

ULACIT  
Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología

\*\*\*\*\*

Escuela de Odontología

Tema:

La educación y prevención oral en niños(as) con retardo  
mentalleve-moderado en edad escolar"

Modalidad: Estudio de casos.

Alumnas:

Tatiana González Fernández.

Amigzarith Wright Willis.

Tutora:

Xinia Salazar Madrigal.

\*\*\*\*\*

2002

"Un niño puede ver un árbol pero nunca un bosque"

William Cruickshand.



## **AGRADECIMIENTO.**

Gracias a Dios por brindarnos la salud y la perseverancia para cumplir con este sueño, a nuestros padres por apoyarnos en todo momento, a la doctora Xinia Salazar Madrigal por guiarnos por el camino correcto en nuestra investigación, al doctor Ronald Hirsh por brindarnos su tiempo para ayudarnos a comprender a estos niños(as); a la Lic. Yenny González Fernández por su cooperación, a don Alvaro Palma por su guía y por su voz de apoyo y de aliento. Agrademos a la Colgate por su cooperación, a la Doctora Adriana Pochet en especial por todas las donaciones y a Rita Salazar por su creatividad en nuestros recursos didácticos.

A nuestros novios (Steep y Eduardo) por su apoyo, amor y comprensión, a nuestros amigos en especial a Ericka Truque por ser nuestra chofer, camarógrafa y amiga, a Ritha Clarke por acompañarnos durante la elaboración de la investigación.

Gracias a las maestras por la ayuda que nos brindaron desde el primer momento y a nuestros pequeños triunfadores por la disposición, las sonrisas y abrazos que nos alentaron a seguir adelante.

Gracias a ustedes y a todos los que estuvieron involucrados por ayudaron en nuestro primer paso hacia una vida profesional.

**"Muchas gracias"**

**Tatiana Y Amigzarith.**

## **Dedicatoria.**

A Dios por darme la fuerza y la salud necesaria para seguir adelante en todo momento.

A mi padre Carlos Wright Willis y a mi madre Hermina Willis Silvan, por ser mis mayores fuentes de inspiración "les agradezco el haberme dado la oportunidad de llegar a ser lo que siempre quise" los Amo mucho.

A mi hermana Tamara Wright Willis por comprenderme en todos los momentos difíciles y por quererme siempre. A mi novio por apoyarme en una forma incondicional y quererme "te amo". A Carmen Willis Silvan; tía gracias por apoyarme siempre.

A Tatiana gracias por comprenderme en los momentos de Angustia y por ser mi complemento; siempre te recordaré...

"Los quiero mucho, muchas gracias".

**Amigzarith Wright Willis.**

## **Dedicatoria**

Dedicado al creador del Universo por dejarme estar aquí, a Papi que con sus consejos supo motivarme a seguir adelante, a Mami por sus cuidados y su preocupación.

A mis hermanos Jenny, José y David por acompañarme siempre y brindarme la compañía y el apoyo cuando lo necesitaba; a mis sobrinos a quienes quiero mucho... A Steep por su cariño y cooperación y a todos mis amigos por los momentos buenos y malos.

A Ami por ser mi complemento perfecto en este trabajo y en especial a todos los niños excepcionales que abrieron su corazón y por ayudarme a cambiar la forma de ver la vida.

**Tatiana González.**

## Tabla de contenido

|   |            |
|---|------------|
| <b>Agradecimiento.....</b>  | <b>III</b> |
| <b>Dedicatoria.....</b>   | <b>IV</b>  |
| <br><b>Capítulo I: Introducción.</b>                                |            |
| <b>1. Introducción.....</b>   | <b>2</b>   |
| <br><b>Capítulo II: Antecedentes.</b>                               |            |
| <b>2. Antecedentes.....</b>   | <b>4</b>   |
| <b>2.1 Antecedentes Internacionales.....</b>                        | <b>5</b>   |
| <b>2.2 Antecedentes Nacionales.....</b>                             | <b>7</b>   |
| <br><b>Capítulo III: Problema de investigación y justificación.</b> |            |
| <b>3. Problema de investigación y justificación.....</b>            | <b>15</b>  |
| <b>3.1 Problema.....</b>  | <b>16</b>  |
| <b>3.2 Justificación.....</b>                                       | <b>16</b>  |
| <br><b>Capítulo IV: Objetivos de la investigación.</b>              |            |
| <b>4. Objetivos de la investigación.....</b>                        | <b>18</b>  |
| <b>4.1 Objetivo general.....</b>                                    | <b>19</b>  |
| <b>4.2 Objetivos específicos.....</b>                               | <b>19</b>  |
| <br><b>Capítulo V: Diseño metodológico.</b>                         |            |
| <b>5. Diseño metodológico.....</b>                                  | <b>20</b>  |
| <b>5.1 Enfoque de la investigación.....</b>                         | <b>21</b>  |
| <b>5.1.1 Paradigma.....</b>   | <b>21</b>  |
| <b>5.1.2 Tipo de investigación.....</b>                             | <b>21</b>  |
| <b>5.2 Operacionalización de las variables.....</b>                 | <b>22</b>  |
| <b>5.3 Población.....</b>   | <b>24</b>  |
| <b>5.4 Criterio de selección de paciente.....</b>                   | <b>24</b>  |
| <b>5.5 Procedimiento.....</b>                                       | <b>25</b>  |

|  |           |
|--|-----------|
| 5.6 Técnica de recolección de datos.....                       | 25        |
| 5.7 Recursos.....  | 26        |
| 5.7.1 Recursos económicos .....                                | 26        |
| 5.7.2 Recursos humanos.....                                    | 26        |
| 5.7.3 Recursos materiales.....                                 | 26        |
| <br>   |           |
| <b>Capítulo VI Marco teórico.</b>                              |           |
| <b>6. Marco teórico.....</b>                                   | <b>27</b> |
| <b>6.1 Conceptos.....</b>                                      | <b>29</b> |
| 6.1.1 Retardo mental.....                                      | 29        |
| 6.1.2 Discapacidad.....  | 29        |
| 6.1.3 Minusvalía.....  | 29        |
| 6.2 Clasificación del retardo mental.....                      | 30        |
| 6.3 factores que aumentan el peligro de retardo mental.....    | 31        |
| 6.4 Prevención del retardo mental.....                         | 32        |
| 6.5 Características del niño retardo mental.....               | 33        |
| 6.6 Educación especial para niños con retardo mental.....      | 36        |
| 6.6.1 Evaluación del niño con retardo mental.....              | 36        |
| 6.6.2 Capacitación del niño con retardo mental.....            | 37        |
| 6.6.3 Normas y procedimientos de los servicios educativos..... | 38        |
| 6.7 Atención odontológica a niños con retardo mental.....      | 39        |
| 6.7.1 Aspectos generales.....                                  | 39        |
| 6.7.2 Papel del odontólogo en la rehabilitación.....           | 41        |
| 6.7.3 Primera visita al odontólogo.....                        | 42        |
| 6.7.4 Manejo de la conducta del niño.....                      | 43        |
| 6.7.5 Actividad y actitud del odontólogo.....                  | 44        |
| 6.7.6 Examen Clínico.....                                      | 46        |
| 6.8 Educación oral para niños con retardo mental.....          | 48        |
| 6.8.1 Desarrollo del niño.....                                 | 48        |
| 6.8.2 Etapas del proceso de aprendizaje.....                   | 50        |
| 6.8.3 Participación de los padres de familia.....              | 50        |
| 6.8.4 Sugerencias al odontólogo.....                           | 51        |
| 6.8.5 Promoción de la salud.....                               | 52        |
| a. La boca y sus partes.....                                   | 52        |
| a.1 Glándulas salivales.....                                   | 52        |

|   |           |
|---|-----------|
| a.2 Lengua.....   | 52        |
| a.3 Encía.....  | 53        |
| a.4 Dientes.....  | 53        |
| -Dentición temporal.....  | 53        |
| -Dentición permanente.....  | 53        |
| -Dentición mixta.....   | 54        |
| b. Placa bacteriana.....  | 54        |
| c. Enfermedades orales.....   | 54        |
| c.1 Caries.....   | 54        |
| c.2 Gingivitis.....   | 55        |
| c.3 Enfermedad periodontal.....   | 55        |
| c.4 Halitosis.....  | 55        |
| d. Hábitos orales.....  | 56        |
| d.1 Succión digital.....  | 56        |
| d.2 Hábito labial.....  | 56        |
| d.3 Onicofagia.....   | 56        |
| d.4 Bruxismo.....   | 57        |
| e. Coadyuvantes de la higiene oral.....                                   | 57        |
| e.1 Cepillado dental.....   | 57        |
| e.2 Hilo dental.....  | 57        |
| e.3 Enjuague bucal.....   | 58        |
| f. Flúor.....   | 58        |
| g. Profilaxis.....  | 58        |
| h. Sellante de fosas y fisuras.....                                       | 58        |
| i. Dieta.....   | 59        |
| <b>6.9 Prevención de la salud oral para niños con retardo mental.....</b> | <b>59</b> |
| 6.9.1 Recomendaciones de la higiene oral.....                             | 60        |
| 6.9.2 cepillado dental.....   | 60        |
| 6.9.3 Dentífrico.....   | 63        |
| 6.9.4 Uso del hilo dental.....  | 63        |
| 6.9.5 Uso del enjuague bucal.....   | 63        |
| 6.9.6 Uso del flúor.....  | 64        |
| 6.9.7 Dieta.....  | 64        |
| 6.9.8 Tratamiento odontológico preventivo.....                            | 65        |



