



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES INFANTILES CON
DISCAPACIDAD, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

CITLALLI CUAMATZI CORDERO

TUTORA: Esp. PATRICIA MARCELA LÓPEZ MORALES

Ciudad Universitaria CDMX

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradezco a Dios por haberme brindado a mis padres y mantenerlos conmigo estos años de mi vida; por haberme puesto en mi camino a personas que han influenciado en mi persona y así haber hecho posible la culminación de mi carrera profesional.

Agradezco a mis padres Maria Socorro Cordero y Juan Cuamazti Cocoltzi por el esfuerzo y apoyo de ambos por sacarme adelante, por su amor aun en situaciones adversas, por su tolerancia, su comprensión, sus consejos al igual que sus regaños los cuales me hacían pensar y así día a día me impulsaban para salir adelante y superarme como persona.

A mi hermana Edith García por haberme cuidado, guiado y ser mi segunda madre; a mis niños Ángel Amador García y Guadalupe Edith Amador García (sobrinos) quiero que sepan que los sueños se hacen realidad, que luchen y nunca se den por vencidos.

A Eduardo Contreras Castillo por su apoyo incondicional durante estos 5 años de carrera.

A todos los mis amigos y doctores que atreves de toda mi estancia en esta Facultad me inspiraron, incentivaron y apoyaron en esta hermosa etapa de mi vida.

A la Esp. Patricia Marcela López Morales por todo el apoyo, paciencia y dirección que me brindo en este trabajo para poder culminar esta etapa de mi vida.

Por ultimo a la UNAM por haberme dado la satisfacción de pertenecer a la Facultad de Odontología que para mí es la Máxima Casa de Estudios.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
1. ANTECEDENTES	7
2. DISCAPACIDAD	9
2.1 Clasificación.....	9
2.1.1 Modelo Médico.....	10
2.1.2 Modelo Biopsicosocial	15
2.2 Terminología adecuada	18
2.2.1 Guía Rápida de Términos Apropriados.....	19
2.3 Diversidad Funcional	20
2.4 Factores etiológicos de acuerdo al tipo de discapacidad.....	21
2.4.1 Factores Prenatales.....	21
2.4.2 Factores Perinatales	22
2.4.3. Factores Posnatales	22
2.5 Incidencia.....	24
2.5.1 Nacional.....	24
2.5.2 Internacional	26
3. SALUD PÚBLICA	28
3.1 Discapacidad y problemas de salud para niños con discapacidad	28
3.2 Barreras Humanas.....	29
3.2.1 Barreras de asistencia médica.....	29
3.2.2 Barreras de comunicación	30
3.2.3 Barreras de política y legislación	31
3.3 Barreras Físicas.....	32
3.3.1 Barreras arquitectónicas	32

4. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES INFANTILES CON DISCAPACIDAD	34
4.1 Institucional.....	35
4.2 Particular.....	36
4.3 Consideraciones odontológicas	37
4.4 Estrategias preventivas.....	39
CONCLUSIONES	43
REFERENCIAS	44

INTRODUCCIÓN

La discapacidad en los seres humanos abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Existen dos modelos para explicar la presencia de la discapacidad, donde cada uno de ellos describe las diferentes características que la conforman, así como los diversos aspectos que interactúan para definirla. En cuanto a la discapacidad no se debe generalizar ni considerar que las personas con discapacidad no tienen su propia personalidad y necesidades y aunque pueda haber dos personas con la misma discapacidad, esto no significa que sean iguales.

En el Modelo Médico se clasifica a la discapacidad en cuatro grandes grupos: física o motriz, discapacidad sensorial, cognitiva – intelectual y psicosocial, todas resultantes de la interacción de diversos factores etiológicos, de acuerdo al carácter prenatal, perinatal y posnatal en el cual se desarrollan.

Actualmente a nivel internacional para definir, comprender y estandarizar mejor el concepto de discapacidad, es necesario conocer el esquema codificado por la OMS: La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, donde no solo relaciona el Modelo Médico de acuerdo con el tipo de discapacidad sino también se describen las diversas barreras que presentan los niños con algún tipo de discapacidad.

La incidencia de discapacidad en niños va en aumento tanto en el ámbito nacional como en el internacional, debido a esto, se deben considerar los diferentes aspectos en los que ellos tienen mayor vulnerabilidad para así contrarrestarlos.

Es importante reconocer que los odontólogos forman parte del equipo multidisciplinario que brinda atención a la población infantil con discapacidad y que su participación debe ser considerada primordial.

Por tal motivo, el objetivo del presente trabajo es identificar de qué manera la atención odontológica de pacientes infantiles con discapacidad está siendo considerada un problema de Salud Pública y cuál es su impacto en la calidad de vida de la población infantil con discapacidad.

1. ANTECEDENTES

Actualmente proporcionar una atención odontológica a niños con discapacidad se está convirtiendo en un derecho y necesidad a nivel internacional.^{1,2} Sin embargo en México, son pocos los estudios realizados sobre la incidencia de la atención estomatológica en ellos, por tal motivo, se tomarán como referencia los reportes ³ realizados en la Facultad de Odontología UNAM.

En 1998 la tesis “Reporte de anestesia general en la rehabilitación bucodental de niños discapacitados en el departamento de Posgrado de la Facultad de Odontología, UNAM” refiere que un total de 37 pacientes recibieron tratamiento dental, 17 fueron rehabilitados bajo anestesia general y 20 de manera ambulatoria.

En el XVIII Congreso Nacional e Internacional de Posgrado e Investigación FO-UNAM se presentó el estudio “Morbilidad Bucal en Pacientes con Discapacidad de la Clínica de Odontopediatría, DEPEI, FO-UNAM de septiembre del 2000 a julio del 2005” reportando 100 casos de pacientes con discapacidad que fueron rehabilitados.

Otro reporte de Trabajo Terminal fue “Morbilidad Bucal en Pacientes con Discapacidad de la Clínica de Odontopediatría, División de Estudios de Posgrado de Investigación FO-UNAM durante el ciclo escolar 2008 – 2009” donde se reportaron 47 casos de pacientes rehabilitados en la clínica.

En un estudio retrospectivo realizado durante el ciclo escolar 2010-2014 en la Clínica de Odontopediatría se reportaron 172 casos de pacientes que recibieron tratamiento odontológico.

Al realizar una comparación entre los diversos estudios (Figura 1) que se han realizado en la Clínica de Odontopediatría de la Facultad de Odontología, UNAM, por los diferentes autores: Reyes (1998), Mendoza (2005), San Juan (2009) y López (2014) se aproximadamente un promedio de 40 pacientes al año (con excepción del estudio reportado por Mendoza) mostrando que el porcentaje de atención odontológica de pacientes con discapacidad ha ido en aumento.

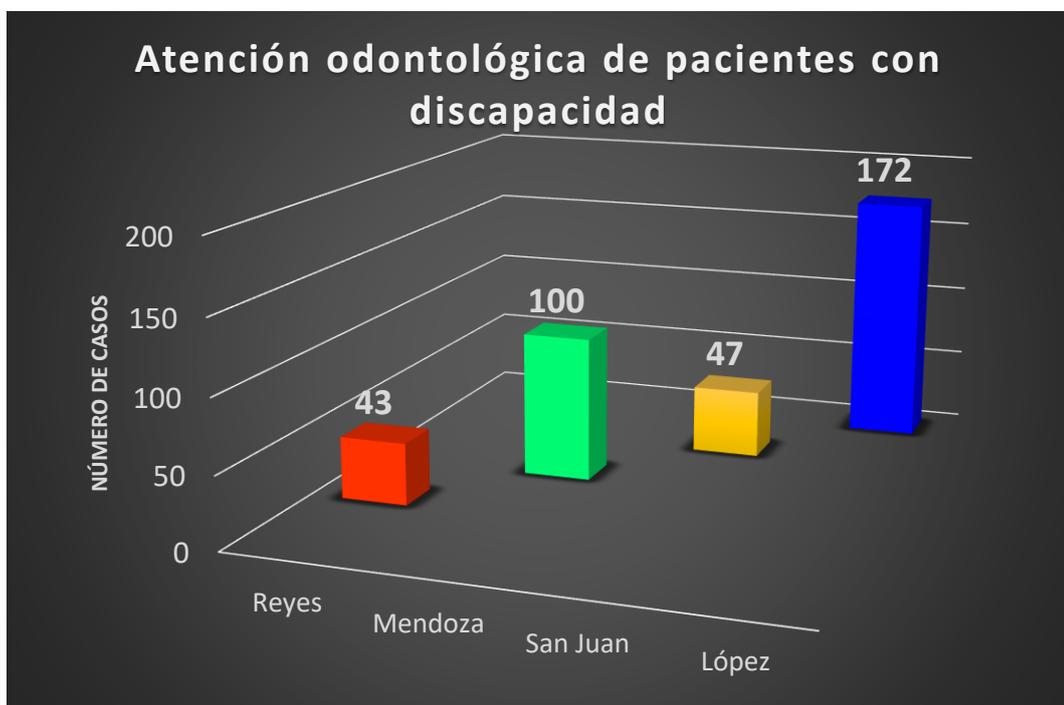


Figura 1. Estudios realizados en la Clínica de Odontopediatría con relación a la atención de pacientes con discapacidad.

