enfermedades.	S	O	N
Necesito presentar molestias en la boca o dientes para acudir a la consulta dental.	S	O	N
Necesito visitar al dentista para que realice una valoración de mis hábitos de salud bucal.	S	O	N

En caso de contestar **Nunca**, en alguna de las afirmaciones del tercer bloque especifique; marcando con una X, el número de acuerdo a las opciones que se le dan a continuación.

Opciones:

- 1) No conozco sobre el tema.
- 2) No se como enseñarle.
- 3) No se utilizarlo.
- 4) Le corresponde al dentista.

Tercer bloque									
Enseñanza de hábitos de salud bucodental, al niño.									
Enunciados	Respuestas			Especificaciones	Respuestas				
Le enseñó al niño hábitos de salud bucodental.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4	
Le enseñó al niño a lavarse los dientes con cepillo y pasta dental.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4	
Le enseñó al niño a usar hilo dental.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4	
Le enseñó al niño el uso de enjuagué bucal.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4	
Le enseñó al niño el uso de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4	
No le enseñó al niño a realizar una dieta baja en alimentos ricos en azúcar.	S	O	N						
Le enseñó al niño a no abusar de los alimentos ricos en azúcar.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4	
Le enseñó al niño, a preferir los alimentos ricos en fibras a los alimentos ricos en azúcar.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4	
Le enseñó al niño a no comer entre comidas.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4	

Le enseñó al niño a realizar una exploración de su boca y dientes.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4
Le enseñó al niño la forma en que debe revisar su boca y dientes, para descubrir alteraciones bucales.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4
No le enseñó al niño que debe realizar una autoexploración de la boca y dientes para prevenir enfermedades bucales.	S	O	N					
Le enseñó al niño a acudir periódicamente al dentista para prevenir y tratar enfermedades bucodentales.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4
Les enseñó al niño que debe acudir al dentista aunque no se presenten molestias.	S	O	N	¿Por que?	1	2	3	4

Gracias por su amable participación

## C. Anexo tres

### 1. Folleto



UNAM



Facultad  
de  
Odontología



La Familia,  
el niño y  
La salud  
bucal

# **¿Donde Puede Recibir Atención Dental el Niño con Discapacidad Intelectual?**

## **Centros de atención Dental**

### **Facultad de Odontología**

Ciudad Universitaria.

### **Postgrado de la facultad**

Departamento de

Odontopediatría

Ciudad universitaria.

### **Clínica Periférica Padierna**

Calle: Tekax S/N. C.p. 14200

Delegación: Tlalpan.

### **Elaboración:**

**Carlos López González.**

**Pasante.**

**Lic. Natalia Meza Celis.**

**Directora.**