

Influencia del nivel de educación sanitaria de los padres o apoderados en el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental

Lourdes Ángela Benavente Lipa¹

¹ Departamento Académico Estomatología Biosocial. Facultad de Odontología de la UNMSM. Lima - Perú.

Influence of parents' sanitary education level on health state and buccal hygiene of children with mental retardation

Correspondencia:
Mg Lourdes Ángela Benavente Lipa
Facultad Odontología, UNMSM
Av. Germán Amézaga s/n, Lima, 1 Perú.
e-mail: lbenaventel@unmsm.edu.pe

Resumen

El propósito de esta investigación fue evaluar la influencia del nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados sobre el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental. Se realizó una investigación de tipo analítico y de corte Transversal. La muestra estuvo conformada por 58 niños de ambos géneros con retardo mental leve o moderado entre los 6 y 14 años de edad, quienes acudieron con sus padres o apoderados. La evaluación del nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de los padres o apoderados, se realizó mediante un cuestionario semi-estructurado, los que clasificaron en dos grupos, de nivel de educación sanitaria sobre salud bucal bajo y medio, los niños fueron seleccionados intencionalmente y equitativamente por cuotas de acuerdo a los niveles de educación sanitaria de sus padres o apoderados y examinados clínicamente a luz natural, utilizando los siguientes índices epidemiológicos: Caries (CPOD-ceod), Índice de placa dental de Greene y Vermillion modificado (IHOS) y el índice gingival de Løe y Silness modificado (IG).

Al relacionar el Nivel de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal de Padres o Apoderados con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental, se observó que el 62,1% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal presentaron un estado de salud e higiene bucal malo en comparación con el 65,5% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Medio de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal que presentaron un estado de salud e higiene bucal regular, se halló diferencia estadísticamente significativa al aplicar la prueba χ^2 ($p=0,036$).

Por tanto se deduce que el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal que poseen los padres o apoderados, está relacionada con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental leve o moderado estudiados.

Palabras Clave: Educación Sanitaria, Salud Bucal, higiene bucal, retardo mental.

Abstract

The purpose of this investigation was to evaluate the influence of parents on the level of sanitary education on buccal health and buccal hygiene on children with slight or moderate retardation. An analytic type and cross-sectional investigation was made. The sample was conformed by 58 children of both sexes from slight or moderate mental retardation between 6 and 14 years of age, who were accompanied by their parents. The evaluation of the level of sanitary education on buccal health of the empowered parents or parents, was made by means of a semi-structured questionnaire, classifying them in two groups, low and average levels, the children were selected intentionally and equitably at the levels of sanitary education of their parents and clinically examined at natural light, using the following epidemiologist factors: Decay (CPOD-ceod). Greene and Vermillion modified dental plaque (IHOS); Løe and Silness Gingival modified rate(IG).

When relating the level of sanitary education on buccal health of parents to the state of health and buccal hygiene of the children with mental retardation, it was observed that 62,1% of the children whose parents had low sanitary education on buccal health they presented a bad state of health and bad buccal hygiene in comparison with 65,5% of the children whose parents had an average level of sanitary education on buccal health which presented a state of health of regular buccal hygiene, there was a statistically significant difference when applying test χ^2 ($p=0.036$). Therefore it is deduced that the level of sanitary education on buccal health of parents, is related to the state of health and buccal hygiene of the children with slight or moderate mental retardation studied.

Key words: Sanitary education, buccal health, buccal hygiene, mental retardation.

Introducción

No existe en el mundo un reporte completo sobre el estado de salud y bienestar de las personas con Retardo Mental (RM), se sabe que tienen necesidades terapéuticas acumuladas

no satisfechas, por múltiples motivos como desconocimiento de los padres, apoderados o tutores respecto de las atenciones especiales que se les debe brindar para incorporarlas de manera eficaz a la sociedad.^{2,16,17,19} El Censo de 1993 en el Perú reporto que alrededor

del 1,3% de la población es minusválida, de ellos el 12,4% padece de RM, la mayoría procede del nivel socio económico de extrema pobreza⁵.