Fuente: Discapacidad y Universidad. Transdisciplinariedad y Derechos. ³

2. DISCAPACIDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ define a la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación; haciendo notar que estos términos a menudo son considerados sinónimos, sin embargo, cada uno tiene su propia definición (Figura 2). La discapacidad puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible.

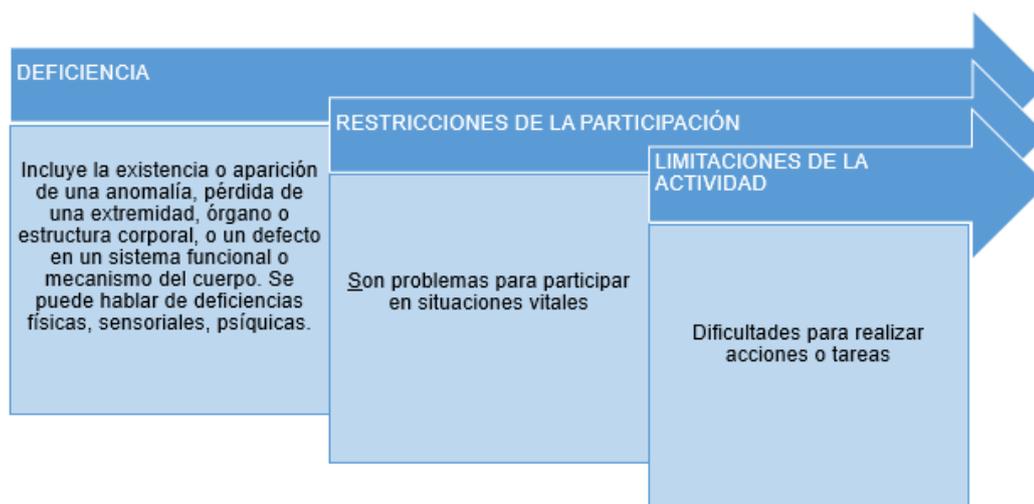


Figura 2. Términos relacionados con la presencia de discapacidad.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. ⁴

2.1 Clasificación

Para describir y clasificar a la discapacidad se presentan dos tipos: el Modelo Médico y el Modelo Biopsicosocial. El Modelo Médico incluye a aquellas personas que presentan deficiencias físicas, intelectuales, sensoriales o psicosociales que a diferencia del Modelo Biopsicosocial donde las personas con discapacidad se ven limitadas a interactuar socialmente, no solo por su deficiencia, sino también por diversas barreras (arquitectónicas, humanas, problemas en la comunicación, etc.) ^{5,6}

2.1.1 Modelo Médico

Dependiendo de las secuelas que sufra la persona, existen varios tipos de discapacidad: física o motriz, psíquica o mental, sensorial e intelectual.

A continuación, se describen los 4 tipos de discapacidad.

A) Discapacidad física / motriz

Es una condición de vida que puede afectar el control y movimiento del cuerpo (Figura 3), generando alteraciones en el desplazamiento, equilibrio, manipulación, habla y respiración de las personas, limitando su desarrollo.⁶



Figura 3. Paciente infantil con discapacidad física.

Fuente: TELETON: Una vida diferente. ⁷

La discapacidad física (Figura 4) se presenta a consecuencia de factores etiológicos de tipo:

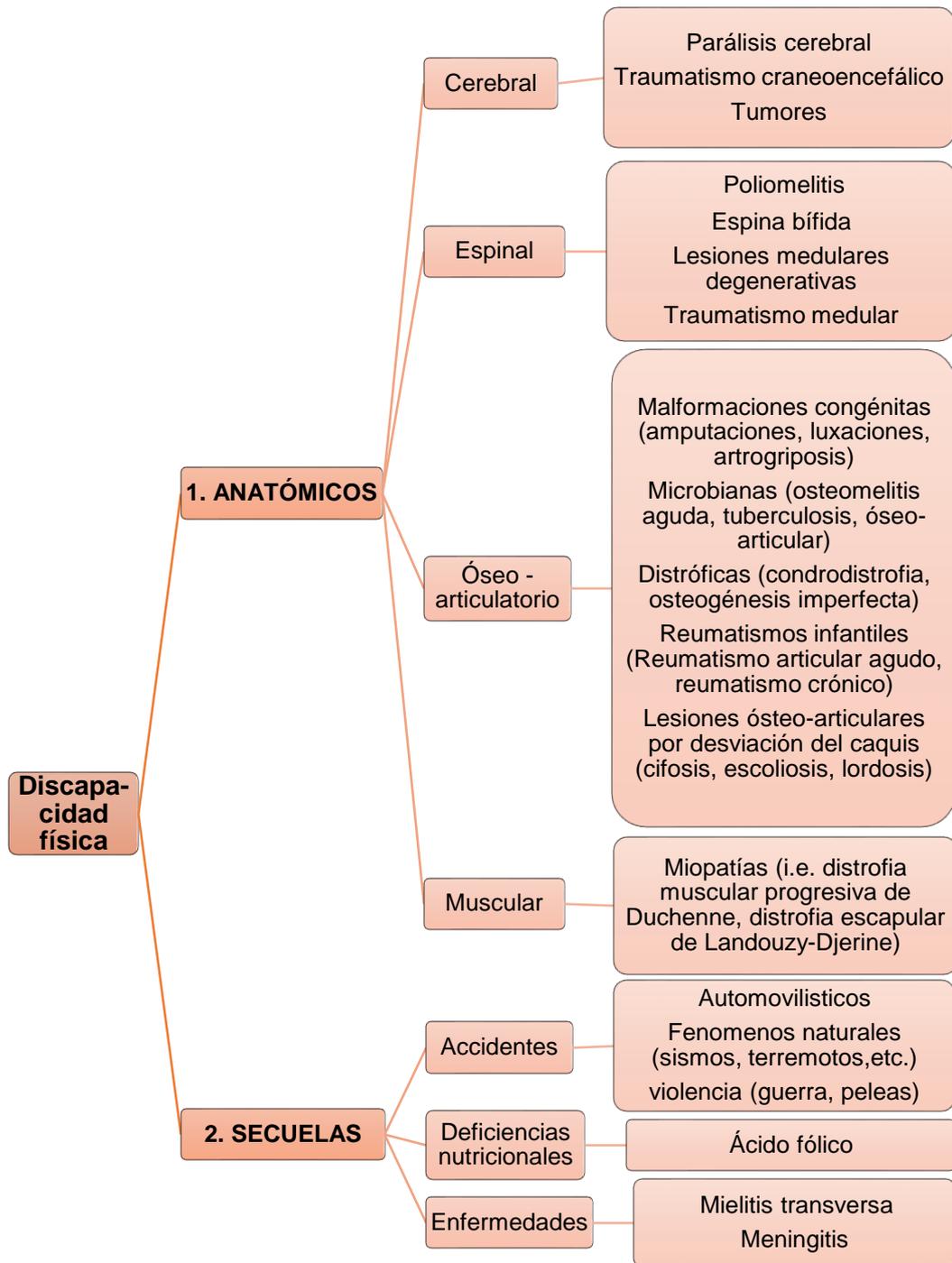


Figura 4. Factores etiológicos.

