



**Comportamiento Estomatológico en niños con retardo en el desarrollo psíquico. Gibara 2012.**

**Stomatological behavior in children with delayed psychic development. Gibara 2012.**

**Moraima Córdova Veja,<sup>1</sup> Cecilia Mayra Córdova Veja,<sup>1</sup> Laritza Ortega Pérez,<sup>2</sup> Elvia Elena Ruiz Campana,<sup>2</sup> Maricela Chapman Sánchez,<sup>3</sup> Anneli López Calzadilla.<sup>4</sup>**

1 Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral. Profesora Asistente.

2 Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral.

3 Profesora Instructor.

4 Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente.

Contacto: [mchapman@gibara.hlg.sld.cu](mailto:mchapman@gibara.hlg.sld.cu)

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el período de Enero a Mayo de 2012 con el objetivo de determinar el comportamiento de la atención estomatológica en niños con retardo en el desarrollo psíquico de la escuela Hipólito Calderón; así como (los objetivos específicos) El universo de estudio estuvo constituido por 44 estudiantes de la escuela Hipólito Calderón Los resultados del trabajo con número y por ciento.

## **ABSTRACT**

A descriptive cross-sectional study was conducted in the period from January to May 2012 with the objective of determining the behavior of dental care for children with retarded mental development of school Hipólito Calderón; and (specific objectives) The study group consisted of 44 students of the school Hipólito Calderón Work results with number and percent

## **INTRODUCCIÓN**

Los cambios ocurridos en Cuba a partir del 1959, han favorecido extraordinariamente las posibilidades de las personas discapacitadas de lograr una mayor integración social, son enormes los recursos puestos por la revolución a favor de las personas afectadas, el incremento de la educación de nuestro pueblo, el sentimiento de solidaridad humana que ha cultivado la revolución en los cubanos, el desarrollo de un sistema de salud y de educación

especial que ni en los países más ricos y desarrollados del mundo existe; son factores que han favorecido la inserción social del discapacitado.(1)

La atención bucodental es la única necesidad aún no cubierta en el tratamiento y rehabilitación de estos pacientes especiales, tanto en calidad como en cantidad. (2)

Si bien la Asamblea de las Naciones Unidas del 14 de enero de 1997 aprobó la Declaración de los Derechos de los Discapacitados, la odontología organizada todavía no ha asumido el problema en lo que a especialidad se refiere.

Al respecto dice el artículo 6: "El discapacitado tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de órtesis y prótesis, la rehabilitación médica y social o la educación; a la formación de profesionales, a las ayudas, consejos, servicios de empleo y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social" (Organización de las Naciones Unidas. Declaración de derechos de los discapacitados. Dirección Nacional de Rehabilitación de la Argentina. Buenos Aires, 1981). (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que dos tercios de estos pacientes no reciben atención bucodental, otros únicamente reciben tratamientos curativos o mutilantes, y unos pocos se ven beneficiados con la prevención. (4) El procedimiento ideal con estos niños es comenzar con una buena higiene oral e inculcarlos a programas preventivos, seguido de los tratamientos curativos.

La atención estomatológica a grupos priorizados se encuentra dentro de los objetivos del Programa Nacional de atención Estomatológica integral, la cual va a estar encaminada a mantener y/o mejorar su salud bucal, promoviendo salud y previniendo las enfermedades bucales así como garantizando su curación y total recuperación.(5)

En 1984 es creado en Cuba el Programa Nacional del Retrasado Mental pero a pesar de estar incluido dentro del programa de preparación de los EGI, estos niños han constituido un problema difícil del punto de vista estomatológico, motivado por su incapacidad física y mental que dificulta llevar a cabo un tratamiento dental, por lo que existe en general cierta tendencia a evitar el enfrentamiento con este tipo de pacientes y en la mayoría de los casos han recibido como único tratamiento la extracción de dientes, aun cuando se reconozca que la mejor respuesta al problema dental que presente es el tratamiento preventivo-curativo.(6)

La ignorancia, el temor a causar un daño, la falta de imaginación o de conocimiento de cómo desarrollar en ellos un tratamiento conservador, son los factores determinantes de soluciones extremas como las extracciones múltiples, sin tomar en cuenta las mutilaciones que ello significa, o bien directamente, el rechazo del paciente y la negatividad a su

atención. (7) En Cuba un cuarto de millón de la población padece en alguna medida de este problema, los cuales son diagnosticados según los criterios clínicos, psicométricos y socioescolar. (8)