**Capítulo VII Programa de educación y prevención en niños con retardo mental.**

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>7. Programa.....</b>             | <b>67</b> |
| 7.1 Ubicación.....                  | 68        |
| 7.2 Aspectos básicos.....           | 68        |
| 7.3 Sesiones.....                   | 70        |
| 7.4 Conversatorios y resúmenes..... | 74        |

**Capítulo VIII Discusión de los resultados.**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>8. Discusión de resultados.....</b>                        | <b>85</b> |
| 8.1 Aspectos generales del programa ya establecido.....       | 86        |
| 8.1.1 Variable: programa ya establecido.....                  | 119       |
| 8.1.2 Variable: Estado de la salud oral.....                  | 121       |
| 8.1.3 Conclusiones.....                                       | 123       |
| 8.1.4 Recomendaciones.....                                    | 124       |
| 8.2 Variable: Análisis de la información existente.....       | 125       |
| 8.3 Análisis del programa de educación y prevención oral..... | 127       |
| 8.3.1 Conclusiones.....                                       | 182       |
| 8.3.2 Recomendaciones.....                                    | 184       |

**Capítulo IX Propuesta.**

|   |            |
|---|------------|
| <b>9. Propuesta.....</b>  | <b>185</b> |
| 9.1 Objetivo general.....   | 186        |
| 9.2 Objetivos específicos.....  | 186        |
| 9.3 Manejo de la conducta.....  | 187        |
| 9.4 Aspectos para la educación oral de los niños con retardo mental.....  | 188        |
| 9.5 Aspectos para la prevención oral de los niños con retardo mental..... | 189        |

**Capítulo X Bibliografía.**

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| <b>10. Bibliografía.....</b>       | <b>192</b> |
| 10.1 Bibliografía citada.....      | 193        |
| 10.2 Bibliografía consultada.....  | 196        |
| 10.3 Bibliografía de internet..... | 197        |
| 10.4 Entrevistas.....              | 197        |

**Capítulo XI Anexos.**

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>11. Anexos.....</b> | <b>198</b> |
|------------------------|------------|

**Lista de cuadros.****Cuadros del programa ya establecido.**

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| <b>Cuadro 1.....</b>  | <b>87</b>  |
| <b>Cuadro 2.....</b>  | <b>89</b>  |
| <b>Cuadro 3.....</b>  | <b>91</b>  |
| <b>Cuadro 4.....</b>  | <b>93</b>  |
| <b>Cuadro 5.....</b>  | <b>95</b>  |
| <b>Cuadro 6.....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>Cuadro 7.....</b>  | <b>99</b>  |
| <b>Cuadro 8.....</b>  | <b>101</b> |
| <b>Cuadro 9.....</b>  | <b>103</b> |
| <b>Cuadro 10.....</b> | <b>105</b> |
| <b>Cuadro 11.....</b> | <b>107</b> |
| <b>Cuadro 12.....</b> | <b>109</b> |
| <b>Cuadro 13.....</b> | <b>111</b> |
| <b>Cuadro 14.....</b> | <b>113</b> |
| <b>Cuadro 15.....</b> | <b>115</b> |
| <b>Cuadro 16.....</b> | <b>117</b> |

**Cuadros del programa de educación y prevención oral.**

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| <b>Cuadro 1.....</b>  | <b>128</b> |
| <b>Cuadro 2.....</b>  | <b>130</b> |
| <b>Cuadro 3.....</b>  | <b>132</b> |
| <b>Cuadro 4.....</b>  | <b>134</b> |
| <b>Cuadro 5.....</b>  | <b>136</b> |
| <b>Cuadro 6.....</b>  | <b>138</b> |
| <b>Cuadro 7.....</b>  | <b>140</b> |
| <b>Cuadro 8.....</b>  | <b>142</b> |
| <b>Cuadro 9.....</b>  | <b>144</b> |
| <b>Cuadro 10.....</b> | <b>146</b> |
| <b>Cuadro 11.....</b> | <b>148</b> |

|               |                |            |
|---------------|----------------|------------|
| <b>Cuadro</b> | <b>12.....</b> | <b>150</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>13.....</b> | <b>152</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>14.....</b> | <b>154</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>15.....</b> | <b>156</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>16.....</b> | <b>158</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>17.....</b> | <b>160</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>18.....</b> | <b>162</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>19.....</b> | <b>164</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>20.....</b> | <b>166</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>21.....</b> | <b>168</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>22.....</b> | <b>170</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>23.....</b> | <b>172</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>24.....</b> | <b>174</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>25.....</b> | <b>176</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>26.....</b> | <b>178</b> |
| <b>Cuadro</b> | <b>27.....</b> | <b>180</b> |

**Lista de gráficos.**

**Gráficos del programa establecido.**

|                |                |            |
|----------------|----------------|------------|
| <b>Gráfico</b> | <b>1.....</b>  | <b>88</b>  |
| <b>Gráfico</b> | <b>2.....</b>  | <b>90</b>  |
| <b>Gráfico</b> | <b>3.....</b>  | <b>92</b>  |
| <b>Gráfico</b> | <b>4.....</b>  | <b>94</b>  |
| <b>Gráfico</b> | <b>5.....</b>  | <b>96</b>  |
| <b>Gráfico</b> | <b>6.....</b>  | <b>98</b>  |
| <b>Gráfico</b> | <b>7.....</b>  | <b>100</b> |
| <b>Gráfico</b> | <b>8.....</b>  | <b>102</b> |
| <b>Gráfico</b> | <b>9.....</b>  | <b>104</b> |
| <b>Gráfico</b> | <b>10.....</b> | <b>106</b> |
| <b>Gráfico</b> | <b>11.....</b> | <b>108</b> |
| <b>Gráfico</b> | <b>12.....</b> | <b>110</b> |
| <b>Gráfico</b> | <b>13.....</b> | <b>112</b> |
| <b>Gráfico</b> | <b>14.....</b> | <b>114</b> |

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>Gráfico 15.....</b> | <b>116</b> |
| <b>Gráfico 16.....</b> | <b>118</b> |

**Gráficos del programa de educación y prevención oral.**

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>Gráfico 1.....</b>  | <b>129</b> |
| <b>Gráfico 2.....</b>  | <b>131</b> |
| <b>Gráfico 3.....</b>  | <b>133</b> |
| <b>Gráfico 4.....</b>  | <b>135</b> |
| <b>Gráfico 5.....</b>  | <b>137</b> |
| <b>Gráfico 6.....</b>  | <b>139</b> |
| <b>Gráfico 7.....</b>  | <b>141</b> |
| <b>Gráfico 8.....</b>  | <b>143</b> |
| <b>Gráfico 9.....</b>  | <b>145</b> |
| <b>Gráfico 10.....</b> | <b>147</b> |
| <b>Gráfico 11.....</b> | <b>149</b> |
| <b>Gráfico 12.....</b> | <b>151</b> |
| <b>Gráfico 13.....</b> | <b>153</b> |
| <b>Gráfico 14.....</b> | <b>155</b> |
| <b>Gráfico 15.....</b> | <b>157</b> |
| <b>Gráfico 16.....</b> | <b>159</b> |
| <b>Gráfico 17.....</b> | <b>161</b> |
| <b>Gráfico 18.....</b> | <b>163</b> |
| <b>Gráfico 19.....</b> | <b>165</b> |
| <b>Gráfico 20.....</b> | <b>167</b> |
| <b>Gráfico 21.....</b> | <b>169</b> |
| <b>Gráfico 22.....</b> | <b>171</b> |
| <b>Gráfico 23.....</b> | <b>173</b> |
| <b>Gráfico 24.....</b> | <b>175</b> |
| <b>Gráfico 25.....</b> | <b>177</b> |
| <b>Gráfico 26.....</b> | <b>179</b> |
| <b>Gráfico 27.....</b> | <b>181</b> |

# INTRODUCCIÓN

## 1. Introducción

En todas partes del mundo y en todos los niveles sociales, raciales y religiosos existen niños(as) con discapacidad. Las causas y las consecuencias de la discapacidad varían en todo el mundo, estas variaciones son el resultado de las diferentes situaciones socioeconómicas y de las distintas disposiciones que los estados adoptan a favor del bienestar de sus ciudadanos.