Educación Sanitaria sobre Salud Bucal.- Es el nivel de conocimientos que poseen las personas acerca de

la situación de salud o enfermedad, y que se puede medir a través de la identificación de factores de riesgo, se evidencia por su capacidad de prevenirlos y/o controlarlos a nivel individual o grupal.

Estado de Salud e Higiene Bucal.- Es la situación de salud-enfermedad bucal del niño, que se puede medir a través de indicadores como: Salud Dental (COPD-ceod), Salud Gingival (IG) e Higiene bucal (IHOS).

Retardo Mental.- El Retardado Mental, es una persona con CI (Coeficiente Intelectual) inferior a lo normal que se desarrolla desde su infancia, persistiendo toda su vida, la que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de adaptación: Comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, auto-control, salud, seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo, pero a menudo, tienen potencialidades en otras áreas adaptativas o capacidades personales.^{5, 10, 35, 36}

Causas de los problemas de la Salud Bucal en niños Discapacitados.- Condiciones orales particulares, limitaciones físicas lo que representa una dificultad para cepillarse y usar el hilo dental, cantidad reducida de saliva debido a usos de medicamentos, dietas restringidas (papillas), etc.

El retardo mental como consecuencia de una amplia serie de causas tiene particular importancia al considerar de qué servicios debe disponerse para su atención.

Las personas con discapacidades requieren de atención individualizada generalizada o intermitente, por lo que se tiene que pensar en cómo se pueden adaptar de manera eficaz y práctica a nuestra realidad, sino es contando con las potencialidades de la propia comunidad, siendo un estímulo para aunar esfuerzos y lograr un adecuado desarrollo social y una mayor solidaridad con este grupo humano. De allí que nace la necesidad de conocer acerca del nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de los padres o apoderados y la relación de estos en el estado de la salud e higiene bucal del niño con retardo mental.^{1, 16, 37}

Materiales y Método

La presente investigación es de tipo analítico y de corte Transversal. La población del estudio correspondió a niños de 6 a 14 años de edad con retardo mental, que se encontraban rehabili-

tándose en los Centros Educativos de Básica Especiales (CEBE) Estatales "Los Viñedos" (Comas) y "Beatriz Cisneros" (Breña) de Lima metropolitana en el periodo escolar del año 2005; cuyos padres o apoderados tienen un nivel socio económico bajo. La población estuvo constituida por 69 niños con retardo mental leve o moderado, de los cuales según fórmula aplicada se seleccionó una muestra de 58 niños de ambos géneros.

Criterios de inclusión.- Niños de ambos géneros entre los 6 y 14 años de edad con retardo mental leve o moderado, determinado con criterio médico psicológico y sus respectivos padres o apoderados.

Procedimiento y Técnicas de Recolección de Datos

a) Aplicación del Cuestionario.- A los padres o apoderados se les explicó los objetivos y beneficios a futuro del estudio, luego se les aplicó el cuestionario semi estructurado preparado a quienes voluntariamente quisieron participar, así mismo autorizaron la participación de sus hijos o pupilos en el proceso de la investigación. Las preguntas fueron resueltas en el mismo momento; una vez aplicado el cuestionario para medir el nivel de conocimiento respecto a la educación sanitaria sobre salud bucal de los padres o apoderados, quienes obtuvieron un puntaje

mínimo de 14 y un máximo de 30, por lo que clasificaron para los niveles de educación sanitaria sobre salud bucal bajo y medio, ninguno calificó para el nivel alto. Considerando los criterios de calificación establecidos, se procedió a seleccionar por cuotas a partes iguales a los niños con retardo mental leve o moderado cuyos padres o apoderados tuvieron nivel de educación sanitaria sobre salud bucal bajo o medio.

b) Examen Clínico.- A los niños seleccionados para el estudio se les examinó clínicamente de manera sistemática, se le ubicó sentado en una silla de madera en un salón designado y bajo luz natural frente a una ventana:

1° se procedió a realizar el examen clínico de las piezas dentarias, utilizando espejo bucal plano y explorador para detectar los dientes con experiencia de caries dental, obteniéndose los índices de caries CPOD y ceod.