El objeto de estudio de este trabajo son aquellos que se encuentran clasificados con Retardo del Desarrollo Psíquico, ellos se caracterizan por alteraciones en la memoria, la percepción, la atención y el pensamiento, una marcada impulsividad, pobreza de vocabulario, bajo nivel de generalización del lenguaje, así como también un bajo nivel de motivación para la actividad docente. (9)

Actualmente en todas las clínicas estomatológicas pueden ser atendidos los que se le puedan aplicar métodos convencionales, pero es lamentable lo que sucede, en realidad en la mayoría de los casos brindan la atención a aquellos que la solicitan en busca de la solución de una determinada urgencia sin llevar a cabo un tratamiento integral de todas las patologías bucales, lo que ha conllevado al deterioro progresivo de su salud bucal elevando así la prevalencia de las afecciones bucales en este grupo.

Justificación / Fundamentación

Los niños con retardo en el desarrollo psíquico tienen una mayor dificultad para lograr una correcta higiene bucal, ya que son niños que se caracterizan por alteraciones en la memoria, la percepción, la atención y el pensamiento, una marcada impulsividad, pobreza de vocabulario, bajo nivel de generalización del lenguaje, así como también un bajo nivel de motivación para la actividad docente. Son niños con una incorrecta higiene bucal, presentan caries, gingivitis, pérdida prematura de los dientes, maloclusiones basado en todo esto consideramos que sería muy satisfactorio realizar una correcta atención en la escuela en el sillón móvil con una estomatologa dedicada solamente a la atención esmerada y con mucho amor a estos niños con esta discapacidad.

Problema: Elevada presencia de enfermedades bucales en niños discapacitados por no cooperar correctamente ante el tratamiento estomatológico, así como temor al mismo. Por lo antes expuesto cabe interrogar ¿Cómo lograr contribuir a una correcta atención a estos niños con discapacidades mentales para mejorarles su salud bucal?

Es conveniente la necesidad de elaborar programas en diferentes horarios de trabajo tanto en la mañana como en las tardes y en pequeños grupos para trabajarles con mucho cuidado amor y humanismo ya que estos niños son muy difíciles de manejar en un sillón estomatológico, que estimule e incentive su cooperación y se apropien de conocimientos que conlleven a lograr cambios favorables de salud bucal.

Se considera que con el apoyo de los profesores y de la enfermera la atención a estos pacientes sea posible sin tener que acudir a un servicio especializado y se pueda actuar

sobre los factores de riesgo, nivel de conocimientos sobre salud bucal, modos y estilos de vida del paciente discapacitado mental.

Era un hecho común en el pasado, enterarse que el niño era portador de un Retraso Mental cuando después de iniciar la etapa escolar comenzaba a fracasar en el aprendizaje y a repetir grados. Cuando se analizaba la historia de su desarrollo, se encontraba que existía, en la mayoría de los casos, una historia de retardo en distintas áreas, eran con frecuencia niños que se demoraron para caminar, niños que su lenguaje en los primeros años de vida había sido pobre, o niños en los que se evidenciaban manifestaciones de retardo en la adquisición de habilidades motoras o dificultades en la integración social. (12)

El primer peldaño en el estudio de las enfermedades mentales, puede considerarse colocado por el médico griego Alcmaeon de Crotón (aproximadamente en el año 500 a.n.e.), al plantear que el órgano del cuerpo donde se captaban las sensaciones, se generaban las ideas y se permitía el conocimiento, era el cerebro. Aunque su concepción no se atiende íntegramente a las implicaciones de este órgano, tuvo la agudeza de descubrir su importancia. (13)

Esta idea fue posteriormente tomada y desarrollada por Hipócrates, el padre de la medicina (460-377 a.n.e.). En su opinión los desórdenes mentales eran consecuencia de enfermedades del cerebro, e intentó explicar de forma coherente todas las enfermedades mentales a partir de causas naturales, este constituyó uno de sus principales méritos. En sus escritos menciona la anencefalia, así como otras malformaciones craneales asociadas a un severo retraso mental. (14)

#### **Manejo del paciente retrasado mental:**

Se consideran retrasados mentales aquellas personas que presentan desarrollo anormal de los problemas psíquicos fundamentales, los cognoscitivos superiores, o sea los que tienen defectos estables de su actividad cognoscitiva (la percepción, los procesos voluntarios de la memoria, el pensamiento lógico-verbal, el lenguaje y otros), a consecuencia de una lesión orgánica cerebral.