Fuente: Discapacidad Motriz. 8,9

Existen otras clasificaciones (Figura 5) con base al área o nivel de afectación del cuerpo:

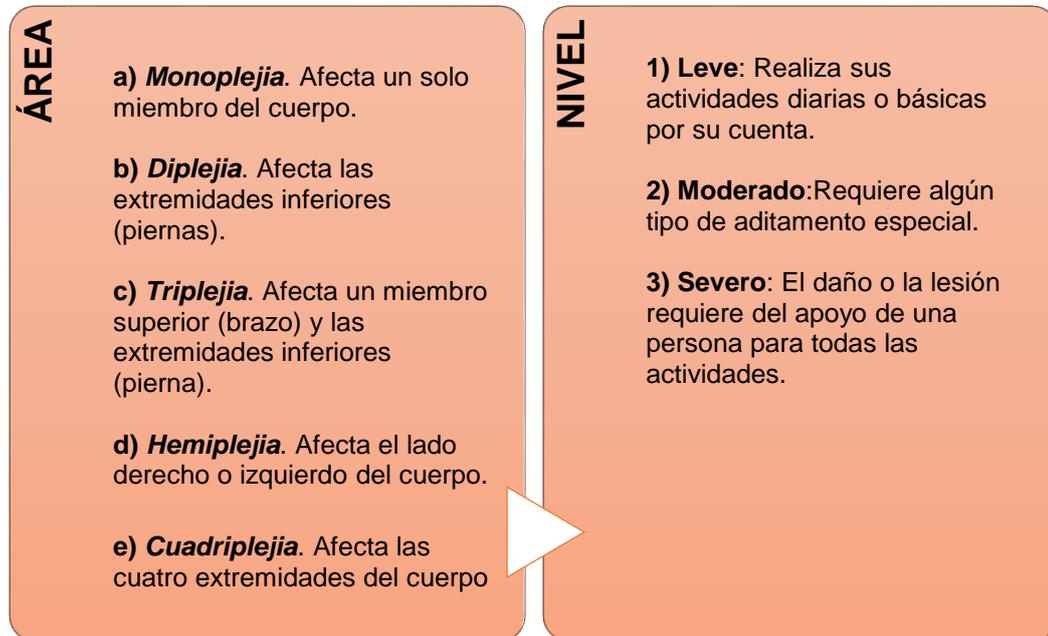


Figura 5. Semiología y nivel de afectación.

Fuente: *El niño discapacitado.* ¹⁰

B) Discapacidad sensorial

Es aquella deficiencia que ocasiona algún problema en el lenguaje o la comunicación, afectando visión, audición o ambos (Figura 6), se presentan de forma parcial o completa, transitoria o permanente. ^{6,11}



Figura 6. Paciente infantil con discapacidad sensorial (visual).

Fuente: El aroma de los colores. ¹²

C) Discapacidad cognitivo – intelectual

Los niños con discapacidad intelectual (DI) manifiestan limitaciones en el proceso cognoscitivo (Figura 7); este proceso se relaciona con la adquisición de conocimientos y la formación de conceptos en la mente, la percepción, la memoria y la atención son parte de él. Los infantes con esta discapacidad se distraen con facilidad y experimentan periodos de atención breves, así como también presentan limitaciones para recordar la información registrada. ¹³

La mayoría de los niños – jóvenes pueden vivir de manera independiente o semi independiente solo si han recibido el soporte apropiado e individualizado durante sus años formativos.

Para medir su coeficiente intelectual (CI) se realiza un test estandarizado que sirve para calcular las habilidades o inteligencia de la persona y se clasifican¹⁴ en:

- DI leve con CI de 50 a 70: Suelen desarrollar habilidades normales, sociales y de comunicación, tienen insuficiencias mínimas en el área sensorio-motores.
- DI moderada con CI de 35 a 50: Este grupo adquiere habilidades de comunicación, aunque presenta retraso psicomotor.
- DI grave con CI de 20 a 35: Lenguaje comunicativo escaso o nulo.
- DI profundo con CI <20: Presentan una enfermedad neurológica identificada, son pacientes que no tienen autonomía.



Figura 7. Escolar con discapacidad intelectual, con Síndrome de Down.

Fuente: Escuela para niños con Síndrome de Down. ¹⁵

D) Discapacidad psicosocial

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) refiere que puede ser derivada de un trastorno mental (esquizofrenia, bipolaridad y depresión), por factores químicos (abuso en el consumo de drogas y alcohol) (Figura 8), por factores genéticos y ambientales (TDAH, TEA). Otros factores pueden ser el estrés y la violencia sistemática que se viven en el mundo y México no es la excepción (pobreza extrema, secuestros, abuso y maltrato infantil). ^{6, 16}



Figura 8. Pobreza extrema y abuso de sustancias tóxicas.

Fuente: Color abc, Paraguay. ¹⁷

2.1.2 Modelo Biopsicosocial

Con respecto al modelo biopsicosocial, su propósito fue mejorar la comunicación interdisciplinaria y proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado entre diferentes individuos, ya sean, profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidad; se realiza un esquema codificado por la Organización de las Naciones Unidas otorgándole el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para ser aplicado en los Sistemas de Información Sanitaria y que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud. ¹⁸

A parte de catalogar la salud, provee un abordaje integral del paciente estableciendo los paradigmas que aborda los diferentes componentes de la funcionalidad. Por lo tanto, la CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes: ^{17,18}

Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad

- (a) **Funciones y Estructuras Corporales:** Se refieren a las funciones fisiológicas de los diferentes sistemas y estructuras corporales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- (b) **Actividades y Participación:** Es la limitación y las restricciones en la participación de los individuos en alguna actividad.

Parte 2. Factores Contextuales: Son los factores externos a los individuos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño personal como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones

- (c) **Factores Ambientales:** los integran el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas.
- (d) **Factores Personales:** son los múltiples aspectos propios de cada individuo.

Las dos partes de la CIF se verán relacionadas con componentes, dominios, constructos, aspectos positivos y aspectos negativos. (Figura 9)

Funcionamiento y Discapacidad			Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y estructuras corporales	Actividades y participación	Factores ambientales	Factores personales
Dominios	Funciones corporales Estructuras corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios de las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad de realizar tareas en un entorno uniforme Desempeño/realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barreras de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	No aplicable
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación de la actividad Restricción en la participación	Barreras/obstáculos	No aplicable

Figura 9. Visión de conjunto de la CIF.

Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. ¹⁸

2.2 Terminología adecuada

Algunas recomendaciones para referirse a las personas con discapacidad a fin de conseguir una comunicación positiva que pueda contribuir a mejorar la imagen de la discapacidad se mencionan en la siguiente guía¹⁹ la cual que se basa en la Declaración de Salamanca (2004), Disability Etiquette Guide (2011), y las pautas de estilo propuestas por el Real Patronato (Fernández, 2006):

1. Cuando se refiera a la discapacidad de una persona, se debe poner el énfasis en la persona y no en el uso de etiquetas genéricas. Es mejor decir "persona con discapacidad".
2. Usar el término "la discapacidad".
3. Evitar sustantivar adjetivos como "el discapacitado, el minusválido, el ciego, los epilépticos, un tetrapléjico", etc. Los términos descriptivos deben ser usados como adjetivos, no como sustantivos.
4. Evitar las descripciones negativas o sensacionalistas de la discapacidad de una persona: "sufre de", "una víctima de", o "afligido con", o referirse a personas con discapacidad como "pacientes", a no ser que lo haga porque estén recibiendo tratamiento médico.
5. No retratar a las personas con discapacidad, que han tenido éxito social o profesional, como superhéroes, llenas de coraje o especiales, esto distorsiona la verdad e implica que es insólito tener talento o habilidades por parte de este colectivo. Lo razonable es mostrar a las personas con discapacidad que tienen éxito y a las que no lo tienen, pero que luchan todos los días por llevar una vida lo más normalizada posible y, centrarse en la persona y no en la discapacidad.
6. No usar el término "normal" para describir a las personas sin discapacidad o para comparar, es mejor decir "personas sin discapacidad" o "personas regulares".