2° se examinó el tejido gingival, utilizando además la sonda periodontal propuesta por la OMS, para detectar el estado gingival (IG).

3° se procedió a teñir con sustancia reveladora, las piezas dentales claves y mediante el índice de Placa Dental (IHOS).

Resultados

Tabla 1.- Nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados y el índice de caries dental del niño con retardo mental

Nivel de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal de Padres o Apoderados	Índice de caries dental (CPOD-ceod) del niño con retardo mental							
	Sano		Bajo		Moderado		Alto	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	0	0,0	1	3,4	7	24,1	21	72,4
Medio	2	6,9	4	13,8	11	37,9	12	41,4

Tabla 2.- Nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados y el promedio de caries activa del niño con retardo mental

Nivel de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal de Padres o Apoderados	Dientes con caries activa del niño con retardo mental leve o moderado			
	Media	SD	N	% Total
Bajo	5,10	2,40	29	50
Medio	3,28	2,63	29	50
Total	4,19	2,66	58	100

Tabla 3.- Nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados y el índice de higiene oral del niño con retardo mental

Nivel de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal de Padres o Apoderados	Índice de higiene oral (ihos) del niño con retardo mental leve o moderado					
	Buena		Regular		Mala	
	f	%	f	%	f	%
Bajo	0	0	12	41,4	17	58,6
Medio	0	0	7	24,1	22	75,9

Tabla 4.- Nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados y el índice gingival del niño con retardo mental

Nivel de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal de Padres o Apoderados	Índice gingival del niño con retardo mental leve o moderado							
	Gingiva Sana		Gingivitis Leve		Gingivitis Moderada		Gingivitis Severa	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	0	0,0	4	13,8	24	82,8	1	3,4
Medio	0	0,0	9	31,0	20	69,0	0	0,0

Tabla 5.- Nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados y el estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental

Nivel de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal de Padres o Apoderados	Estado de salud e higiene bucal del niño con retardo mental leve o moderado							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	f	%	f	%	f	%	N	%
Bajo	0	0	11	37,9	18	62,1	29	100
Medio	0	0	19	65,5	10	34,5	29	100

p = 0,036

Discusión

Respecto al aspecto epidemiológico del estado bucal de los niños con retardo mental, se observó que el 96,5% presentó experiencia de caries, de los cuales el 72,4% y el 41,4% presentó alta prevalencia cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo y Medio de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal respectivamente, (Tabla N° 1) cifras por encima de lo reportado por DAVILA y col.⁷ que en un grupo de personas con retardo mental y otras discapacidades reportaron que el 65,2% presentaban caries y muy similares a lo reportado por VIGO³⁷ quien halló que el 89% de sujetos con minusvalía psíquica presentaban alta prevalencia de caries. Sólo el 6,9% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal presentaron dientes sanos, por debajo de lo hallado por GIZANI y col.⁹ en una población de niños discapacitados donde el 25% estaba libre de caries y por LINDEMANN y col.¹³ que reportaron que el 15,7% de discapacitados presentaba buena salud bucodental. En cuanto al índice de caries CPOD-ceod el grupo de niños con retardo mental cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo de Educación Sanitaria sobre salud bucal presentaron una media de 6,8 en comparación con el 5,4 los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal, cuyas diferencias no fueron estadísticamente significativas; se observó predominio del componente Caries correspondiendo 5,1 para el grupo de niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo de Educación Sanitaria sobre salud bucal y 3,3 para los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal; (Tabla N°2) estos resultados fueron similares a los reportados en el estudio de caries en el Perú que fue CPOD=6, más bajo que lo reportado por VIGO³⁷ que fue de 11,6,