#### **Clasificación de los diferentes niveles de retraso mental:**

- Retraso mental fronterizo
- Retraso mental ligero
- Retraso mental moderado
- Retraso mental severo
- Retraso mental profundo

#### **Según la etiología clasifican en:**

\*Retraso mental como resultado de anomalías cromosómicas.

\*Formas enzimopáticas de retraso mental.

\*Retraso mental como resultado de influencia y exógenas prenatales embriopatía y fetopatías.

\*Retraso mental como resultado de influencias patógenas postnatales.

\*Retraso mental determinado por otras causas.

Desde el punto de vista práctico, se ha observado que el tratamiento de las lesiones bucodentales a los pacientes con retraso mental, resulta muy difícil de realizar debido a la complejidad de su atención. En su gran mayoría, son pacientes afectados severamente, con trastornos de la función motora, debilidad muscular, espasticidad o flacidez, escasa coordinación vasomotora, temblores o rigidez y algunos con afectación de los músculos masticadores y del cuello. (16)

### **Las alteraciones bucales más frecuentes en los impedidos físicos y mentales**

- Caries Dental.
- Malformaciones de dientes y maxilares.
- Arcos dentales angostos, largos, con paladares profundos en los pacientes con parálisis cerebral, sobre todo en los atetósicos.
- Maloclusión grave, macroglosia, fundamentalmente en enfermos con Síndrome de Down.
- Complicaciones en la deglución y el habla.
- Dientes y huesos pobremente calcificados.
- Encías hiperplásicas e inflamadas, sobre todo en los respiradores bucales y epilépticos.
- Encías hiperplásicas en los pacientes con tratamiento con Fenitoína.
- Bruxismo.
- Cálculo supra y subgingival.
- Periodontopatías severas.
- Terceros molares retenidos y semiretenidos.
- Infecciones micóticas.
- Sepsis oral generalizada.
- Quistes paradontales y residuales.

La extensa patología bucodentaria presente en estas personas es bien conocida desde la antigüedad. Muchas son las causas que pudiéramos apuntar en la explicación de este tipo de patología, aunque la falta de higiene se considera un factor determinante.

El tratamiento de afecciones puede realizarse según haya sido clasificado el niño ante la atención ambulatoria ya sea convencional (en clínicas o servicios estomatológicos de su

área de salud) y no convencional se brinda en cada uno de los municipios cabeceras de provincia, en hospitales pediátricos y clínico- quirúrgicos que se consideren necesarios y factibles en cada lugar.

Una vez que esté decidido hospitalizar al niño debe ser con la debida autorización del familiar o persona que lo atiende, quien lo llevara a ingresar, lo primero que se le realiza será la historia clínica, en el caso que no se le puede realizar el examen bucal completo en ese momento, porque las condiciones mentales del paciente no lo permitan, dicho examen se completará cuando el paciente sea anestesiado. El tratamiento se realiza por hemiarcadas, tratando de hacer la rehabilitación bucal en un solo tiempo operatorio y con la calidad requerida. (17)

### **Características de los paciente con Retardo en el Desarrollo Psíquico o con dificultades en el aprendizaje**

*La primera* y más importante característica de los pacientes con retardo en el desarrollo psíquico o con dificultades en el aprendizaje es su lentificación en los procesos cognoscitivo, es a su vez la característica que más rápido se aprecia y por la que generalmente los maestros y familiares los identifican. Esta característica es un resultado o clínicamente, un síntoma; es un producto de lo que se denomina una dinámica causal, dado que en dicha causa están estrechamente unida las condiciones biológicas, identificadas por una pequeña lesión, una disfunción cerebral, una inmadurez del sistema nervioso; en estrecha relación con una educación inicial o temprana y preescolar desde los primeros días de nacido el niño.