Existen muchas situaciones que influyen en el problema de la discapacidad física o mental en niños(as), entre ellos se puede mencionar la educación, las condiciones de vida, las políticas sociales y económicas del país.

En Costa Rica desde, 1944 se declara de interés público la educación a niños(as) con retardo mental, trastornos auditivos, de la vista o de cualquier otro impedimento físico. A partir de 1973, se registran disposiciones legales y reglamentarias que contemplan lineamientos muy generales referentes a la atención de las personas con limitaciones enfocadas hacia las áreas médicas y educativas. (UNICEF, 1983-1992)

Uno de los objetivos primordiales de las ciencias de la salud es brindar el bienestar de la raza humana. Lamentablemente aún en la práctica nuestro sistema sólo se basa en el aspecto curativo más que en lo preventivo.

También es de lamentar que las políticas de salud y educación no se llevan a cabo en forma interdisciplinaria. Dentro de este marco cae el tratamiento odontológico del niño excepcional.

La historia ha demostrado que este tipo de niños ha pasado por facetas de enfrentamientos en la sociedad, que va desde la utilización, rechazo, maltrato, hasta llegar a la rehabilitación integral de nuestros días.

La coordinación y el intercambio de conocimientos es el llamado trabajo en equipo interdisciplinario, tratando de lograr un cambio de mentalidad, lo cual trae como efecto principal que estos niños sean considerados como personas útiles en la mayoría de los casos y necesitados de rehabilitación integral, orientación, comprensión y cariño; pero nunca lástima para su realización como individuo.

El odontólogo está en la obligación de preocuparse por tratar estos problemas, saber reconocerlos y que existen en nuestro país cifras considerables de estos niños, a la vez tomar consciencia del tema y saber cuando es preciso referirlo.

Ante esta situación en la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología se realizó primeramente una investigación acerca de las necesidades de prevención y educación oral en niños(as) con retardo mental de las aulas integradas de las Escuelas Miguel Obregón Lizano, Tibás en el año 2000, realizado por los Doctores Luis Ruíz Quesada y Suse Fallas Vargas con el fin de identificar las necesidades de salud oral en estos niños(as). Tomando como base esta investigación; el presente documento investiga el método por utilizar para la educación y prevención oral en niños(as) con retardo mental, involucrando al odontólogo, a padres de familia y maestros. Creando conciencia de la importancia de la prevención de enfermedades orales en estos niños, para evitar tratamientos dentales que puedan llegar a ser complicados en un futuro para estos niños(as).

# ANTECEDENTES



## 2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Existen varios tratados internacionales respecto a la población discapacitada entre ellos se encuentran los siguientes:

El 10 de Diciembre de 1948, la organización de las Naciones Unidas aprueba la “Declaración Universal de los Derechos humanos, la cual en su artículo N° 1 plantea que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. El artículo N° 2 otorga a todos los seres humanos los mismos derechos y libertades, sin importar su condición origen, sexo, color y raza. ( UNICEF, 1983-1992)

El 20 de Diciembre de 1971, se aprueba la declaración de los Derechos del retrasado mental, la cual establece el goce pleno de sus derechos, atención médica, física, educación, capacitación, rehabilitación, seguridad económica y nivel de vida decoroso.

( Op.cit)

En 1980, la Organización Mundial de la Salud aprueba la clasificación internacional de deficiencia discapacidad y minusvalías que sugerían un enfoque más preciso y al mismo tiempo relativista. Como una contribución del Año Internacional de las personas con Discapacidad se presenta al mundo “La carta para los 80” aprobada por la Asamblea de Rehabilitación Internacional en Winnipeg, Canadá el 26 de Junio de 1980. La carta es una declaración del consenso sobre las prioridades de acción para la Década comprendida entre los años 1980-1990. Este proporciona objetivos de plena participación e igualdad para las personas con discapacidad en cualquier lugar del mundo.

(Op.cit)

En 1981, las Naciones Unidas en el marco de su interés por ocuparse de los habitantes más vulnerables del mundo, proclama 1981 como el “Año Internacional del Impedido”. Además la O.N.U ideó el Programa de Acción Mundial para los impedidos aprobado el 3 de Diciembre de 1982, el cual promovió los progresos en el mundo. Ambos tratan el derecho de las personas con discapacidad con las mismas oportunidades que los

demás ciudadanos. También por primera vez se definió la discapacidad como la relación entre las personas con limitaciones y su entorno. (ONU, 1994)

El 9 de Diciembre de 1985, la Asamblea de Naciones Unidas proclama, la Declaración de los Derechos de los Impedidos en la cual se establece que la persona discapacitada debe gozar de todos sus derechos, tanto económicos como sociales y políticos, así mismo a tener la mayor autonomía posible, atención médica integral incluyendo los aparatos, prótesis, readaptación médica, social y profesional. (Op.cit)

Las normas uniformes para la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad fueron aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Diciembre de 1993. Aunque no es un cumplimiento obligatorio estas normas son pautas de comportamiento de los Estados. Llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades. La finalidad de estas normas es garantizar que las personas con discapacidad pueden tener los mismos derechos y obligaciones que los demás miembros de la sociedad.

La Organización Internacional del Trabajo en 1999, estima que al finalizar el siglo XX en la región de las Américas estarán viviendo alrededor de 83 millones de personas portadoras de discapacidad de las cuales 53 millones pertenecerán a países de América Latina, Centroamérica, Panamá y República Dominicana son áreas con mayor concentración de población con discapacidad en Latinoamérica.

## 2.2 ANTECEDENTES NACIONALES

### **Desarrollo histórico de la educación especial en Costa Rica.**

La educación especial se inicia en 1939 con la creación de la primera escuela de enseñanza especial; actual Centro Nacional de Educación Especial “Fernando Centeno Guell” donde se atendió las personas con retardo mental que lo solicitaron. En este mismo periodo se inicia el proceso de integración de niños(as) con discapacidad al sistema educativo formal, con las primeras aulas diferenciadas y aulas recurso. Para esta época, funcionaban en el país trece centros de educación especial. (MEP, 2000)

En el año 1957, se define qué es educación especial así como los requerimientos de métodos, técnicas pedagógicas, materiales apropiados, personal con especialización adecuada y la relación de las instituciones de educación especial con los padres de los alumnos. (UNICEF, 1983-1992)

En 1970, el decreto por ley N°140 crea la Comisión Nacional de Rehabilitación y Educación Especial que establece algunos lineamientos de políticas referidas especialmente a la integridad de la rehabilitación y a la coordinación interinstitucional e intersectorial para la enseñanza especial. (Op.cit)

En 1972, se creó la Asesoría de Retardo Mental cuando ya existía varias escuelas de Educación Especial que atendían a niños(as) y adolescentes con retardo mental; dos años después se abre la carrera de Educación Especial en la Universidad de Costa Rica, nivel de Bachillerato con énfasis en Retardo Mental, Problemas de Aprendizaje y trastornos de la Comunicación. La integración de niños con retardo mental a la Educación General Básica se inicia en 1973, con la creación de las primeras aulas diferenciadas. (Op.cit)

En 1978, se extiende la atención de adolescentes con retardo mental unos programas pre vocacionales desarrollados en colegios técnicos. (Op.cit)

En 1989, se oficializan las políticas Nacionales de Prevención de la deficiencia, la discapacidad y la rehabilitación integral. (Op.cit)

En 1991, ocurre un cambio significativo que evidencia la concepción integral que se propiciaba, iniciando con el cambio de aulas diferenciadas al de aulas integradas. Este cambio conceptual influyó en las modificaciones de la atención educativa de los estudiantes.(Op.cit)

### **Rehabilitación**

Los servicios de rehabilitación física en Costa Rica fueron creados como consecuencia de las epidemias de Poliomieltis de 1954, y que dejó como saldo centenares de niños(as) con secuelas físicas importantes. (UNICEF, 1983-1992)

En 1960, el servicio de rehabilitación ubicado en la “Casa Verde” fue trasladado a un nuevo local dentro de las instalaciones del hospital San Juan de Dios, donde hoy se encuentra ubicado el servicio de fisioterapia. (Op.cit)

En setiembre de 1966 se creó el hogar de Rehabilitación de Santa Ana, el que a partir de mayo de 1967 contó para su financiamiento, el timbre del patronato Nacional de Rehabilitación. (Op.cit)

El centro Nacional de Rehabilitación “Doctor Humberto Araya Rojas” fue inaugurado a finales del año 1976. Para entonces el Patronato Nacional de Rehabilitación había suscrito un convenio con la Caja Costarricense de Seguro Social, mediante el cual se traspasó el centro a esta institución. (Op.cit)