7. No decir "condenado a una silla de ruedas" o "limitado a una silla de ruedas", las personas que usan instrumentos o equipos para la movilidad, gracias a estos, tienen la libertad y la accesibilidad que de otro modo les es negada.
8. No usar Verbos o términos negativos, al presuponer que sufre o experimenta una disminución en su calidad de vida, como "sufre esquizofrenia", "padece sordera", "afectado por polio", "víctima de", es mejor utilizar el verbo "tener" que es menos negativo, "tiene una distrofia muscular".
9. Uso de eufemismos como "personas diferentes", "personas especiales" "capacidades diferentes" "con problemas físicos", "físicamente limitados", "invidentes", y diminutivos como "sillita" o "carrito" para referirse a la silla de ruedas, o "taca tacá" para definir un andador. Lo correcto sería hablar de "personas con discapacidad física o con problemas de movilidad" o "personas ciegas", de "silla de ruedas" o de "andador"

2.2.1 Guía Rápida de Términos Apropriados

En el artículo publicado por Matías en su blog ¹⁹ muestra una tabla resumen con algunos ejemplos de los términos que se utilizan para referirse a las personas con discapacidad. (Figura 10). La columna de la izquierda muestra los términos inapropiados y del lado derecho son los términos correctos y menos peyorativos.

INAPROPIADO	USO CORRECTO
Discapacitado, anormal, incapacitado, deficiente, minusválido, diferente	Persona con discapacidad
Persona normal	Persona sin discapacidad
Admite que tiene una discapacidad	Dice que tiene una discapacidad
Personas mayores	Ancianos, viejos, mayores
Persona con habilidades diferentes	Persona que sufre una discapacidad
Persona exitosa, productiva	Ha superado su discapacidad

Continúa....

Padece, sufre, aquejada de, víctima de discapacidad	Presenta, posee, tiene discapacidad
Evitar la discapacidad	Prevenir la discapacidad
Eliminar la discapacidad	Reducir los índices de discapacidad
Ciego, invidente	Persona ciega
Cieguito, cegato, corto de vista, tuerto	Persona con discapacidad visual Persona con baja visión
Mudo	Persona sin habla. Persona que utiliza comunicación aumentativa
Sordo, Sordomudo	Persona sorda. Persona con discapacidad auditiva. Persona con hipoacusia
Mutilado, inválido, parálítico, cojo, tullido, lisiado	Persona con discapacidad física Persona con movilidad reducida
Afectada por esclerosis múltiple	Persona con esclerosis múltiple
Enano, pitufo	Persona de talla baja
Confinado en una silla de ruedas Postrado en silla de ruedas	Persona usuaria de silla de ruedas
Afectada por distrofia muscular	Persona con distrofia muscular
Víctima de la parálisis cerebral	Persona con parálisis cerebral
Defecto de nacimiento	Persona con discapacidad congénita
Epiléptico	Persona con epilepsia
Esquizofrénico	Persona con esquizofrenia
Loco, demente, trastornado	Persona con discapacidad psicosocial Persona con autismo
Mongólico, retardado, retrasado mental, trastornado	Persona con discapacidad intelectual
Retrasado, deficiente mental. Imbécil, tonto, subnormal	Persona con síndrome de Down
Demente, enfermo mental	Persona con enfermedad mental Persona con discapacidad psíquica

Figura 10. Guía Rápida de Términos.

Fuente: Términos Adecuados para Referirnos a Personas con Discapacidad.¹⁹

2.3 Diversidad Funcional

Como se sabe, habitualmente las palabras o términos van asociados a ideas y conceptos que van asociado a valores culturalmente aceptados al ser nombrados; para poder cambiar esas ideas es necesario cambiar palabras.

Es frecuente utilizar términos de discapacitado, incapacitado, minusválido, mongólico etc. para referirse a una persona con discapacidad, en cambio, al utilizar el término diversidad funcional, se reclama el derecho al pleno reconocimiento de su dignidad para una nueva visión social.

El concepto “diversidad funcional” surge en 2005 donde el concepto pretende suprimir las nomenclaturas negativas que se han aplicado tradicionalmente a las personas con discapacidad, desarrollar un desenvolvimiento cotidiano y funcional.²⁰

2.4 Factores etiológicos de acuerdo al tipo de discapacidad

Los factores etiológicos causantes de una discapacidad se clasifican de acuerdo al estadio del desarrollo del ser humano en el cual se presenten: prenatales (congénitos, hereditarios), perinatales (enfermedades diversas, quirúrgicas, iatrogénicas) y posnatales (ambientales y sociales).

2.4.1 Factores Prenatales

Se consideran factores prenatales a todos aquellos que acontecen desde la concepción hasta la labor de parto.¹⁷ Pueden ser transmisibles genéticamente, también existen por trastornos del desarrollo intrauterino, intoxicaciones (medicamentos contraindicados durante el embarazo), drogadicción, tabaquismo excesivo, edad de la madre (menor a 16 y mayor a 40 años), factores de desnutrición, hipertensión, enfermedad renal, flebitis, discapacidad mental, shock hemorrágico, polihidramnios, sífilis, etc. (Figura 11)

2.4.2 Factores Perinatales

Se consideran factores perinatales a todos aquellos que acontecen desde la labor de parto hasta la fase de expulsión del bebé.²² Aunque otros autores, consideran la presencia de un factor perinatal, a todo aquel que se manifiesta durante el parto hasta la primera semana del recién nacido. A continuación se mencionan los principales factores: parto traumático, edema cerebral, hemorragias, sepsis, síndrome de hipóxico – isquémico, tiempo de gestación menor a 34 semanas, cianosis, reanimación, síndrome de dificultad respiratoria, hipoxia intrauterina, prolapso del cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta, necesidad de incubadora, alimentación o llantos anormales, ictericia, hipotonía, convulsiones, déficit en la curva de peso, infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC), consumo de drogas durante la lactancia. (Figura 11)

2.4.3. Factores Posnatales

Se consideran factores posnatales a todos aquellos que acontecen después de la fase de expulsión hasta la edad de 18 años.²² Son situaciones que ocurren después de haber transcurrido la primera semana del parto en adelante e influyen durante el desarrollo del bebe; éstos pueden ser de tipo ambiental (intoxicaciones, traumatismos, nivel educativo) y biológicos (infecciones del SNC, metabolopatías). (Figura 11)

		Discapacidad Motriz/ física	Discapacidad Sensorial	Discapacidad Intelectual	Discapacidad Psicosocial
FACTORES	Prenatales	Genéticos, cromosómicas, infecciones, trastornos del desarrollo intrauterino, intoxicaciones, drogadicción	Genéticos, sífilis, rubéola, meningitis tuberculosa, anomalías del desarrollo de la órbita, microftalmos, cataratas, toxoplasmosis, teratógenos tóxicos o medicamentos de categoría (A, B, C, D, X) durante el embarazo	Edad materna, infecciones, drogas, factores de desnutrición, hipertensión, enfermedad renal, flebitis, discapacidad mental, hemorragia vaginal en el 2 ^{do} o 3 ^{er} trimestre, polihidramnios, sufrimiento fetal	Nivel educativo, consumo de drogas, disfunción del Sistema Nervioso, factores genéticos
	Perinatales	Parto traumático, edema cerebral, hemorragias, sepsis, infecciones del SNC, síndrome de hipóxico- isquémico	Traumatismos	Prematurez, cianosis, reanimación, síndrome de hipóxico- isquémico en el parto, hemorragia cerebral, hiperbilirrubinemia, hipoxia intrauterina, hipoglucemia, prolapso del cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta, necesidad de incubadora, alimentación o llantos anormales, ictericia, hipotonía, convulsiones déficit en la curva de peso, teratógenos, infecciones del SNC	Complicaciones en el embarazo
	Posnatales	Infecciones del SNC, intoxicaciones, traumatismos, metabolopatías	Traumatismos, fibroplasia retrolental, hipertensión, policitemia vera, trastornos hemorrágicos, leucemia, diabetes mellitus, glaucoma	Anomalías de crecimiento y/o malnutrición, tóxicos endógenos (fallo hepático o renal), tóxicos exógenos, enfermedades endocrinológicas e infecciones en los primeros años de vida, traumatismos, neoplasias del SNC	Situación económica, adicciones, factores sociales y psicológico

Figura 11. Factores etiológicos por tipos de discapacidad

Fuente: Compilación. 9,11, 14, 23

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado con población mexicana en 2010, se encontró que las causas de mayor prevalencia en niños con discapacidad se asociaron a factores relacionados con el nacimiento (prenatal y perinatal). (Figura 12)

Grupo de edad	Total	Causa de discapacidad				
		Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Edad avanzada	Otra causa
Total	100.0	16.5	37.6	12.9	24.3	6.6
Niños	100.0	67.4	17.8	4.9	0.0	6.4
Jóvenes	100.0	50.4	25.7	14.9	0.0	5.7
Adultos	100.0	15.3	46.4	20.5	0.0	15.5
Adultos mayores	100.0	1.7	38.2	9.5	47.6	1.5

Figura 12. Causas de discapacidad en México.