con una media de 8 caries en personas minusválidas psíquicas, menos de lo reportado por NIEVES²¹ en un grupo de minusválidos psíquicos reportó un CPOD= 9,5 con incremento del componente C, y lo reportado por REQUENA²⁸ en niños Down en las provincias de Chancay con un CPOD-ceod = 9,2 y en Huaral con un CPOD-ceod = 8, y más alto que lo hallado por LLODRA y col.¹⁴ en una población similar con un CPOD=2,16 con predominio del componente C; por GIZANI y col.⁹ en una población de niños discapacitados con un CPOD=2,9, y por SHAPIRA y col.³⁰ en personas con diferentes grados de retardo mental que presentaron que cada uno requería 3,3 dientes para restaurar.

El 100% de los grupos estudiados tuvieron higiene bucal regular o mala, el 58,6% y el 75,9% de los niños presentaron higiene bucal mala cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo y Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal respectivamente, ninguno presentó buena higiene bucal (Tabla N°3) ; mayor a lo reportado por RISCART y col.²⁹ en niños con retardo mental cuya higiene bucal fue regular y mala en un 48% y 50% respectivamente; así mismo tuvieron una media de IHOS=2,05, de los que 1,99 y 2,09 correspondieron a los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo y Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal respectivamente (p=0,48); cifras similares a lo reportado por REQUENA²⁸ en niños Down con un IHOS=2,34 en Chancay y un IHOS=1,83 en Huaral.

En cuanto al estado gingival, se observó que el 100% de los niños con retardo mental estudiados presentaron algún grado de gingivitis, ninguno presentó gingiva sana, del total de la población examinada el 82,8% y el 69% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo y Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal respectivamente tuvieron gingivitis moderada, así mismo el 3,4% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo de Educación Sanitaria sobre salud bucal tuvieron gingivitis severa y el 31% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal tuvo gingivitis leve (Tabla N°4); lo que resultó ser más elevado que lo reportado por TORRES³⁴ que halló que el 88% de 52 niños Down tuvieron enfermedad gingival, así como lo hallado por LLODRA y col.¹⁴ en una población de 6-20 años donde el 34%

presentó salud periodontal y similares a los hallados por LUCHESE y col.¹⁵ en una población con RM donde sólo el 5% presentó periodonto sano.

Respecto al apoyo o ayuda que reciben de sus padres o apoderados durante la higiene dental de estos niños, se observó que a pesar de sus limitaciones físicas y mentales el 65,5% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo de Educación Sanitaria sobre salud bucal se cepillan solos y el 55,2% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal a veces reciben ayuda durante su cepillado dental, estos datos son más alentadores que los reportados por GIZANI y col.⁹ quienes en niños con retardo mental, reportaron que entre el 91% y 94,7% no reciben colaboración de sus padres o tutores, muy similar a lo mencionado por PIRELA y col.²⁶ que reportaron en niños excepcionales que el 63,3% no reciben apoyo de sus padres durante el cepillado dental, así como lo dicho por PACHECO y col.²³ que evaluaron a niños de 2 a 4 años y observaron que el 52% se cepillan solos. Por lo que se puede concluir que estos niños no están recibiendo el apoyo correspondiente de sus familiares, tal como lo mencionan CUMELLA y col.⁶ y MARTENS y col.¹⁸, similar también a los hallados por PETERSEN y ESHENG²⁵ que en niños chinos de 6-12 años de edad, solo el 4% recibía ayuda de sus madres, en otro estudio PETERSEN y col.²⁴ en niños rumanos de 1er. Grado, hallaron que el 26% de madres cepillaban a sus hijos. Es bueno recordar lo dicho por BRAUNER³, que aún en niños normales con entrenamiento, cuando no hay permanente refuerzo, la eficacia del cepillado dental disminuye.