*La segunda* gran característica es que en ellos se observa una mayor tendencia a asimilar la ayuda y más rápidamente que otros tipos de niños con necesidades educativas especiales, pueden llegar a realizar la tarea de forma independiente, o sea, con mayor rapidez que los otros con necesidades educativas especiales (NEE) y con menos que con aquellos que no presentan ningún tipo de dificultad logran hacer sin ayuda lo que antes hacían con la ayuda de los familiares, maestros, coetáneos más avanzado, el grupo escolar, los medios masivos y todos aquellos medios que siendo portadores de contenidos de la cultura interactúan con los niños (18)

Esta segunda característica es la que nos permite decir que este tipo de escolar posee mayores potencialidades que los escolares con retraso mental y semejante a los escolares sin dificultad. Por ellos también, el enfoque histórico cultural es el que mejores explicaciones brinda, para poder comprender la problemática de este tipo de pacientes y sobre todo, su perspectiva de educación, formación y desarrollo.

*La tercera* característica general, es que con una educación y enseñanza que tenga como propósito promover el desarrollo psicológico infantil, los problemas cognitivos y

educacionales ceden y los escolares, con estas características, en un determinado período de tiempo; eliminan o compensan las dificultades que presentan. Se estima que entre dos años o tres en un proceso de educación desarrolladora y compensatoria, las dificultades en el aprendizaje y sobre todo del desarrollo psíquico debe ceder. (19)

## **Objetivos**

### **General**

Determinar el comportamiento de la atención estomatológica en niños con retardo en el desarrollo psíquico de la escuela "Hipólito Calderón". Gibara enero/mayo2012

### **Específicos**

Distribuir la muestra según grupos de edad y sexo

Determinar las afecciones bucales y factores de riesgo más frecuentes

Identificar la cooperación de los pacientes al tratamiento con caries dental según acompañante en el momento de la atención.

## **METODOLOGÍA**

Con el objetivo de determinar el comportamiento de la atención estomatológica en niños con retardo en el desarrollo psíquico de la escuela "Hipólito Calderón"; se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a los 44 niños discapacitados con retardo en el desarrollo psíquico pertenecientes a la escuela Hipólito Calderón. El estudio se realizó en el período de Enero a Mayo de 2012.

### **Criterios de Inclusión**

Consentimiento informado para participar en la investigación.

Niños de 6 a 14 años con retardo en el desarrollo psíquico pertenecientes a la escuela especial "Hipólito Calderón Menéndez".

### **Criterios de Exclusión**

Niños con otra deficiencia en el desarrollo que no fuese Psíquica.

### **Criterios de salida**

Niños que se ausentaron siendo citados en varias ocasiones.

## **Ética**

Primeramente se recogió el consentimiento informado de los padres para la atención de los niños en la investigación. (Anexo # 1) No se les sometió a riesgos adicionales, se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida.

## **Operacionalización de las variables.**

| <b>Variables</b> | <b>Clasificación</b> | <b>Escala</b>                          | <b>Descripción</b>                                     |
|------------------|----------------------|--|--|
| Edad             | Cualitativa discreta | 6-8 años.<br>9-11 años.<br>12-14 años. | Según años cumplidos en el momento de la investigación |

|  |                                |                      |   |
|--|--------------------------------|----------------------|---|
| Sexo   | Cualitativa nominal dicotómica | Masculino y Femenino | Según sexo biológico  |
| Caries Dental  | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No             | Según Observación clínica. (anexo-2)<br>Si: Cuando en el examen bucal se observa caries que no es más que una enfermedad multifactorial, bacteriana y post. eruptiva, destructiva del diente del hombre o de cualquier forma de vida que posea dentición clasificada cuya etiología está asociada con la flora bacteriana oral.<br>No: cuando el diente esta sano.                                  |
| Afección gingival  | Cualitativa nominal dicotómica | Si<br>No             | Según Observación clínica. (anexo-2)<br>Si: cuando hay gingivitis se observa afectación a los tejidos superficiales del periodonto, los procesos destructivos y reparativos en el tejido ocurren simultáneamente, y son los responsables de las alteraciones en las características normales de la encía y determinan el aspecto anatomoclínico de la gingivitis.<br>No: cuando la encía esta sana. |
| Maloclusiones  | Cualitativa nominal dicotómica | Sí<br>No             | Según Observación clínica. (anexo-2)<br>Sí: Cuando en el examen bucal observamos la presencia de:<br>-apiñamiento dentario,<br>- vestibuloversión<br>- mordida cruzada<br>-Resalte aumentado<br>-Hiperdaquia.<br>-Relación de molares (clase II, clase III)<br>No:  |
| Cooperación al tratamiento para la caries dental con Acompañante | Cualitativa nominal politómica | Si<br>No             | Maestra<br>Enfermera<br>Mamá.   |

### **Procedimientos y Técnicas para la recolección de la información**

Los Métodos utilizados en la investigación fueron los siguientes:

Del nivel teórico:

Análisis- Síntesis: Para procesar la información objeto de la investigación.