Fuente: *Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010*.²⁴

2.5 Incidencia

Para recopilar datos estadísticos en cada país se lleva a cabo un censo, esto es para valorar el aumento o disminución de la población, evaluando: edad, género y entidad federativa.

Para el interés de este trabajo se describirán datos de aquellos niños con algún tipo de discapacidad reportada nacional e internacional.

2.5.1 Nacional

De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010 la población total fue de 111 millones 966 mil 139, de los cuales 5 millones 739 mil personas en el territorio nacional declararon tener alguna discapacidad o limitación, es decir, son personas con discapacidad.^{24,25}

En el año 2010 el 5.1% de la población mexicana presentaba alguna discapacidad, a diferencia del año 2012 donde la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares obtuvo un 6.6% de la población del país con discapacidad.

Haciendo una comparación entre los dos censos, la discapacidad en la población infantil ha ido en aumento; en el año 2010 (Figura 13) el porcentaje de población infantil con discapacidad fue de 3.2% abarcando ambos géneros y el año 2012 se reportó el 7.3% (Figura 14) y se espera que la cifra vaya en aumento anualmente.

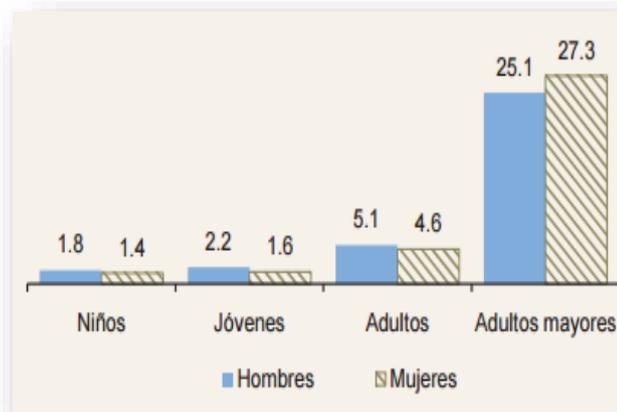


Figura 13. Población con discapacidad diferenciada por género.

Fuente: Discapacidad en México 2010. ²⁴

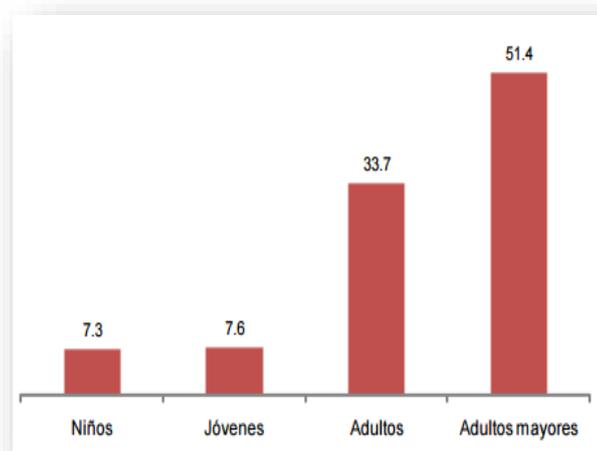


Figura 14. Distribución porcentual de población con discapacidad según grupo de edad 2012.

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH 2012). ²⁵

En el Cuestionario Ampliado realizado en el año 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se incluyó por primera vez el concepto de atender el cuidado personal, el cual contempla mantener piel, dientes, cabello, oídos, orificios nasales, manos, pies y partes genitales limpios, es decir; podemos observar que el hecho de que la persona no pueda cepillar y asear su boca ya está siendo contemplado y eso debería ser mencionado en todos los censos de salud que se realicen en México.^{26,27}

En cuanto el Censo de Población y Vivienda 2010 mostró que la discapacidad de mayor incidencia en la población infantil fue para caminar o moverse (discapacidad motriz) con 29.5%. (Figura 15)

Grupo de edad	Tipo de discapacidad						
	Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Mental	Hablar o comunicarse	Atender al cuidado personal	Poner atención o aprender
Total	58.3	27.2	12.1	8.5	8.3	5.5	4.4
Niños	29.5	17.8	7.4	19.3	28.3	7.3	15.9
Jóvenes	33.7	23.5	8.6	23.8	18.0	5.2	9.3
Adultos	54.5	28.9	8.0	9.9	6.5	3.7	2.9
Adultos mayores	71.4	28.6	16.5	2.5	3.8	6.4	2.3

Figura 15. Tipos de discapacidad en México.

Fuente: *Discapacidad en México 2010*.²⁴

2.5.2 Internacional

Actualmente no existe una medición real de la cantidad de niños con discapacidad, ya que la prevalencia de la discapacidad infantil varía considerablemente debido a los diferentes factores como el diseño en las preguntas, la metodología y el análisis de los estudios en los diferentes censos de cada lugar.

Reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2011, publicaron una cifra alarmante que se refieren a personas con discapacidad, haciendo notar que 15% de la población mundial es portadora de alguna discapacidad o discapacidad múltiple, a su vez la UNESCO refiere que 93 millones de esta población son menores de edad; dato que establecería que 1 de cada 7 personas en el mundo es portadora de alguna discapacidad.

Según los resultados del estudio Carga Mundial de Morbilidad, hay 93 millones (5,1%), o sea 1 de cada 20 niños de 0 a 14 años experimentan una discapacidad moderada o grave estas son cifras representativas ya que las limitaciones en los censos y encuestas generales de hogares reduce las estimaciones.²⁸

3. SALUD PÚBLICA

Para adentrarnos al tema de Salud Pública primero definiremos el concepto de salud que fue descrito en 1946 por el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y a su vez fue adoptado por la Conferencia Sanitaria Internacional ²⁹, la OMS define a la salud como: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es conveniente resaltar que no ha sido cambiada desde 1948.

Por consiguiente, compete el turno a Salud Pública llevar a cabo la disciplina que se encargada de la protección y mejora de la salud de la población humana, entre estos incluyen a las personas con discapacidad; pero a diferencia de la población en general, ellos tienen una enorme variabilidad en sus problemas de salud.³⁰

3.1 Discapacidad y problemas de salud para niños con discapacidad

Para los niños con discapacidad no solo su condición de salud los hace más susceptibles, si no también existen otros factores personales y factores ambientales que incrementan su vulnerabilidad, como lo es la desigualdad social, la pobreza (niveles de ingreso), los déficits culturales, el desempleo, la falta de acceso a la educación, así como también la atención sanitaria relacionada con las barreras que se presentan para la accesibilidad; por consiguiente, el desarrollo saludable del niño con discapacidad es de suma relevancia. ^{31,32}

3.2 Barreras Humanas

3.2.1 Barreras de asistencia médica

Las personas con discapacidad informan con frecuencia que el personal sanitario carece de las aptitudes para atender sus necesidades, que les es negada la asistencia debido a la falta de capacitación para poder tener el manejo correcto de esta población, donde son mal tratados por dicho personal al poseer actitudes negativas hacia ellos (Figura 16); que concuerda con lo que refiere la OMS donde la atención sanitaria de personas con discapacidad tiene tres veces más de probabilidad que se les niegue la Atención a la Salud y cuatro veces más que los traten mal en el Sistema de Salud, por consiguiente se debería capacitar a los servidores sanitarios y así mejorar su atención hacia estos seres humanos; por otro lado, el elevado costo de los servicios otra barrera para el uso de los establecimientos sanitarios.³³

Los niños con discapacidad corren mayor riesgo de violencia debido a la inclusión de un estigma (discapafobia), a la ignorancia sobre la discapacidad, así como la falta de apoyo social a las personas que cuidan de ellos.