Finalmente al relacionar el Nivel de Educación Sanitaria sobre salud bucal de Padres o Apoderados con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental, se observó que el 62,1% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Bajo de Educación Sanitaria sobre salud bucal presentaron un estado de salud e higiene bucal malo en comparación con el 65,5% de los niños cuyos Padres o Apoderados tuvieron Nivel Medio de Educación Sanitaria sobre salud bucal que presentaron un estado de salud e higiene bucal regular, quedando demostrado que existe una relación significativa entre el nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados y el estado de salud

e higiene bucal del niño con retardo mental leve o moderado ($p=0,036$) (Tabla N°5). Los resultados hallados se deberían también a que las personas con discapacidad mental, como manifiestan CUMELLA y col.⁶, ignoran acerca de los problemas dentales, la relación entre el dolor y la condición de salud de sus dientes, ya que ellos dependen mucho de las personas que los cuidan, quienes a su vez no tienen conciencia de la importancia de brindarles cuidados especiales, por otro lado manifiestan tener problemas para acceder a los servicios dentales; por lo que recomiendan, que es necesario que se entrenen a los cuidadores, para que además mantengan una relación más estrecha con éstos y les brinden apoyo en los cuidados de su salud bucal, dieta y cepillado dental, pues presentan cierta resistencia a éste último. Así mismo MARTENS y col.¹⁸, realizaron un estudio epidemiológico en una población de niños discapacitados, observando que todos los grupos en término medio presentaron placa y cálculos dentales, aún los que tenían ciertas destrezas, esto se debió a que les faltó instrucciones adecuadas de higiene bucal, recomendando que es necesario instalar programas de entrenamiento dirigidos a sus padres y educadores.

Estos grupos humanos por sus limitaciones mentales y/o físicas, requieren cuidados especiales para lograr que su inserción en la sociedad sea con criterio de bienestar integral, donde el estado de salud debe tener un valor importante, toda vez que por sus limitaciones mencionadas la mayoría no podrá ser por ejemplo, portador de prótesis dental, por lo que ésta propuesta coincide con muchos estudios realizados en estos grupos, como LEGON y col.¹², AGUSTI y col.¹, OHITO²², GABRE⁸, MOJON²⁰, KARJALAINEN y col.¹¹, NIEVES²¹ y SLANDOVA y col.³¹ quienes lograron mejorar significativamente la salud bucal de personas con retardo mental, después de instaurar un programa recuperativo, educativo y preventivo, así mismo manifiestan que sería importante que los familiares o cuidadores participen más directamente. Finalmente existe mucha coincidencia con lo propuesto por Mc Mac CONKEY¹⁹, CUMELLA y col.⁶, DAVILA y col.⁷, LINDEMANN y col.¹³, VIGO³⁷, PIRELA y col.²⁶, PACHECO y col.²³ y MARTENS¹⁸, quienes recomiendan que para personas con discapacidades mentales que mayormente pertenecen a las clases sociales más desposeídas, existe la

necesidad de realizar programas de entrenamiento sobre cuidados de la salud bucal dirigidos a sus padres, tutores y educadores, así mismo a nivel del sector público deben haber servicios acondicionados con profesionales y personal auxiliar capacitados para la prevención, tratamiento y rehabilitación de esta población de alto riesgo; por otro lado se recomienda también que es necesario intervenir en los Centros Educativos de Básica Especial y motivar la participación de los profesores y por último sugieren que es necesario profundizar en la investigación de las variables que agudizan el cuadro clínico del niño con retardo mental, lo que puede conllevar a un estado de salud general indeseable.