Histórico- Lógico: Al abordar la información que existe sobre el problema

Inductivo- Deductivo: Para asumir criterios y enfoques que existían sobre el tema e integrar el contenido.

Enfoque sistémico: Permite la relación entre las actividades planificadas dentro del programa educativo

Del nivel empírico.

Observación.

1-Mediante la cual se realizó el examen clínico y se determinaron las afectaciones bucales de caries, periodontopatías y maloclusiones (Según Programa Nacional de estomatología (Anexo-2)

### **Técnica y procesamientos de Datos**

Para el análisis o interpretación de los resultados, se empleó el análisis porcentual y se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas.

Para el objetivo # 1.

Se distribuyó a la muestra estudiada según grupos de edades y sexo

Se calculó la frecuencia absoluta y relativa (# y %)

Para el objetivo # 2.

Se identificaron las enfermedades y factores de riesgo presentes en los niños estudiados y se distribuyeron por grupos de edades y sexo.

\*Se calculó la frecuencia absoluta y relativa (# y %)

Para el objetivo # 3.

Se distribuyó la muestra estudiada según la cooperación de los pacientes con el tratamiento de la caries teniendo en cuenta el acompañante en el momento de la atención

Se calculó la frecuencia absoluta y relativa (# y %)

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Tabla No.1. Distribución de los niños con retardo en el desarrollo psíquico según grupos de edades y sexo. Gibara. Año 2012.

| Grupo de Edades | Sexo      |       |          |       | Total |       |
|-----------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
|                 | Masculino |       | Femenino |       | No.   | %     |
|                 | No.       | %     | No.      | %     |       |       |
| 6-8 años        | 13        | 29.54 | 10       | 22.72 | 23    | 52.27 |
| 9-11 años       | 7         | 15.90 | 6        | 13.63 | 13    | 29.54 |
| 12-14 años      | 4         | 9.09  | 4        | 9.09  | 8     | 18.18 |
| Total           | 24        | 54.54 | 20       | 45.45 | 44    | 100   |

En la Tabla No. 1 se presentan los pacientes estudiados según grupos de edades y sexo, predominando el masculino con 54.54 % de los pacientes estudiados. El grupo de edades más representativo dentro de la muestra fue el de 6 a 8 años, con el 52.27 %.

Tabla No. 2. Afecciones bucales de niños(as) con retardo en el desarrollo psíquico según grupos de edades. Gibara. Año 2012.

| Grupos de Edades   | Niños(as) con afecciones bucales |       |            |       |               |       |
|--------------------|----------------------------------|-------|------------|-------|---------------|-------|
|                    | Caries Dental                    |       | Gingivitis |       | Maloclusiones |       |
|                    | No                               | %     | No         | %     | No            | %     |
| 6-8 años<br>N= 23  | 12                               | 52.17 | 5          | 21.73 | 7             | 30.43 |
| 9-11 años<br>N= 13 | 5                                | 38.46 | 1          | 7.69  | 2             | 15.38 |
| 12-14 años<br>N= 8 | 2                                | 25.00 | 1          | 12.50 | 0             | 0     |
| Total<br>N= 44     | 19                               | 43.18 | 7          | 15.90 | 9             | 20.45 |

Al analizar las afecciones bucales que están afectando este grupo priorizado, se observa en la Tabla No.2 que la caries dental fue la patología más frecuente, pues el 43.18% de la muestra presentó esta enfermedad. Los resultados del presente estudio corroboran que la salud bucal de los niños(as) discapacitados se encuentra bastante afectada, dada por la alta prevalencia de las afecciones bucales como las *caries*, *periodontopatías* y *maloclusiones*. Comparando los resultados de este trabajo con el estudio realizado por Muñoz Fernández L. (2) en la provincia de Camagüey, nuestros resultados son menos alarmantes, ya que ellos encontraron que la caries dental afectaba al 81 % y la enfermedad periodontal (gingivitis) al 73%.