Tomando en cuenta los derechos de los niños, las necesidades de la infancia y los diversos factores que entorpecen el acceso a dicha asistencia, hacen falta reformas en todos los componentes del Sistema de Asistencia Sanitaria que interactúan.³⁴



Figura 16. Derecho a la Igualdad

Fuente: Plantón por los derechos de la población en situación de discapacidad.³⁵

3.2.2 Barreras de comunicación

Desafortunadamente los mensajes proporcionados en las Instituciones de Salud no son los más idóneos y cuentan con barreras como son: el uso de letra pequeña o falta de versiones del material con letra grande, la no disponibilidad de Braille (Figura 17), falta de mensajes de salud auditivos, videos lectores de pantalla (videos que no tienen subtítulos) y comunicaciones orales que no están acompañadas de un intérprete de Lengua de Signos (como el lenguaje por señas).³⁶



Figura 17. Complicación de los niños con discapacidad visual

Fuente: Discapacidad visual. 37

También son barreras significativas para las personas con deficiencias cognitivas el uso de lenguaje técnico, las frases largas y palabras con muchas sílabas.³⁸

3.2.3 Barreras de política y legislación

Los gobiernos son los responsables de poder mejorar la salud de las personas con discapacidad mejorado el acceso a Servicios de Asistencia Sanitaria de buena calidad, accesibles y que utilicen de manera óptima los recursos, pero existen estas barreras que están ligadas a la falta del incumplimiento de las leyes, de programas, servicios o beneficios no regulados y de actividades no accesibles para las personas con discapacidades.

Se necesita evaluar las políticas vigentes y los servicios actuales con el fin de realizar cambios, determinando las prioridades para poder reducir las desigualdades sanitarias y planificar el mejoramiento del acceso y la inclusión para poder así cumplir con la Convención sobre los Derechos de

las Personas con Discapacidad y esto podría comenzar por incorporar la enseñanza de las diferentes discapacidades en los programas de pregrado y de educación continua de todos los profesionales de la salud a su vez capacitar a los demás integrantes de la comunidad sanitaria para que puedan participar en la prestación de servicios preventivos.³⁸

Como es de conocerse, en los lugares donde la atención de la asistencia sanitaria depende de seguros privados se procura que las personas con discapacidad reciban cobertura de los servicios, de este mismo modo se debe procurar que las personas con discapacidad se beneficien de los programas de Salud Pública de igual forma que la población en general. Se debería aplicar incentivos económicos para estimular a los proveedores de asistencia sanitaria a hacer accesibles los servicios y proporcionar exámenes, tratamientos y seguimiento integrales. Se necesita considerar opciones para reducir o eliminar los pagos directos por parte de las personas con discapacidad que no tienen otros medios de costearse los servicios de asistencia sanitaria.³⁹

3.3 Barreras Físicas

3.3.1 Barreras arquitectónicas

El entorno físico de una persona con discapacidad suele ser un problema de accesibilidad ya que, por la falta de tecnología, las barreras arquitectónicas no son las adecuadas, limitan el desplazamiento de estos individuos y crean obstáculos para usar los establecimientos de asistencia sanitaria.⁴⁰

Las barreras arquitectónicas se clasifican en 3 grupos:

- Barreras arquitectónicas urbanísticas: ausencia de señalamientos y obstáculos en las vías y espacios públicos, aceras, pasos de distinto nivel (Figura 18), parques y jardines no accesibles.



Figura 18. Recursos para niños con discapacidad.

Fuente: Miled Queretaro. ⁴¹

- Barreras arquitectónicas en la edificación: mala planificación y edificación, estas se encuentran en el interior de los hospitales, centros de salud contando con escalones, peldaños, pasillos, ascensores reducidos; en cuanto al consultorio: el sillón dental es demasiado alto, la escupidera no está acorde de sus necesidades, el apoyacabeza no genera confort, el brazo del sillón es otra de las dificultades. ⁴²
- Barreras de transporte: inaccesibilidad en el transporte público por falta de rampas, espacios insuficientes para la silla de ruedas, dificultad en los estacionamientos, falta de ascensores en el Sistema de Transporte Colectivo

4 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE PACIENTES INFANTILES CON DISCAPACIDAD

Los niños con Necesidades Especiales de Atención tienen más riesgo de sufrir problemas bucales, tales como: caries, enfermedad periodontal y mala oclusión como consecuencia de varios factores: el desequilibrio muscular, alteraciones en la masticación, disfunciones labiales, linguales, mala calcificación dentaria, consistencia blanda de los alimentos, disminución del flujo salival, prolongación del uso de la mamila y chupón, se observa con frecuencia mordida abierta anterior y apiñamiento inferior y se suma la ingesta de medicamentos azucarados dificultando mantener su salud bucal.⁴³

Como tal se puede decir que estos pacientes deben de tener una higiene oral adecuada durante toda su vida, iniciando desde edades tempranas sin embargo en algunos casos estará influenciada por la ayuda de padres o tutores.

Por lo tanto, es importante que la Educación para la Salud Oral se oriente a la población con Necesidades Especiales de Atención a través de Programas de Promoción de la Salud, prevención y control de las enfermedades bucodentales tales como: cáncer de boca o garganta, úlceras bucales, defectos congénitos (labio y/o paladar hendido), enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, maloclusiones entre otros a través de diferentes instituciones, así como de investigación para mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad.⁴⁴

En cuanto se refiere a la atención odontológica la OMS refiere que únicamente una cuarta parte de la población mundial con discapacidad ha recibido tratamiento dental, alrededor 700 millones de personas en el mundo no han recibido tratamiento dental alguno.³⁰

4.1 Institucional

Según la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS) creada por Acuerdo Presidencial el 4 de diciembre de 2000, su objetivo era promover la Integración Social de las Personas con discapacidad, a través de la cual se instituyó el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad creado el 13 de febrero de 2001, cuyo órgano de consulta e instancia de coordinación para las políticas, estrategias y acciones en materia de discapacidad constaba de 10 subcomisiones y entre ellas se encontraban la salud y seguridad social.⁴⁵

Los Institutos Nacionales de Salud son un conjunto de instituciones cuyo objetivo principal es la investigación científica en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, pero el Programa Nacional de Salud 2001-2006 demuestra lo contrario y ha considerado a la discapacidad como un grave problema de Salud Pública reflejando el sufrimiento de las personas por falta de equidad en la distribución de los recursos.

La estructura de la Clasificación de Instituciones de Salud está organizada en varios niveles. A continuación, se describirán como están organizados:

- Servicios en el primer nivel de atención: Prácticamente los Centros de Salud no participan en acciones de atención en niños con discapacidad, lo cual repercute negativamente ya que retrasa en forma considerable el diagnóstico y el tratamiento a los niños de este grupo.

- Servicios en el segundo nivel de atención: Este lo conforman hospitales y clínicas, donde por lo general no disponen de servicios de rehabilitación.
- Servicios en el tercer nivel de atención: Conformada por Institutos (IMSS, PEMEX, ISSSTE) sus recursos se encuentran limitados en cuanto a proporcionar servicios de rehabilitación.
- Servicios en el cuarto nivel de atención: Instituto Nacional de Rehabilitación esta cuenta con tecnología de punta, personal altamente especializado y calificado para la atención en niños con discapacidad.

Los servicios de rehabilitación pediátrica son impartidos en el Hospital Infantil de México, el Instituto Nacional de Pediatría y Hospital Pediátrico del IMSS, los cuales se encuentran insuficientemente desarrollados.

4.2 Particular

Es importante evaluar al paciente teniendo en cuenta las discapacidades que este mismo tiene; ya que la atención debe ser diferente para cada uno de ellos, se deberá comenzar con el acercamiento y buen manejo del paciente y así brindarle una seguridad tanto para el paciente como para los padres. Se inspeccionará la cavidad oral con la finalidad de saber el tratamiento que se necesita: limpieza dental, restauración de diente o extracción y si el procedimiento puede ser hecho en el consultorio o en ambulatorio, en hospital o clínica odontológica.⁴⁶

Cuando fue ya fue evaluado el paciente y el tratamiento se puede realizar en el consultorio será necesario un trabajo en equipo se estipulará

la decisión sobre la hora, siendo lo más adecuado la atención por la mañana y la duración de la consulta teniendo en cuenta la deficiencia de la persona.