Al término de la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los niños con retardo mental cuyos padres o apoderados tuvieron nivel bajo de Educación Sanitaria sobre Salud Bucal presentaron una mayor necesidad de tratamientos de caries.
2. Los niños con retardo mental de ambos grupos presentaron algún grado de gingivitis, correspondiendo la mayor frecuencia a la gingivitis moderada.
3. En cuanto a la higiene bucal hubo diferencia inversa al nivel de conocimientos sanitaria sobre salud bucal de los padres o apoderados de los niños con retardo mental.
4. El nivel de educación sanitaria sobre salud bucal de padres o apoderados, está relacionada con el estado de salud e higiene bucal de los niños con retardo mental leve o moderado estudiados

Referencias bibliográficas

1. Agusti B., Sellares J., Aguado A. A comparative study of the evolution of caries in mentally retarded subjects of 5 years duration. *Aten. Primaria*. 1999 may 31. 23(9): 543-7.
2. Assumpao J. Francisco B., Sprovieri M. Los aspectos epidemiológicos de la deficiencia mental. *Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.*; 33(4): 296-304, dic.1987.
3. Brauner MT. Contribución al estudio de la influencia de la instrucción de la técnica de cepillado con o sin refuerzo del aprendizaje, en niños de 7 a 8.5 años después de 3 a 10 meses de entrenamiento. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad de Sao Paulo. 1986