Tabla No. 3. Cooperación de los pacientes con caries dental según acompañante en el momento de la atención.

| ACOMPañANTES                       | No | %    |
|------------------------------------|----|------|
| Los que acudieron con la maestra   | 7  | 36.8 |
| Los que acudieron con la enfermera | 10 | 52.6 |
| Los que acudieron con su mamá      | 2  | 10.5 |
| Total                              | 19 | 100  |

Analizando la tabla anterior sobre la cooperación de los pacientes con caries dental según acompañante en el momento de la atención pudimos observar que los que acudieron con su mamá no se dejaron atender, solo cooperaron al tratamiento los que asistieron con la maestra y la enfermera.

La discapacidad o retraso mental, es una alteración que se presenta con cierta frecuencia en la población infantil. Estos niños presentan características específicas que influyen en sus problemas de salud bucal y en su tratamiento. (22)

Las afecciones bucales que con mayor frecuencia se encuentran en los discapacitados son las *caries dental*, que afecta más del 90 % de la población, enfermedad infecto contagiosa, transmisible y prevenible. La *gingivitis* afecta aproximadamente el 80 % de los niños en edad escolar y en un tercer lugar las *maloclusiones* que en nuestro país se comporta con un 33.2%. (17) En nuestro estudio las *maloclusiones* ocuparon el segundo lugar en frecuencia y la incidencia de estas patologías fue menor que lo reportado por la bibliografía consultada, aunque de todas formas creemos que debemos tener una mayor vigilancia epidemiológica en este grupo para prevenir y disminuir estas patologías.

Al comparar con un trabajo realizado en niños con necesidades de atención especial, (23) el 100% presentó caries, el 68% gingivitis y el 4% maloclusiones. De lo anterior ellos concluyen que la presencia de dichas patologías en personas con necesidades especiales atienden a diversos factores ya sea de carácter personal, social y económico.

No se ha encontrado ningún estudio precedente en Cuba que brinde los conocimientos necesarios sobre el estado de salud bucal de pacientes con *retardo en el desarrollo psíquico*. Hay diversos estudios que hacen referencia al comportamiento de estas enfermedades en Cuba y en numerosos países, pero referentes a otros tipos de discapacidades físicas y mentales. Es necesario tener cuidado cuando se comparan resultados de estudios independientes llevados a cabo en diferentes países, así como de distintas discapacidades, ya que esto podría invalidar las comparaciones. Por esto la discusión de esta investigación ha sido dirigida fundamentalmente hacer mención a los aspectos novedosos aportados por la investigación.

Los resultados de este estudio mostraron, que la salud bucal de los niños(as) discapacitados se encuentra bastante afectada, dada por la alta prevalencia de las afecciones bucales como las caries, maloclusiones y periodontopatías, esto demuestra que en ocasiones no se cumple debidamente con las tareas contenidas en el programa preventivo –curativo implantado en Cuba para la atención al paciente discapacitado como programa priorizado dentro de la atención primaria de salud.

La deficiencia en la forma y frecuencia del correcto cepillado dental, estuvo determinada al no lograr el propósito de controlar la placa dental, elemento importante para prevenir la caries dental, así como la enfermedad periodontal, fundamentalmente por el papel determinante que tiene la misma en la causa de ambas afecciones. (26)

La higiene bucal es la clave de la prevención de la caries y la base del éxito del tratamiento de la gingivitis. Muchos de los fracasos del control de las dos grandes enfermedades producidas por la placa bacteriana, pueden atribuirse a la higiene inadecuada. (27)

La presencia de factores de riesgo como los biológicos, hábitos deformantes, las extracciones prematuras, así como la deficiente odontología restauradora realizados en estos pacientes, son factores que han favorecido a la aparición de maloclusiones.

Las maloclusiones son muy frecuente en este tipo de pacientes dado por una serie de factores de riesgos presentes en ellos, es muy difícil la colocación y mantenimiento óptimo de la aparatología ortodóncica en la boca de estos niños. Dado por sus características especiales se debe hacer énfasis en la ortodoncia interceptiva. (28)

Con respecto a los factores de riesgo para la salud bucal, la dieta cariogénica es muy común en niños con deficiencias mentales, pues la familia para superar las frustraciones causadas por ellos, frecuentemente los complacen con dulces y caramelos para brindarles sobreprotección y afecto. Esto se corresponde con los resultados de este trabajo.