### **Captación de recursos Financieros Nacionales para la rehabilitación.**

Entre ellos se destaca “La Marcha de los Dieces” en 1954 con la cual se solventaron algunos problemas y necesidades de la Casa Verde; la donación de tres

manzanas y media para la construcción del hogar de Rehabilitación de Santa Ana en 1960 y el aporte de 300 000 colones para su construcción; la campaña de recaudación de fondos para la construcción de este hogar; la ley de impuestos al cigarro para financiar programas de rehabilitación profesional para ciegos en 1964; la creación del Timbre de Rehabilitación en 1967 para garantizar financiamiento permanente del hogar de rehabilitación de Santa Ana; y la ley que destinaba el 5% del impuesto de ventas para la construcción del Centro Nacional de Rehabilitación. (UNICEF, 1983-1992)

### **Formulación de políticas**

La inclusión del Seguro de Invalidez y de las prestaciones médicas en la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social en 1943 favorece a las personas afectadas con algún tipo de una invalidez. (Op.cit)

En el año 1944, se declara de interés público, la Educación de niños que sufren de retardo mental, trastornos auditivos, de la vista o del sistema vocal, o de cualquier otro impedimento físico análogo que, les impida proseguir con éxito las enseñanzas de la escuela común.(Op.cit)

En 1973, se registran disposiciones legales y reglamentaciones que contemplan lineamientos muy generales referentes a la atención de las personas con limitaciones, fundamentales enfocadas hacia las áreas médicas y educativas. Entre las disposiciones más significativas con contenido general de políticas, se menciona el Decreto Ejecutivo que establece la primera escuela de educación especial; el cual señala que la enseñanza que se imparta en escuela atenderá ante todo a educar y desarrollar las facultades del niño. Con el fin de hacerlo útil para la vida social y de adaptarlo a la institución de acuerdo a sus capacidades mentales. (UNICEF, 1983-1992)

En Costa Rica, los antecedentes fundamentales para la formulación de políticas públicas, están relacionadas con la creación del Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial mediante la Ley 5347.

Para 1996, se promulga la ley 7600 “Ley de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”. En 1997 se establece la “Normativa para el acceso a la atención de los estudiantes con necesidades educativas especiales” precisamente para dar cumplimiento a lo establecido en la ley 7600. ( Op.cit)

Capítulos sobre la ley # 7600:

- ❖ Capítulo I: acceso a la educación. El estado garantiza el acceso oportuno de las personas, independientemente de su discapacidad, a los servicios educativos tanto públicos como privados en todos los niveles y modalidades del Sistema educativo Nacional.
- ❖ Capítulo II: Acceso al trabajo. El estado garantiza a las personas con discapacidad tanto en zonas rurales como urbanas, el derecho a un empleo adecuado a sus condiciones y necesidades.
- ❖ Capítulo III: Acceso a los servicios de salud. Deberán ofrecerse en igualdad de condiciones a toda persona que los requiera. La Caja Costarricense de Seguro Social deberá ofrecer sus servicios de rehabilitación en todas las regiones del país y garantizar la atención óptima.
- ❖ Capítulo IV: Acceso al espacio físico. Las construcciones nuevas o remodelaciones de edificios, parques, aceras, jardines, plazas, vías, sanitarios, estacionamientos y otros espacios públicos y privados de concurrencia pública, además de viviendas financiadas por el Estado.
- ❖ Capítulo V: Acceso a los medios de transporte. Los medios de transporte colectivo deberán ser totalmente accesibles y adecuados a las necesidades de todas las personas.
- ❖ Capítulo VI: Acceso a la información y a la comunicación. Las instituciones públicas y privadas deberán garantizar que la información dirigida al público sea accesible según sus necesidades particulares.
- ❖ Capítulo VII: Acceso a la cultura, el deporte y las actividades recreativas. Los espacios físicos donde se realicen actividades de este tipo deberán ser accesibles a todas las personas.

El decreto 26831-MP, reglamento de la ley 7600 de abril de 1998, establece: El artículo 5: el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial es el ente rector en materia de discapacidad y como tal le corresponde fiscalizar que todas las instituciones del estado.(Op.cit)

### **Asociaciones en pro de la rehabilitación**

Existen diferentes organismos públicos y privados que trabajan en pro de las personas con retardo mental en Costa Rica, los cuales coordinan sus acciones con el propósito de lograr mayor éxito en el desarrollo de los programas de atención a los niños(as) y adolescentes con discapacidades.(Fallas, S; 2000)

Entre estas están:

- ❖ La Asesoría Nacional de Retardo Mental.
- ❖ Asesoría General de Educación Especial, Ministerio de Educación Pública.
- ❖ Asesoría Regionales de Educación Especial en todo el país.
- ❖ Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, CENARE.
  
- ❖ Asociación Costarricense para personas con Síndrome de Down, ACOPSID.(Fallas, S; 2000)

### **Servicios de apoyo a los programas de rehabilitación y educación especial.**

El desequilibrio entre las necesidades de la población afectada, la capacidad de atención de los servicios, la escasa capacitación, la formación y especialización de los

recursos humanos así como las deficiencias en los datos sobre magnitud de causa y la caracterización que permitiera orientar y retroalimentar técnicas y metodologías llevaron a la creación de una serie de programas de apoyo a los diferentes servicios de rehabilitación; entre ellos a médicos, enfermeras, fisioterapeutas y docentes, tendientes a corregir la mencionada situación (UNICEF, 1983-1992).

En las zonas con mayores concentraciones de pobreza, rurales dispersas o urbanas marginadas los SILOS son divididos en áreas operativas de atención primaria, las cuales son atendidas regularmente por los asistentes de salud con el apoyo de unidades móviles y odontológicas.

### **Situación actual de la atención odontológica de los niños(as) con retardo mental.**

La encuesta de hogares en Costa Rica ha detectado hasta Julio de 1998, una cifra de 311.359 personas con algún tipo de discapacidad. (Woodley, A; 1999)

Las prestaciones odontológicas de la Caja Costarricense del Seguro Social están contempladas dentro del modelo de atención odontológica aprobada por la junta directiva, en la sesión N° 6991, del 16 de enero de 1996, artículo VI, acuerdo primero.( C.C.S.S, 1997)

Dichas prestaciones se en marcan en tres niveles de atención de acuerdo con la complejidad y dificultad de las actividades a realizar orientadas en:

- a- Promoción
- b- Prevención
- c- Actividades clínicas: preventivas, interceptivas, curativas y rehabilitación.

La simbología utilizada para los niveles de atención es I, II, III en los cuales cada ciudadano tiene derecho, a una prestación odontológica específica para los diferentes códigos de afiliación, según tiene normado la institución y los cuales se desglosan así:

#### **I -Primer Nivel de atención:**

La atención brindada, se orienta hacia los aspectos de salud integral con la estrategia de Atención Primaria en Salud Oral (APSO), contemplando los aspectos sociales y



sistémicos contemplándose con tratamientos farmacológicos y diagnóstico por imágenes, en forma interdisciplinaria.

Lugares en donde se brindan las prestaciones:

- ❖ Clínicas
- ❖ Unidades móviles odontológicas
- ❖ Clínicas en centros educativos
- ❖ Unidades de atención especial (aulas diferenciadas) centros de atención especial.
- ❖ Hospitales periféricos 1 y 2.

El tipo de prestaciones que se brinda: Educativo, preventivo y atención clínica.( C.C.S.S, 1997)

## II-Segundo nivel de atención

Perfil hospitales regionales y periféricos 3.

Este nivel de atención, las prestaciones odontológicas se brindan a las personas que son referidas por el primer nivel de atención o contrareferenciados por el tercer nivel de atención.

La atención es para todos los grupos de edad establecidos, que clasifiquen dentro del siguiente cuadro:

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| a- Cardiopatías.       | h- Afecciones vasculares  |
| b- Retardo mental.     | I- Hipertensión arterial  |
| c- Parálisis cerebral. | J- VIH/SIDAS y otras      |
| d- Inmunosupresión.    | k- Trastornos neuróticos  |
| e- Endocrinopatías.    | L-Complicaciones embarazo |
| f- Epilepsia.          | M- Discracias sanguíneas  |
| g- Anafiláxis          |                           |

O aquellos casos que para efectos de docencia o investigación, clasifiquen para este tipo de servicios.

El tipo de prestaciones: Educación, prevención y atención clínica. (C.C.S.S, 1997)

## III-Tercer Nivel de atención:

Perfil hospitales nacionales y especializados.

En este nivel de atención las prestaciones odontológicas se brindan a las personas que son referidas por el segundo nivel de atención o referidas por el mismo nivel entre las diferentes unidades programáticas y que requieren del mayor grado de resolución.