El dentista deberá trabajar con un asistente que su función es tranquilizar al paciente, ayudarlo durante el procedimiento y cuidar que la consulta se desarrolle con agilidad y sin sobresaltos.

Para la atención de ellos se debe conversar con el responsable y tener una interconsulta con el médico tratante del paciente para saber la necesidad de medicación donde el refuerzo positivo y delicadeza son necesarios durante el tratamiento.

4.3 Consideraciones odontológicas

Utilizando el Modelo Médico se describirán las principales alteraciones orofaciales y dentales (Figura 19,20,21,22) que competen a los pacientes infantiles de acuerdo al tipo de discapacidad.



DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- Mayor incidencia de caries
- Gingivitis y enfermedad periodontal
- Bruxismo
- Psialorrea ocasional
- Conductas autolesivas
- Arcos dentales angostos y paladar profundo
- Hipoplasia del maxilar
- Maloclusión (mordida abierta anterior, mordida cruzada, apiñamiento grave)
- Macroglosia relativa (fundamentalmente en niños Síndrome de Down)
- Variaciones en los órganos dentales de tamaño (microdoncia)
- Variaciones en los órganos dentales de forma (fusión, geminación)
- Variaciones en los órganos dentales de número (agenesias)

Figura 19. Alteraciones orofaciales y dentales
Fuente: Marulana ⁴⁷ Lehl ⁴⁸
Fuente de imágenes: Directa. ⁵¹



DISCAPACIDAD MOTRÍZ / FÍSICA

- Mayor índice de placa dentobantera
- Gingivitis
- Mayor índice de caries
- Retraso en la erupción de dientes permanentes
- Bruxismo
- Psialorrea por incompetencia labial
- Defectos a nivel esmalte (hipoplasias)
- Maloclusiones (distoclusión, mordida abierta anterior, sobremordidas, apiñamiento)

Figura 20. Alteraciones orofaciales y dentales
Fuente: Abukabbos ⁴⁹
Martinez⁵⁰
Fuente de imágenes: Directa. ⁵¹



DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

- No presenta anomalías dentales propias
- Bruxismo
- Traumatismos dentales por crisis convulsivas
- Caries
- Imposibilidad de aceptar ayuda
- Comunicación paciente-odontólogo (indicaciones concisas, sencilla)
- pH bucal ácido por ingesta de medicamentos
- Gingivitis asociada a medicamentos



DISCAPACIDAD SENSORIAL

- No presenta anomalías dentales propias
- Bruxismo
- Hipoplasia y desmineralización
- Gingivitis por falta de coordinación visio/motora
- Traumatismos dentales

:

Figura 21. Alteraciones orofaciales y dentales

Fuente: Bimstein⁵² Clark⁵³

Fuente de imágenes: Directa.⁵¹

Figura 22. Alteraciones orofaciales y dentales

Fuente: Alzamora⁵⁴

Fuente de imágenes: Directa.⁵¹

4.4 Estrategias preventivas

Es de suma importancia concientizar a los padres sobre la atención precoz de la atención odontológica después del diagnóstico médico, para así, implementar medidas preventivas odontológicas en estos pacientes.

Los tratamientos preventivos⁵⁵ comienzan desde casa y deben ser llevados por los padres, cuidadores o tutores como se mencionará a continuación:

-

- Técnicas de higiene bucal, deben ser utilizadas desde la infancia utilizando un paño o gasa limpiando de manera cuidadosa.

Para los niños mayores que son reacios o físicamente incapaces de cooperar, el odontólogo debe enseñar al padre o tutor técnicas para llevar a cabo el cepillado al menos dos veces al día con una crema dental con flúor que contenga ingredientes antibacterianos y debe ser realizado de la siguiente manera: el niño debe estar parado o sentado frente al adulto de manera que el adulto pueda acunarlo la cabeza con una mano mientras que la otra está limpiando los dientes. Otra técnica, los padres se colocan sentados uno frente al otro teniendo sus rodillas en contacto, los glúteos del niño descansarán sobre el regazo de alguno de los padres, con el niño mirando hacia el operador (padre), mientras la cabeza del niño y los hombros yacen sobre las rodillas de la madre, esto permite a los padres un cepillado adecuado de los dientes de sus hijos.

Un programa de control de placa es esencial en el monitoreo de la higiene oral en el niño con discapacidad y así evitar una enfermedad periodontal.

Aunque lo más indicado es que los niños tengan ayuda de los padres o tutores, hay pacientes que pueden realizar por sí mismos la técnica de cepillado, pero debe ser una técnica de cepillado fácil y comprensible. Una técnica recomendada a menudo es el método horizontal con un cepillo de nailon suave y de cerdas múltiples; a los cepillos se les puede hacer modificaciones como una empuñadora con el fin de ayudar a los niños con discapacidad.

Dependiendo de la necesidad del paciente y la capacidad para poder realizar colutorios se puede recomendar un enjuague bucal antimicrobiano y/o con flúor como complemento.

- Dieta y nutrición influyen en la presencia de caries dental donde una dieta no cariogénica es la indicada para estos pacientes.

Se debe hacer énfasis en discontinuar el biberón a los doce meses de edad y cesar la lactancia después que los dientes comiencen a erupcionar para disminuir el riesgo a Caries de la Infancia Temprana.

- El uso de fluoruro tópico es importante en la gestión integral de cualquier paciente, pero en pacientes con altos índices de caries es recomendable un régimen diario de enjuagues con una solución de fluoruro de sodio al 0.05%. También ha sido utilizado la aplicación nocturna de fluoruro de estaño al 0.04% o un gel de fluoruro de sodio al 1.1% para disminuir la caries en niños

Los barnices de fluoruro presentan un contenido más elevado de flúor, entre 0.1% (1 000 ppm) y 2.26% (22 600 ppm), son de consistencia viscosa y endurecen en presencia de la saliva, con esta ventaja hace incrementar el tiempo de contacto entre el fluoruro y el diente, evita la ingesta residual de fluoruro, seleccionar con mayor exactitud las zonas del diente que se consideran de mayor riesgo, se libera de forma lenta y continuamente el fluoruro, asegurando mayor rango de prevención y ser efectivo a cualquier edad. Se han realizado estudios donde han demostrado una reducción de caries hasta de 50%, la evidencia científica comprueba que no aumenta la fluorosis y tiene una mayor eficacia. Se recomiendan 3 aplicaciones consecutivas en un período de 10 días, una vez al año, durante 3 años consecutivos. ⁵⁶

- Restauraciones preventivas como selladores de fosetas y fisuras reducen la aparición de caries oclusales en dientes primarios y dientes permanentes. Cuando un paciente quiere de intervención quirúrgica odontológica bajo anestesia general, las fosetas y fisuras oclusales profundas deben ser restauradas con amalgama o resinas para prevenir la ruptura y la caries futura. Los pacientes con bruxismo severo y con caries interproximal pueden necesitar que sus dientes sean restaurados con coronas de acero cromo para elevar la durabilidad de las restauraciones.
- Supervisión profesional regular es usual que los pacientes tengan revisiones cada 6 meses, pero para ellos es recomendable tener revisión cada 2 a 3 meses.

CONCLUSIONES

La presencia de discapacidad en la población infantil va en aumento a nivel nacional así como internacional.

En la actualidad en México las personas con discapacidad se enfrentan a diversas barreras, incluyendo la falta de programas enfocados a la atención odontológica de los niños con discapacidad la cual se considera como un problema de Salud Pública debido a incontables situaciones.

Capacitar a los familiares de niños con discapacidad como promotores de Salud Oral es una acción preventiva muy favorable que ayudaría a mejorar las condiciones de vida de la población infantil.

Es necesario evaluar las políticas vigentes de los servicios odontológicos actuales para realizar cambios, reducir las desigualdades sanitarias, mejorar el acceso y la inclusión para cumplir con el Derecho a la Salud que promueve la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Incorporar la enseñanza de la atención odontológica en los programas de pregrado y de educación continua de todos los profesionales de la salud es una iniciativa que ayudaría a resolver la problemática de la Salud Oral en los niños con discapacidad.