Por otra parte jugó un papel importante en ellos el desconocimiento sobre los aspectos importantes para la salud bucal y esto se debe a que en la práctica diaria la educación para la salud en este grupo priorizado no es buena. Es una tarea constante y cada vez mayor la que se traza Cuba para elevar cada día más los niveles de conocimiento sobre salud buco dental en toda la población, por la importancia que esto requiere para la salud integral del individuo, a pesar de esto, los resultados encontrados durante la primera etapa de este trabajo no fueron nada alentadores.

De modo general existe un mito de que los niños con deficiencias mentales son resistentes en cuanto a las posibilidades de lograr una higiene bucal adecuada.(29) No se debe ser categóricos ni generalizadores al abordar estos elementos ya que no todos presentan la misma discapacidad, y con un trabajo integral de promoción y educación para la salud se pueden lograr cambios favorables en ellos como lo demuestra los resultados de este trabajo que después de aplicado el programa educativo propio para este tipo de pacientes se obtuvieron resultados muy satisfactorios.

Existen otras formas frecuentes para educar a estos pacientes especiales en temas de salud oral y son los juegos didácticos (30), un estudio realizado por Gómez SS, y col (31) ellos incluyen dentro de su programa preventivo algunas formas de juego para motivar a los niños, el 92,8% manifestó conocer el cepillo de dientes. El 39,1% tiene el hábito del cepillado dental a la mañana. El 26,6% dijo hacerlo varias veces al día. Ante la lámina de "importancia de los dientes", el 60% tiene información aceptable, y el 22,5% dice no consumir "muchos caramelos durante el día".

Educar a padres y personal que se encarga del cuidado del discapacitado más que al propio niño es una tendencia que existe en el mundo actual, varios artículos muestran mayor interés en elevar los conocimientos de padres y educadores. (32, 33, 22) En Cuba el enfoque es totalmente distinto ya que la educación en salud tiene carácter integrador mirando al individuo como un todo dentro del proceso de Salud-Familia y Comunidad. Una *triada* que no debe ser violada, en la educación para la salud, pero siempre partiendo de que es al propio individuo al que hay que proporcionarles los medios y métodos para lograrlo.

### **CONCLUSIONES**

Predominó el sexo masculino y el grupo de edades de 6 a 9 años.

Se encontró que la enfermedad bucal más frecuente fue la caries

Se determinó que los niños que asistieron a la consulta con su mamá no se dejaron atender no así los que acudieron con las maestras y la enfermera.

### **RECOMENDACIONES**

Aplicar el programa de atención estomatológica en el sillón móvil cada 6 meses a estos pacientes.

Incluir en el programa de atención estomatológica de estos niños con discapacidad a las maestras y enfermeras de la escuela para lograr la mejor cooperación de los mismos.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Tan Castañeda N, Rodríguez Calzadilla A. Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral. Rev. Cubana Estomatol 2002; 38(3): 181-91.
2. Muñoz Fernández L; Arias Herrera S; Romero González C. Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. Archivo Médico de Camagüey 2007; 9(4)
3. Vigilancia y evaluación de la salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, No. 782, 1989.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud Oral. (Fecha de acceso 2008/04/04). URL disponible en <http://www.paho.org/Spanish/gov/cd/doc259.pdf>
5. Tesini, D.A.; Fenton, S.J.; Cuidados dentales en personas con incapacidades físicas o mentales. Dent. Clin. North. Am. 2007; 461-79.
6. Pineda Rodríguez I, Mulet Sarmiento D, García Pérez D, Rosales Álvarez JM. Aplicación de la educación para la salud en pacientes del Hogar Impedidos Físicos y Mentales de Holguín. Bol Estomatol Acción 1999; 1(1):8- 12.
7. Muñoz Fernández L; Arias Herrera S; Romero González C. Diagnóstico de salud bucal en niños con retraso mental ligero. Archivo Médico de Camagüey 2008; 9(4)