La atención es para todas las edades establecidos que presenten problemas médicos, que impliquen o conlleven a un alto grado de complejidad para realizar el tratamiento odontológico como por ejemplo:

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| h- Cardiopatías.       | h- Afecciones vasculares  |
| i- Retardo mental.     | I- Hipertensión arterial  |
| j- Parálisis cerebral. | J- VIH/SIDAS y otras      |
| k- Inmunosupresión.    | k- Trastornos neuróticos  |
| l- Endocrinopatías.    | L-Complicaciones embarazo |
| m- Epilepsia.          | M- Discracias sanguíneas  |
| n- Anafiláxis          |                           |

Las prestaciones que se realizan son: educación, prevención y atención clínica. (Caja Costarricense de Seguro Social, 1996).

En 1999, en el lapso comprendido entre Mayo y Octubre se realiza un estudio en las aulas integradas de la Escuela Miguel Obregón Lizano de Tibás, por la Dra. Suee Fallas y el Dr. Luis Ruíz con el propósito de contribuir al conocimiento ante la problemática de la salud oral de los niños(as) con discapacidad por retardo mental.

PROBLEMA

Y

JUSTIFICACION

### 3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**¿Cómo brindar educación y prevención oral a niños(as) con retardo mental?**

### 3.2 JUSTIFICACIÓN.

La discapacidad y la deficiencia son asociados con ciertas limitaciones que conllevan a que los niños(as) que la sufren se les dificulte el desempeño de cualquier actividad, teniendo que esforzarse más que un niño(a) que no las sufre. En el campo de la odontología se reconoce que hay un desinterés por conocer las necesidades orales de niños(as) con retardo mental. Ante tal situación se ha tratado de diferenciar sus necesidades, por esto en la Universidad latinoamericana de Ciencia y Tecnología se realizó un programa para conocer las necesidades de educación y prevención de la salud oral en un grupo específico de niños(as) con retardo mental ubicados en la escuela Miguel Obregón Lizano para conocer su estado de salud oral. Posterior a esta investigación se nota la necesidad de continuar con el proceso para establecer los mecanismos óptimos para satisfacer las necesidades en salud y educación oral en esta población. Por esta razón el siguiente estudio pretende evaluar el programa ya establecido; realizado por la Dra. Suee Fallas y el Dr. Luis Ruiz con el fin de conocer cuál fue el impacto que tuvo en ellos y en relación con el grupo de control de nuestra investigación crear una propuesta para la educación y prevención de la salud oral en niños(as) con retardo mental. Tomando en cuenta que todo programa preventivo y educativo debe tener un seguimiento y evaluación para formar parte de un modelo curricular y de esta forma mantener actualizado las necesidades, aciertos y diferencias del programa antes establecido.

Se pretende que con este informe muchos odontólogos sientan la necesidad de educar y brindar prevención oral a estos niños(as) y a sus familiares para disminuir los problemas orales que normalmente presentan. Además, es importante que el odontólogo llegue a comprender que a estos niños no se les debe excluir o apartar de su medio; es más factible educar a la sociedad para mejorar las condiciones de vida del niño y de su familia.

# OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

#### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar la educación y prevención oral para niños(as) con retardo mental.

#### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Discutir el programa ya establecido de educación y prevención de la salud oral en niños(as) con retardo mental. (Escuela Miguel Obregón Lizano).
2. Determinar el estado de la salud oral de los niños(as) con retardo mental después de establecido el programa anterior. (Escuela Miguel Obregón Lizano).
3. Realizar un análisis de la información existente acerca de la educación y prevención oral en niños con retardo mental.
4. Elaborar un programa de educación y prevención oral en niños con retardo mental.  
( Escuela República de Haití).
5. Crear una propuesta para la educación y prevención de la salud oral en niños(as) con retardo mental.

# DISEÑO METODOLÓGICO



## **5. DISEÑO METODOLOGICO:**

### **5.1 Enfoque o tipo de investigación:**

#### **5.1.1 Paradigma:**

Es cuantitativo porque va orientado a los resultados, se desarrolla más directamente en la tarea de verificar y comprobar teorías por medio de estudios muestrales. Utiliza la estadística en el análisis de datos y generaliza los resultados. (Barrantes, R; 1999)

Es cualitativo a la vez porque va orientado al proceso; se utiliza el campo de trabajo , consiste en una participación intensa. La recolección de datos puede realizarse en diferentes formas: la entrevista, la observación participante, el video, las biografías y las grabaciones. Se utiliza un análisis crítico y la reflexión personal; está interesado en comprender la conducta humana. La finalidad de la investigación es el descubrimiento. (Op.cit)

#### **5.1.2 Tipo de investigación:**

Es descriptivo porque estudia y describe los fenómenos que aparecen en el presente. Utiliza la observación y miden independientemente las variables. (Op.cit)

Es explicativo porque da respuestas a problemas concretos para la toma de decisiones y explica los fenómenos. (Op.cit)

|  |
|--|
| <p><b>Se procede a utilizar estos paradigmas en la investigación porque permiten utilizar la información existente (recolección de datos en forma cualitativa) para realizar un trabajo de campo. Por lo que se procede a analizar en forma crítica (reflexión) para dar respuesta al problema y se comprueba mediante estudios muestrales (cuantitativo).</b></p> |
|--|

## 5.2 Operacionalización de las variables

| Objetivo Específico   | Variable                 | Definición Conceptual   | Definición operacional   | Instrumentación.   |
|---|--------------------------|---|--|--|
| Discutir el programa ya establecido de la salud oral en niños(as) con retardo mental. | Programa ya establecido. | Es la discusión o síntesis del programa ya establecido en los niños con retardo mental. | <p>*Criterio de medición:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El programa describe el fenómeno planteado.</li> <li>-El programa responde al problema.</li> <li>-El programa cumple con los objetivos.</li> <li>-Existe un buen respaldo teórico.</li> </ul> <p>*Criterio de evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Muy instructivo: cumple en su totalidad los criterios de medición.</li> <li>-Instructivo: describe el fenómeno planteado, responde al problema y a los objetivos pero no existe un respaldo teórico en su totalidad.</li> <li>-Poco instructivo: no cumple con los criterios de medición.</li> </ul> | Se utiliza la tesis de necesidades de educación y prevención oral en niños con RM. |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <p>Determinar el estado de la salud oral de los niños con retardo mental después de establecido el programa anterior.</p> | <p>Estado de la salud oral de los niños con retardo mental.</p>               | <p>Es el estado actual de la salud oral de los niños después de establecido el programa.</p> | <p>*Criterio de medición:<br/>-Índice de placa bacteriana.<br/>-Índice de caries.<br/><br/>*Criterio de evaluación:<br/>-Muy satisfactorio: 1-29%<br/>-Satisfactorio: índices de 30-49%.<br/>-Poco satisfactorio: índices de 50-100%.</p>   | <p>Se utiliza un plan de intervención: actividades, cuestionarios, etc. Anexo #1</p> |
| <p>Realizar un análisis de la información existente de educación y prevención oral en niños con retardo mental.</p>       | <p>Información de educación y prevención oral a niños con retardo mental.</p> | <p>Es la recopilación de información existente de educación y prevención oral.</p>           | <p>*Criterio de medición:<br/>-La información es clara y precisa.<br/>-Hay dominio del tema.<br/>-Despierta el interés del investigador.<br/><br/>*Criterio de evaluación:<br/>-Muy satisfactorio: cumple con la totalidad de los criterio de medición.<br/>-Satisfactorio: La información despierta el Interés del investigador, además debe de ser clara y precisa.<br/>Poco satisfactorio: la información no</p> | <p>Mediante la fuente primaria de información: Entrevistas, libros, etc.</p>         |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | es clara, no refleja el tema y no despierta el Interés del investigador. |  |
|--|--|--|--|--|

**\*Los criterio de evaluación y de medición son datos propios de las investigadoras.**

### **5.3 Población:**

Se va a realizar dos campos de trabajo:

1. La muestra de la evaluación del programa ya establecido: con 40 niños(as) con retardo mental leve y moderado que integran las aulas integradas de la escuela Miguel Obregón Lizano en Tibás ( 10 de los mismos han egresado al colegio) con la participación y ayuda de 2 docentes.
2. La muestra del plan de intervención de la educación y prevención de la salud oral: con 20 niños con retardo mental leve - moderado de la Escuela República de Haití en San José. (Esta muestra no representa a todo el universo del país)

### **5.4 Criterio de selección de pacientes:**

- ❖ Niños de ambos sexos.
- ❖ Niños de edad escolar.(7-15años)
- ❖ Estudiantes de aula integrada.
- ❖ Presentar un retardo mental leve-moderado.
- ❖ Nivel socioeconómico bajo – medio.