4. Calderón Justo, A. Los niños discapacitados: Aproximaciones conceptuales, 2000. Lima - Perú: Edic. UNIFÉ, CONSENSUS. Año 7 N° 7, pag. 73-93
5. Congreso de la Republica. «Radiografía de los trastornos mentales en el Perú». Comisión Especial de Estudio sobre Discapacidad Año III, NOTA INFORMATIVA. 79. 17-07- 2005. En: <http://www.congreso.gob.pe/discapacidad.htm> //ceedis01@congreso.gob.pe
6. Cumela S., Ransford N., Lyons J. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. University of Birmingham School of Medicine. Community Dental Oral Epidemiol. 2000. Feb 28(1): 73-80.
7. Dávila, M.; Gil, M.; Daza, D.; BULLONES, X.; UGEL, E. Salud Oral de las personas con retraso mental en cuatro municipios del Estado Lara, 2003. Acta Odontol. Venez. Vol. 43 N° 3, Caracas 2005
8. Gabre P., Martinson T., Gahnberg L. Incidence of, and reasons for, tooth mortality among mentally retarded adults during a 10 year period. Acta Odontol. Scand. 1999 feb; 57(1):55-61
9. Gizani S., Declerck D., Vinckier F. Oral health condition of 12 years old handicapped children in Flanders (Belgium). Community. Dent. Oral. Epidemiol. 1997 Oct; 25(5): 352-7.
10. Gutierrez, V. y col. Niños Excepcionales, Diagnóstico y Tratamiento, Lima Perú, Ed. CECADE, 1986, 409 pp.
11. Karjalainen S, Vanhamaki M, Kanto D, Kossi L, Sewon L, Salo M. Long-term physical inactivity and oral health in Finnish adults with intellectual disability. Acta Odontol. Scand 2002; 60: 50-5.
12. Legon P.N. Prevalencia y severidad de la enfermedad gingival en niños retrasados mentales de 5 hogares infantiles de ciudad de la Habana. Rev. Cuba. Estomatol.; 25(1): 101-9, Ene-Abr. 1988. Tab.
13. Lindemann R, Zschel-Grob D, OPP S, Lewis Ma, Lewis C. Oral health status of adults from a California regional center for developmental disabilities. Spec Care Dent 2001; 21: 9-14.
14. Llodra JC, Franco Ma, de Dios J, Bernardo J, Díaz JM, Maíllo C et al. Análisis del Estado de Salud Bucodental de la Población con Discapacidad Psíquica en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo de Extremadura. 2002. En prensa.
15. Lucchese C., Checchi L. The oral status in mentally retarded institutionalized patients. University Degli Study, Bologna. Minerva Stomatol. 1988, oct; 47(10): 499-502
16. Machuca, G. Aspectos específicos del control de placa en: niños, disminuidos y ancianos. En Sanz M, editor 1^{er} Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:233-76.
17. Maciel S.M. Saúde bucal infantil: a participação da mãe: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994. En: <http://www.revista@imip.org.br>
18. Martens L., Marks L., Goffin G. Oral hygiene in 12 year old disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity. University of Gent Beilgium. Minerva Stomatol. 1988, Oct; 47(10): 499-502.
19. Mc. Mac, Conkey R.: Educación de padres con niños discapacitados mentales. US1.1, WHO COLL. Foro Mundial de la Salud; 8(4): 487-92, 1987.
20. Mojon P., Rentsch A., Budtz. Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. University of Geneva, Switzerland. Eur.J.Oral.Sci. 1998 Aug; 106(4): 827-34.
21. Nieves E.: Estudio de salud bucodental en pacientes disminuidos psíquicos y físicos de la Ciudad de San Juan de Dios (Sevilla). Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla, 1999.
22. Ohito, FA. y col. Caries Dental, Gingivitis y Placa Dental en Niños incapacitados en Nairobi. Kenya. Rev. Médica de Japón. 70 (2): 71-74, 1993.
23. Pacheco, G.; Palópolis, C.; Pereyra, R.; Romero, G.: "De lo prevalente, a lo prevenible: Hábitos de salud bucal en preescolares". 33er Congreso Argentino de Pediatría, Mar del Plata. Acta Odontol. Venez. Vol. 37 N° 3, Caracas, dic. 1999
24. Petersen PE, Danila I, Samoila A. Oral health behaviour, knowledge and attitudes of children, mothers and schoolteachers in Romania in 1993. Acta Odontol.-Scand. 1995 dec; 53(6):363-8
25. Petersen PE, Esheng Z. Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, people's Republic of China. Int.Dent.J. 1998 jun; 48(3): 210-6
26. Pirela, M.; Salazar, C.; Manzano M. Patología bucal prevalente en niños excepcionales. Acta Odontol. Venez. Vol.37 N°3 Caracas, dic. 1999
27. Puig de la Bellacasa, Ramón. Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En Discapacidad e información. Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Madrid 1990.
28. Requena B.J. Perfil de Salud-Enfermedad en niños especiales con Síndrome de Down y Retardo Mental de Centros Educativos especiales de Huaral y Chancay. Tesis UNMSM-Perú. 1999.
29. Riscart B.M., Monteagudo P.M., Ramos H.I. Estudio comparativo de la actividad cariogénica entre niños deficientes mentales y sano. Medicentro, 5(1):154-9, ene-jun. 1989
30. Shapira J., Efrat J., Berkey D. Dental health profile of a population with mental retardation in Israel. Spec. Care Dentist. 1998 jul-aug. 18(4): 149-55.
31. Slandová M, Pilinová A, Krejsa O. Changes in oral health status in mentally handicapped in Prague (Czech Republic). Cuidados Odontológicos Especiales 1998; 5 (Special Issues 2): 5-12.
32. Sosa Lacruz, L. Motivación en salud bucal de las madres en el área de hospitalización pediátrica Hospital General Victorino Santaella Ruiz. Periodo julio- agosto 2004. Los Teques - Estado Miranda. VENEZUELA. En: http://www.odontologia-nline.com//Ciencia_bucal@yahoo.com
33. Tesini, D.A.; Fenton, S.J.; Cuidados dentales en personas con incapacidades físicas o mentales. Dent.Clin. North. Am.2001; 461-79.
34. Torres Y. Incidencia y prevalencia de enfermedad gingival en niños especiales. El síndrome de Down en nuestro medio. Tesis Bach. UNMSM. Lima Perú. 1976
35. Verdugo, M. "El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AARM". Revista Siglo Cero n° 153. Madrid 1994.
36. Verdugo, M. y Jenaro, C. Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo. AARM. Versión española. Alianza Editorial, Madrid 1997. Pág. 14.
37. Vigo M. Valoración de salud oral en una población de disminuidos psíquicos de la provincia de Sevilla. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla, 1993.

Recibido :05-10-2007

Aceptado para publicación: 30-10-2007