Discriminación, inaccesibilidad, falta de apoyo social, deficiente o nula capacitación del personal sanitario son algunos de los factores que han conllevado a hacer que la atención odontológica de niños con discapacidad sea considerada un problema de Salud Pública.

REFERENCIAS

1. Guenada ML, Barbier A, Eguíluz A. La salud es un estadio de completo bienestar físico, mental, y no simplemente la ausencia de enfermedad. *Revista de Traductología*. 2007; 11.
2. Salinas D. Trabajamos juntos por la Salud Bucal de personas con discapacidad. *Facultad de Odontología UNCuyo*. 2012; 6(1): p. 444
3. De la Barrera, Brogna P. *Odontología y discapacidad: acciones de atención, docencia, investigación y extensión*. CDMX: PUDH UNAM; 2016.
4. Página Oficial de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>. [Online]; 2016.
5. Fernández López, Fernández Fidalgo, Geoffrey R, Stucki G, Cieza. Funcionamiento y discapacidad: La clasificación del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*. 2009 Noviembre - Diciembre; 83(6).
6. Página Oficial de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Discapacidad_Tipos. [Online]; 2010 - 2016.
7. Luna González J. *TELETON: Una vida diferente. Discapacitados rechazo inevitable*. 2009 Octubre.
8. Ignacio Pérez J, Garaigordibil M. Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Rev Estudios de Psicología*. 2007; 28(3): p. 344.
9. Martino R H, Barrera L E. *El niño discapacitado Argentina: Nobuko*; 2003.
10. Sehwat N, Marwaha M, Bansal K, Chopra R. Cerebral Palsy: A Dental Update. *Clin Pediatr Dent*. 2014; 7(2).
11. Cartón Hernández JC. *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia*. Madrid: Editex; 2014.
12. Suárez R. En: *Diario de la Juventud Cubana*. Edición Digital 4 de Junio de 2012. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2012-06-04/el-aroma-de-los-colores/>

13. Discapacidad intelectual. México: Consejo Nacional de Fomento Educativo, Consejo Nacional; 2010.
14. Boj J, Catala M, Garcia Ballesta C, Mensoza A, Planello P. La evolución del niño al adulto joven. España: Ripano; 2012.
15. Llaguno J R. En: Institución Educativa. Vanguardia en Síndrome de Down. Disponible en: <http://www.tedi.org.mx/>. [Online].
16. Fernández MT. Discapacidad psicosocial: invisibilidad inaceptable. Revista de los Derechos Humanos. 2010 Noviembre;(11).
17. Chaná C. P, Albuquerque. La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2006 Junio; 44(2).
18. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Organización Mundial de la Salud , Ministerios de Trabajos y Asuntos Sociales; 2001.
19. www.webmati.es/index.php?option=com. [Online].
20. Rodríguez Díaz , V. Ferreira A. Desde la discapacidad hacia la diversidad funcional. Revista Internacional de Sociología. 2010; 68(2): p. 289-309.
21. Torices Rodarte I. La sexualidad y discapacidad física. 2nd ed. México: Trillas; 2006.
22. Debiase C B. Dental Health Education: Theory and Practice Philadelphia: Lea & Febigen; 1991.
23. Márquez Caraveo M, Zanabria Salcedo M, Pérez Barrón , Aguirre García I, Arciniega Buenrostro , Galván García CS. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. Salud Mental. 2011 sep./oct. ; 34(5).
24. Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013.
25. Página oficial Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Disponible en: www.inegi.org.mx. [Online].; 2010.

26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Datos Nacionales. México: 2013.
27. Página de Internet Salud en Familia.es. Gargantilla Madera P. Higiene personal. Disponible en:
<http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=528>
28. Informe Mundial sobre la discapacidad. Malta:, Organización Mundial de la Salud; 2011.
29. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2006. p. 1-3.
30. Página Oficial de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en:
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>. [Online].
31. Jiménez Lara. Salud pública y discapacidad. Cinca , editor. Madris; 2010.
32. Amante A, J. Vásquez A. Discapacidad lo que todos debemos de saber. Washington:, Organización Panamericana de la Salud; 2006. Report No. 616.
33. Estado Mundial de la Infancia 2013. Niñas y niños con discapacidad. Nueva York:, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Disponible en:
http://www.unicef.org/mexico/spanish/SPANISH_SOWC2013_Lo_res.pdf
34. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad. Malta: OMS/UNICEF; 2013.
35. Corporación Itagui Nueva Gente. Plantón por los derechos de la población en situación de discapacidad.
Disponible en: <https://corpong.wordpress.com/informes/>
36. Guía para la eliminación de las barreras de comunicación para personas sordas, sordociegas y con discapacidad auditiva. Federación Extremeña de Asociaciones de Personas Sordas.
37. Blog en Internet. Disponible en:
<http://discapacidadvisualum.blogspot.mx/2013/04/respuestas-educativas-para-ninos-que.html>. [Online].; 2013.

38. Página Oficial de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>. [Online].
39. Inclusión social, discapacidad y políticas públicas. UNICEF; 2005.
40. Polo Sánchez MT, López Justicia MD. Barreras de acceso al medio físico de los estudiantes con discapacidad motora de la Universidad de Granada. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*. 2005; 3(3): p. 121-132.
41. Artículo de periódico Edición en línea. Disponible en: <http://miledqueretaro.com.mx/queretaro/2016/04/02/pescaran-en-queretaro-recursos-para-ninos-con-discapacidad/>. [Online].
42. Gaitán HF, Sánchez Mendoza F, González Colmenares G. Barreras físicas y estructurales para el tratamiento odontológico de personas con discapacidad motora. *Artículos de investigación científica y tecnología*. 2013 Junio; 9(17): p. 41-46.
43. Serrano M, Torrelles A, Simancas P C. Estado de Salud Bucodental en Niños con Discapacidad Intelectual. 2011; 50(3).
44. Jerez. Salud Bucal y Discapacidad. *La Voz del Interior*. 2015 Dec.
45. Segura VH, Clemente Orozco J, Ibarra G. *Discapacidad y Salud*. 1st ed. México: TRILLAS; 2009.
46. Hojas informativas de la salud mental en la infancia temprana. Los niños y la Salud Mental. Minesota Associaton for Children's Mental Health. Disponible en: <http://www.macmh.org/wp-content/uploads/2010/06/ecfactspanfull.pdf>
47. Marulanda J, Aramburo E, Echeverri A, Ramírez K, Rico C. Dentistry for the Autistic Patient. *CES Odontología*. 2013 Septiembre; 26(2): p. 120-126.
48. Lehl G. Issues in the Dental Core of Children with Intellectual Disability. *Scientific Reports*. 2013; 2(3): p. 1-4.
49. Abukabbos H, Al-Sinnedi F. Clinical manifestations and dental management of dentinogenesis imperfecta associated with osteogenesis imperfecta. *The Saudi Dental Journal*. 2013 Noviembre; 25: p. 159-165.

50. Martínez P, ER. Problemas de Salud Oral en pacientes con parálisis cerebral y estrategias para su tratamiento. *Odonto Pediatric*. 2010 Diciembre; 9(2): p. 163-169.
51. Imágenes proporcionadas por López Morales PM.
52. Bimstein E, Wilson J, Guelmann M, Primosh R. Oral characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Spec Care Dentist*. 2008; 28(3): p. 107-110.
53. Clark D B. Dental Care for the Patient with Bipolar Disorder. *Journal of the Canadian Dental*. 2003 Enero; 69(1): p. 20-24.
54. Alzamora L, Bello Z, Rodríguez F. Diseño de Protocolo de Atención Odontológica a pacientes del Instituto para la habilitación del niño sordo de Cartagena Indias. *Ciencia y Salud Virtual*. 2009 Octubre; 1(1): p. 62-68.
55. Dean JA, Avery DR, Mc Donald RE. *Odontología para el niño y el adolescente USA: AMOLCA*; 2014.
56. Manual para el uso de fluoruros en la Republica Mexicana. México:, Secretaría de Salud. Disponible en:
[file:///C:/Users/Citlalli/Downloads/fluoruros%20dentales%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Citlalli/Downloads/fluoruros%20dentales%20(3).pdf)