### **5.5 Procedimiento:**

El procedimiento de la evaluación del programa ya establecido:

- Se efectúan los trámites para el permiso con el fin de realizar el estudio en la escuela y a la vez se coordina con las maestras encargadas de las aulas integradas. Anexo 1
- Se realiza el primer acercamiento con los niños(as), con el propósito de conocer cada uno de los integrantes de las aulas para asegurar el éxito del programa de intervención.
- Se realiza actividades para conocer el grado de conocimiento que obtuvieron los niños durante la primera intervención. Anexo 2
- Se realizarán reuniones con los padres, madres o encargados y maestras con el propósito de conocer cómo es la ayuda que le han brindado a estos niños en la casa y en la escuela(en cuanto a la salud oral).
- Una vez realizadas las actividades para conocer el grado de conocimiento de la salud oral de los niños(as) estos datos se analizan y procesan.

El procedimiento del programa de educación y prevención oral de los niños(as) con retardo mental:

- Se efectúan los trámites apropiados para el programa en la escuela y a la vez se coordina con las maestras encargadas de las aulas integradas. Anexo 9
- Se realiza un primer acercamiento con los niños(as), con el propósito de conocer cada uno de los integrantes de las aulas, para asegurar el éxito del programa de educación y prevención oral.
- Se realiza un plan de intervención para la educación y prevención oral tanto a los niños, padres y maestras.
- Una vez realizadas las actividades del programa de educación y prevención oral estos datos se analizan y procesan.

## **5.6 Técnicas de recolección de datos:**

Fuente Primaria (Directa): Por medio de la revisión bibliográfica de Libros, monografías y tesis. Entrevistas con profesionales que se encargan de la atención de niños con retardo mental (odontólogo, maestros, psicólogos, pediatras y nutricionista, etc), además con la ayuda de fichas clínicas y videocintas.

## **5.7 Recursos:**

### **5.7.1 Recursos económicos:**

Todos los gastos serán financiados por las investigadoras, con excepción de las donaciones de la Colgate (Cepillos, pastas e hilos dentales). Anexo 10

### **5.7.2 Recursos humanos:**

Durante el estudio solo intervendrán dos operadoras.

### **5.7.3 Recursos materiales:**

- Espejos y exploradores dentales: se utiliza para realizar el examen oral del paciente.
- Solución reveladora de placa bacteriana: Es una solución que se utiliza para observar la placa bacteriana presente en la superficie de los dientes.
- Cepillos, hilos y pastas dentales: Son coadyuvantes de la limpieza bucal; se utiliza para limpiar los dientes.
- Glutraldehído: es un líquido que se utiliza como método de esterilización de instrumentos dentales.
- Papelería: entrevistas, circulares, dinámicas, odontogramas, fichas clínicas, filminas etc.
- Dentoformo: es una boca artificial para la demostración de la técnica de cepillado dental.
- Grabadora: medio que se utiliza para recopilar información.
- Videgrabadora: Se utiliza para grabar las actividades del programa de educación y prevención oral.

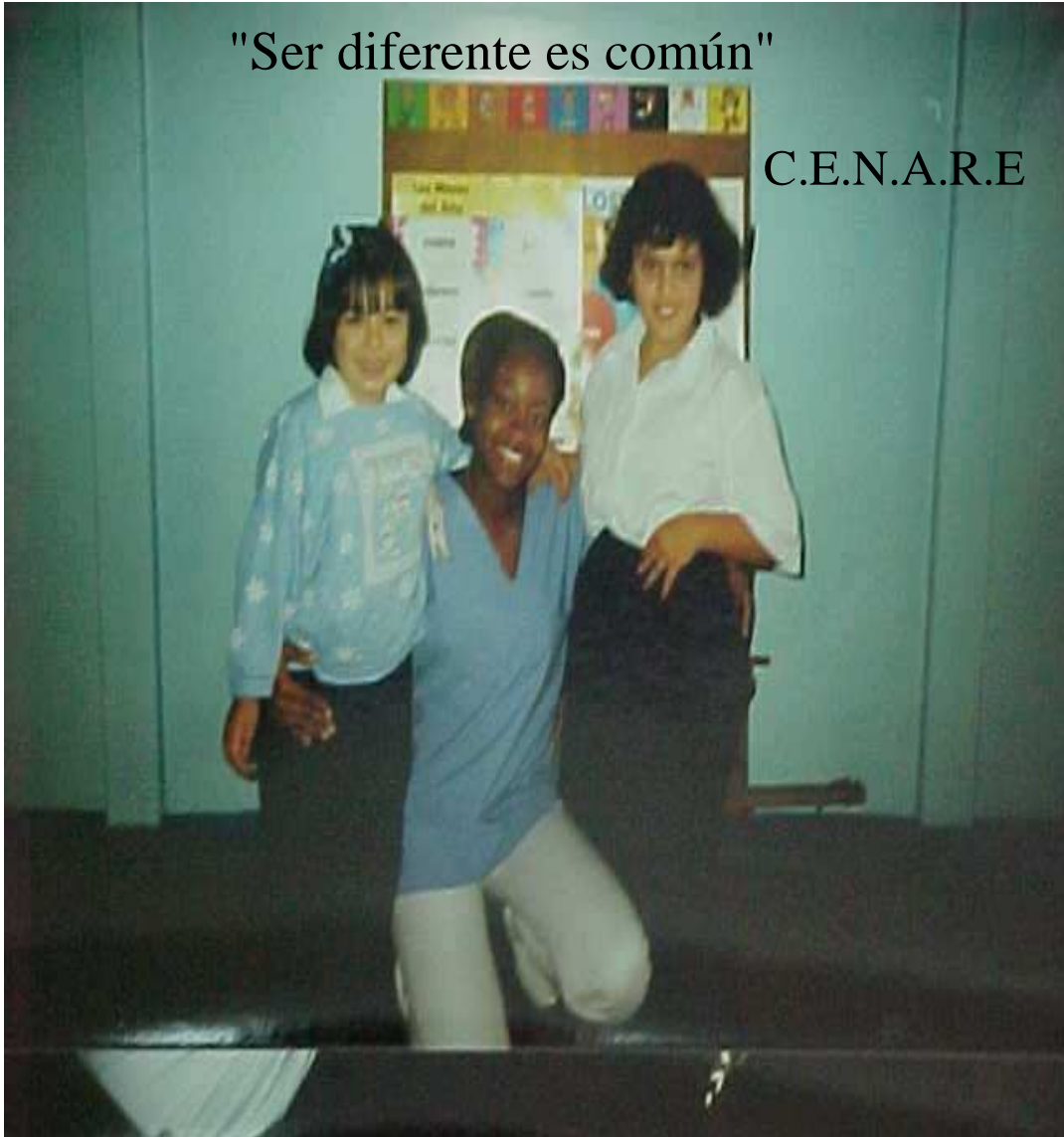
- Reproductor de video: Se utiliza para mostrar a los niños videos relativos al tema.
- Televisor: Se utiliza para presentar al niño videos relativos al tema.
- Cámara: Se utiliza para tomar fotografías del programa.
- Retroproyector: aparato para proyectar material didáctico.

**MARCO**  
**TEORICO**



"Ser diferente es común"

C.E.N.A.R.E



## 6. MARCO TEÓRICO

Todo niño necesita para desarrollarse una atmósfera de amor. Cada minuto y segundo que el niño pase en su hogar tiene que vivirlo lleno de amor y comprensión. Amor no significa sobreproteger sino dar al niño el grado de protección que le es útil para madurar y saber aprovechar este vínculo afectivo como un motor que estimule al niño a aprender y alcanzar el máximo grado de maduración personal. (Aguilar, H; 1974).

En Costa Rica existen 3 872 niños de 6 – 15 años con retardo mental. Esta población se distribuye de la siguiente forma ( C.E.N.A.R.E; Julio 1998):

|         | 6-11 años | 12-15 años | Total |
|---------|-----------|------------|-------|
| Hombres | 990       | 1 077      | 2 067 |
| Mujeres | 628       | 1 177      | 1 805 |
| Total   | 1 618     | 2 254      | 3 872 |

### 6.1 Conceptos:

**6.1.1 Retardo mental:** Se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento del individuo. Se caracteriza por un nivel de inteligencia inferior al promedio, la cual presenta, limitaciones en dos o más de las siguientes habilidades adaptativas: comunicación, actividades de autoayuda, vida en el hogar, habilidades sociales, relaciones comunitarias, autodirección, salud, seguridad, funcionamiento académico, descanso y trabajo.( Arce, S; 1997).

**6.1.2 Discapacidad:** Puede referirse a una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera intervención médica o una enfermedad mental. Tales dolencias, deficiencias o enfermedades pueden ser permanentes o transitorias. (ONU, 1994).

**6.1.3 Minusvalía:** Es la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás. Esta

palabra describe la situación de la persona con discapacidad en su entorno (Op.cit).

## 6.2 Clasificación del retardo mental.

Los niños con retardo mental presentan un déficit de la función intelectual (CI), siendo este el resultado de la relación existente entre edad mental y cronológica del individuo.

$$CI = \frac{\text{Edad mental}}{\text{Edad cronológica}} \times 100$$

El coeficiente de inteligencia de 50% de la población en general está comprendido entre los valores de 90-109%. (Bascones, A; 2000).