8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. La atención pública y la atención a las personas discapacitadas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1997.
9. Vlasova, T.A.; V.I. Lubovsky: A. Tsipina Niños con retardo en el desarrollo psíquico. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, (1992)
10. Vigilancia y evaluación de la salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, No. 782, 1989.
11. Castellanos J, Gray O, Diaz L. Medicina en Odontología. Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades Sistémicas. Mexico. Editorial en Manual Moderno. 1996. 185-23.
12. Peñaranda, P. Importancia de la Psicología en Odontología. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología. Revista Acta Odontológica Venezolana. Vol 28 (2-3). Mayo-Diciembre. 1990.
13. Colectivo de Autores: Estudio psicosocial de las personas con discapacidades y estudio psicopedagógico, social y clínico-genético de las personas con retraso mental en Cuba. Casa editorial Abril, Habana, Cuba 2007.
14. Nielsen, L. A. "Caries Among Children with Cerebral Palsy: Relation to C.P. - Diagnosis, Mental and Motor Handicap". ASDC-Journal of Dentistry for Children. Jul-Aug.; 57 (4): 267-73. 2008
15. Massler, M. La Psicología en Odontología para Niños. Odontología Clínica de Norteamérica. Serie 6, Vol. 18. Editorial Mundi, S.A. Buenos Aires. 1974
16. Pieper, K., Huttman, G., "Caries and Gingivitis Prevention in Handicapped Children and Youth. Part 3. Five Year Results". Dtsch. Zahharztl Z. 2007. Jul.; 44 (7): 521-4.
17. Rodríguez Calzadilla A. Programa de atención estomatológica a la población con retraso mental. Rev Cubana de Estomatol 1999; 27(4):409-13.
18. Domishkievich, S.A. Características productivas y dinámicas de la actividad intelectual de niño con retardo en el desarrollo psíquico, Tesis de doctorado. Academia de Ciencias Pedagógicas de Moscú. (Fecha de acceso 2011/12/16) Disponible en: <http://www.accesosis.es/carlosegea/paradigm.Htm>.2008.
19. Lubovski, V.I. La actividad nerviosa superior y las particularidades psicológicas de los niños con retardo en el desarrollo psíquico. En Revista Defectología No.4. Academia de Ciencias Pedagógicas de Moscú. (Fecha de acceso 2011/12/18) Disponible en: <http://www.accesosis.es/carlosegea/paradigm.Htm>.2008.
20. Goerdts A. Prevención de discapacidades y rehabilitación. Rev de la OMS 1995;48(5):4
21. Verdugo Alonso MA. El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AARM. Rev Siglo Cero; 2009; (153):63-69.

22. Abreu MHNG. Portadores de deficiencias: de incapaces a participantes co-asistido no promoção da saúde bucal. *Rev Belo Horizonte* 2007; 145.
23. Irigoyen ME, Zepeda Marco A, Sánchez L, Molina N. Prevalencia e incidencia de caries dental y hábitos de higiene bucal en un grupo de escolares especiales del sur de la Ciudad de México: Estudio de seguimiento longitudinal. *Rev ADM* 2007; 58(3): 99-104.
24. Ravaglia C. El problema de salud bucodental de los pacientes discapacitados y/o especiales en América Latina. *Rev Fola Oral* 2007; 3(9):162-5.
25. Álvarez Amadeo A y col. Estado de salud bucodental en pacientes con capacidades diferentes y sus diversas patologías. *Rev Cubana Estomatol* 2002; 40(2).
26. Jiménez Acosta A, Caballo Guerra M. Consejos sanos para toda la familia sobre salud bucal. XVI Congreso Nacional de Estomatología. 27-31 de marzo de 2002. Varadero, Cuba: Centro de Convenciones Plaza América; 2002. p. 113.
27. Hernández Pereira J, Tello de Hernández T de J, Ochoa Ruiz GM. Alteraciones bucales en niños con Síndrome de Down en el estado de Yucatán. *Rev ADM* 2008; (2):91-6.
28. Chauchu S, Shapira J, Becker A. The orthodontic treatment of children with disabilities. *Refurt Hapeh Vehashinoyen* 2007; 18(2):42-50.
29. Bullón Fernández P, Machuca Portillo G. La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos. Madrid: Editorial Laboratorio Norman, 2008.
30. Regina Sinkoç C. Educação em saúde bucal e a motivação do paciente. *Rev Odontol Univ Santo Amaro* 2009; 6(1,2):40-3.
31. Pirela de Manzano MA, Zalazar CR, Manzano MA. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. *Acta Odontol Venez* 1999; 37(3):193-8.
32. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sir* 2009; 109 (1): 20.
33. Hernández Pereira J, Tello de Hernández T de J, Ochoa Ruiz GM. Alteraciones bucales en niños con Síndrome de Down en el estado de Yucatán. *Rev ADM* 2007; (2):91-6.