1. **Fronterizos:** son personas a los que les fue difícil su educación porque logran superar su problema, e integrarse a la sociedad. Pueden pasar desapercibidos como individuos “normales”. Su coeficiente intelectual puede estar entre 85 y 70 aproximadamente; abarcan más del 75% de los retardados mentales junto con los leves o educables.
2. **Educables o leves:** Antes a este tipo de niños, tenían que retirarse anteriormente de la educación primaria, actualmente con las aulas integradas y la educación especial, pueden seguir su estudio hasta el nivel más alto. Son útiles, pueden desempeñar empleos como: mensajeros, salones, jardineros, u otros. Su coeficiente intelectual es aproximadamente 70 y 65.
3. **Entrenables o moderados:** Son capaces de desempeñar trabajos mecánicos, como estar en una fábrica haciendo una sola tarea. Su coeficiente intelectual oscila entre 55 y 40 aproximadamente.

4. **Severos** : Individuos que necesitan ayuda o comprensión porque aprenden cosas mínimas, como hacer por sí solos sus necesidades corporales (en algunos casos). No pueden desempeñar ningún oficio. Su coeficiente intelectual está entre 40 y 25 aproximadamente.
5. **Profundo** : Este tipo de niños generalmente permanecen institucionalizado, encamado o encerrado en nuestro medio. Hay que asistirlo en todas sus necesidades. Su coeficiente intelectual es aproximadamente menor de 25. (Rodríguez, C; 1978).

### **6.3 Factores que aumentan el peligro de retardo mental. (Op.cit).**

#### **I Factores maternos:**

- a- Madres menores de 16 y mayores de 40 años.
- b- Antecedentes de abortos.
- c- Antecedentes de partos mortinatos.
- d- Antecedentes de desprendimiento prematuro de la placenta.
- e- Desnutrición.
- f- Enfermedades y trastornos de la madre tales como:
  - 1-Hipertensión renal.
  - 2-Nefritis.
  - 3-Diabetes sacarina.
  - 4-Toxoplasmosis.
  - 5-Retardo mental.
  - 6-Tabaquismo excesivo.
  - 7-Insuficiencia del cuello uterino.
  - 8- Otros.

#### **II Complicación de la gestación:**

- a- Hemorragias vaginales en el segundo o tercer trimestre.
- b- Choque hemorrágico.

**III Factores prenatales:**

- a- Tipo de gestación menor de 34 semanas.
- b- Estado al nacer
  - 1- Cianosis.
  - 2- Necesidad de reanimación.
  - 3- Insuficiencia respiratoria.
  - 4- Desprendimiento prematuro de la placenta.
  - 5- Operación de cesárea después de ensayo de parto.
  - 6- Mala aplicación de fórceps.
  - 7- Presentación de nalgas.

**IV Factores neonatales:**

- a- Necesidad de incubadora y oxígeno.
- b- Convulsiones tono insuficiente.
- c- Aumento escaso de peso.
- d- Vómitos y fiebre.

**V Otros:**

- a- Enfermedades a virus (meningitis)
- b- Fiebres altas no controladas.
- c- Accidentes y traumatismos.
- d- Errores congénitos del metabolismo (fenilcetonuria).
- e- Sífilis congénita.
- f- Irradiación de pelvis materna en los primeros meses del embarazo.

**6.4 Prevención del retardo mental.**

Existen medidas de prevención de carácter general que pueden reducir las causas de retardo mental. Entre ellos tenemos: (Chavez, E; 1991).

- 1- Consejos genéticos antes de la concepción.
- 2- Cuidado prenatal y temprano.
- 3- Buena asistencia durante el parto.
- 4- Cuidado post-natal desde la infancia temprana.
- 5- Evitar el uso de drogas durante el embarazo, igual que medicamento, excepto los prescritos por el médico.

- 6- Vacunar a los niños.
- 7- Tratamiento inmediato para enfermedades crónicas.
- 8- Dieta balanceada.
- 9- Evitar el contacto con radiaciones de ambos padres antes de la concepción y la madre antes del embarazo.
- 10- Ofrecer y utilizar servicios docentes y salud para todo niño desde su nacimiento especialmente si se trata de niños de alto riesgo.
- 11- Brindar asesoramiento y educación al padre de familia para que colabore con los servicios que recibe su hijo con retardo mental en el campo de la educación.
- 12- Definir en forma permanente la importancia que tiene la detección precoz tanto de las deficiencias como de discapacidades.

### **6.5 Características del niño con retardo mental.**

Estos niños son aptos a sufrir enfermedades de la piel, del corazón y los sentidos también se encuentran afectados.

La memoria en general es muy pobre y depende del grado de desarrollo. Entre las características físicas que presentan estos: una estatura menor que la población general; los ojos pueden ser de diferente color, tamaño o posición; a veces hay estrabismo; generalmente presentan párpados grandes lo que los hace achinados. Presentan boca grande o irregular con labios flojos. La nariz puede ser excesivamente grande o excesivamente pequeña. El cabello es escaso y liso; el lóbulo de la oreja suele estar unido; presentan también un cuello muy grueso. Maxilar inferior prominente y macrocefalia (lengua grande e hipotónica que suele mantenerse fuera de la boca).

Muestran una imaginación muy viva que se manifiesta en forma de ilusión; y se demuestra en sus dibujos y en su habilidad para inventar mentiras y planear travesuras de todos los tipos. (Aguilar, H; 1974).

Los niños con retardo mental pueden presentar los siguientes problemas emocionales:

- ❖ Sentimientos no suficientemente diferenciados (estos se refiere a sentimientos muy primitivos).
- ❖ Sugestibilidad (son capaces de sugestionarse por cualquier evento).
- ❖ Negativismo (sus pensamientos y sentimientos pueden volverse negativos a tal punto que no encuentran aspectos positivos en prácticamente ningún acontecimiento).
- ❖ Inestabilidad de la actividad o inercia (pueden estar un momento sin realizar casi ninguna actividad y luego mostrarse hiperactivos).
- ❖ Impulsividad (pueden ejecutar acciones sin pensar en las consecuencias).
- ❖ Temeridad (pueden no medir las consecuencias de sus actos).
- ❖ Euforia o distrofia (periodos de gran excitabilidad y períodos de depresión)

### **Síndrome de Down:**

Los niños con Síndrome de Down forman parte del grupo de retardo mental; ellos presentan una alteración cromosómica en su organismo que consiste en la presencia de un cromosoma extra en el par 21 poseen 47 cromosomas en lugar de 46. Entre las características físicas del Síndrome de Down están nariz chata, ojos rasgados, pelo lacio y tono muscular bajo.( Jasso, L; 1991)

El retardo mental no se presenta igual en todos los casos, varían de leve a profundo pero la mayoría están de leve a moderado. Se acostumbra a darles una clasificación numérica que se da en los niños Down es un promedio de 40 a 45 y con valores máximos de 66 a 79 aún cuando existen niños con cifras mayores. En la edad escolar existe comprensión pero lo fundamental o significativo es que se incrementa su capacidad para pronunciar más palabras. ( Op.cit)

El Síndrome de Down se da en todos los grupos étnicos, religiosos, estados socioeconómicos y nacionalidades. La mayoría son descritos como de buen carácter, amistosos, dispuestos a agradar y actúan generalmente en el rango de los retrasos que pueden ser educados. ( Op.cit)

Las características físicas no son proporcionales al grado de retardo mental, teniendo que un niño con rasgos muy marcados, no necesariamente tienen un retardo severo. ( Op.cit)

Las enfermedades que generalmente presentan los niños con retardo mental :

- ❖ Infecciones del pulmón.
- ❖ Enfermedades de la sangre: leucemia.
- ❖ Malformaciones del corazón.
- ❖ Deficiencias en el mecanismo de defensa.
- ❖ Problemas visuales y auditivos.
- ❖ Convulsiones en menor grado.
- ❖ Hiperactividad.





"No todo el mundo es igualmente inteligente para realizar un tipo de cosas"

Luis Jasso

## **6.6 EDUCACIÓN ESPECIAL PARA NIÑOS (AS) CON RETARDO MENTAL.**

### **6.6.1 Evaluación del niño con retardo mental:**

Para valorar a un niño con retardo mental se necesita la colaboración de varios especialistas como el neurólogo, psicólogo, maestros, otorrinolaringólogo y otros.(Op.cit).

En algunos casos los padres observan que el niño no se está desarrollando como los otros niños de su edad y lo llevan al médico a que le realice exámenes y análisis. Otras veces en el jardín de niños, la maestra observa que el niño no está funcionando como sus compañeros y lo remiten al psicólogo para que este determine si el niño tiene retardo mental o no. **La evaluación es necesaria e importante no con el fin de etiquetar al niño, sino suplir y determinar sus necesidades.** Se debe realizar un análisis minucioso del funcionamiento del niño donde se observa: cómo aprende el niño, qué es lo que el niño puede hacer en determinadas áreas de aptitudes e incluso su modalidad de asimilación preferida, es decir si aprende mejor con estímulos auditivos, visuales o táctiles. ( Op.cit).

En la evaluación deben intervenir diversos factores: el coeficiente intelectual, la maduración, aprendizaje, socialización y factores dinámicas cuyos límites son difícilmente predecibles (Op.cit).

La edad mental se establece mediante la evaluación psicomotor y del cociente intelectual comparándose con patrones prestablecidos de normalidad obtenidos también de niños sanos. El llamado coeficiente intelectual (CI) se usa para medir el nivel intelectual de los individuos y su gran aplicabilidad en todas partes se debe a que es un dato cuantitativo fácil de obtener. Es el resultado de una combinación de respuestas del niño al que se le aplican preguntas referentes a: el conocimiento geográfico, a los números y combinaciones; al esquema corporal a la apariencia física y las propiedades de los objetos, a los comportamientos que tienen por objeto reproducir figuras por medio de cubos de colores, etc.

Las personas con dificultad para aprender pueden presentar un aspecto diferente al de las demás personas. A veces no han completado su desarrollo o tienen la cabeza pequeña. Estas personas siempre serán más lentas para entender y para hacer cosas que otras personas de su misma edad. Pueden tener esta discapacidad desde el nacimiento o desde una edad muy temprana. (OMS/OPS, 1989).

### **6.6.2 La capacitación “ una herramienta para la independencia”.**

Muchas personas discapacitadas y sus familias viven con la esperanza de que la persona se curará algún día. Debido a esto, algunas no quieren que se les capacite para ser más independiente. Cuando se está ante una persona así es importante explicar a la familia que la discapacidad no desaparecerá y que es necesario aceptarla. (OMS/OPS, 1989).

La vida de una persona discapacitada puede mejorar mucho; se le debe explicar lo que puede hacer una persona a pesar de su discapacidad. Entender que **las personas discapacitadas son iguales a los demás miembros de su familia y de su comunidad**, que también deben de tener una vida feliz y útil. Algunos padres que no han recibido una información adecuada acerca de la discapacidad de su hijo pueden creer que es un castigo de Dios o que la discapacidad es contagiosa al tocar o mirar a alguna persona discapacitada. Muchos padres desgraciadamente no quieren hacer algo por sus hijos. En estos casos se debe explicar al padre la real causa de la discapacidad de su hijo. Informarle cuales son las actividades que pueden realizar el niño a pesar de su discapacidad; decirle cuales son los beneficios de la capacitación: que brinda una vida mejor, más feliz, independiente ayudando a la familia a hacer una vida más aceptable. (Op.cit).

La escuela ayuda a desarrollar su inteligencia, a aprender cómo es el mundo que lo rodea y a convertirse en miembros útiles de la comunidad. Es posible que algunos niños discapacitados no pueden aprender a leer, a escribir y a contar también como otros niños; sin embargo es importante que vayan a la escuela por las siguientes razones:

- ❖ La escuela ayuda a convertirse en adultos independientes.
- ❖ La escuela prepara para que puedan trabajar y ganarse su propio dinero.

- ❖ La escuela enseña a entenderse con los otros niños, a comportarse en grupo y a trabajar con otros; también enseña a los niños no discapacitados a convivir con los discapacitados.
- ❖ La escuela desarrolla las capacidades que los niños tienen.
- ❖ La escuela enseña a los niños a aceptar reglas y asumir responsabilidades.
- ❖ La escuela ayuda a hacer amistades y sienten el sentimiento de permanecer en grupo.
- ❖ La escuela les enseña actividades que los ayudarán a ser miembros útiles de su familia y de su comunidad.

### **6.6.3 Normas y procedimientos de los servicios educativos.**

La atención para la población con retardo mental debe de brindarse dentro del Sistema Educativo Nacional, en el ambiente menos restringido, posibilitando la atención de sus necesidades como personas y como estudiantes.

- ❖ **Centros de Educación Especial que atienden población con retardo mental:** Los centros de educación especial son aquellos que atienden estudiantes con retardo mental. La calidad de atención que se recibe en las instituciones, debe de estar en correspondencia con las necesidades particulares de cada alumno.
- ❖ **Aulas integradas:** Este servicio se ubica en las instituciones educativas del sistema regular de I y II ciclo. Forma parte de la escuela y como tal está bajo la responsabilidad del director(a) de la misma. Atiende a la población con discapacidad, es una cantidad menos significativa que la atendida en la Escuela de Educación Especial. Dependen técnica y administrativamente de la institución en donde se ubica. Tanto el personal como los estudiantes de las aulas integradas tienen los mismos derechos y deberes que los demás miembros de la institución. La población de las aulas integradas tiene la posibilidad de asistir a los actos cívicos, asambleas, desfiles, fiestas y celebraciones especiales, recibir atención médica u odontológica, orientación y comedor cuando la institución ofrece este tipo de servicios. (MEP, 2000)

## **6.7 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A NIÑOS(AS) CON RETARDO MENTAL.**

### **6.7.1 Aspectos generales.**

La salud es un derecho humano básico, por lo tanto los estados deben facilitar el acceso oportuno a todos los grupos, sectores sociales, a los servicios de salubridad, bajo los principios de equidad e igualdad. En muchos casos las desigualdades en la salubridad son el reflejo de las desigualdades de la sociedad. (Woodley, A;1999).

Integrar a niños con discapacidad no es más ni menos que aceptarlos y reconocerlos como miembros con pleno derecho de nuestra condición humana. Casi la totalidad de los discapacitados no encuentran en la sociedad mecanismos necesarios para lograr una integración acorde a sus posibilidades no solo por sus propias dificultades físicas o intelectuales sino también porque desde la misma sociedad no hay una apertura que les permita alcanzar esa deseable igualdad de posibilidades.(Op.cit).

El manejo de la discapacidad día a día, va cobrando más interés en la población de profesionales de la salud, principalmente en aquellos que tienen una concepción integralista de la misma ([www.discibilityworld.org](http://www.discibilityworld.org)).

Existen profesionales interesados de manera individual, pero aún a nivel institucional no se ha captado el problema que representa la atención a personas con discapacidad. Por falta de recursos económicos y humanos la formación de profesionales odontológicos es difícil.

En un gran número de facultades de odontología no se tratan estos conceptos o se realiza de manera somera. Los alumnos egresan por lo general con escaso o ningún conocimiento, actitud o destreza para el abordaje o tratamiento de personas con discapacidad, lo que conduce a una negatividad para proveer la atención requerida( Op.cit).

La rehabilitación integral por lo tanto es un proceso en el que la persona con limitaciones físicas y mentales logra desarrollar al máximo sus potencialidades a través de técnicas, servicios y recursos humanos (Woodley, A; 1999).

La rehabilitación integral ha de desarrollarse con un enfoque inter y transdisciplinario debido a que supone la colaboración de diversas, disciplinas basadas en los principios de cooperación, pertinencia, universalidad y utilidad tanto para el beneficiario y la sociedad en general (Op.cit).

Cada persona con discapacidad puede ser rehabilitada si está motivada, pero no todos lo logran, algunas únicamente alcanzan el éxito con rehabilitación institucional (Op.cit).

El paciente especial merece un espacio aparte porque por sus características psicosomáticas las actividades se deben adaptarse a ellos en la medida de lo posible. Los expertos en la materia sugieren que el tratamiento ideal para los niños con esta discapacidad debe basarse en planes de estimulación integral tan pronto como se diagnostique la deficiencia; en la atención de sus necesidades dentro de su comunidad, hasta donde sea posible. Además, debe involucrarse a los padres de familia y a los hermanos.

Los programas deben enfocarse globalmente desde lo físico y lo intelectual, no solo utilizando el cuerpo, en el espacio, sino también el empleo del lenguaje verbalizado partiendo de las vivencias del cuerpo, las relaciona con otros, el espacio, el tiempo los objetos y la efectividad. El primero y el más importante en la atención odontológica para el impedido no es sólo su orientación psicológica, sino también la de los padres.

Para llevar a cabo una rehabilitación integral del niño excepcional, se necesita la actuación de un equipo de profesionales, junto a padres de familia y a profesionales de la salud; los cuales intervienen en el momento oportuno: el odontólogo, enfermera, el psiquiatra, el neurólogo, el laboratorista clínico, otorrinolaringólogo, oftalmólogo y otros.

Sin embargo el equipo básico de evaluación se compone principalmente de un psicólogo, psiquiatra, pediatra, trabajador social, enfermera, neurólogo, genetista, fisioterapeuta y el educador.

El educador ocupa un lugar importante ya que está con el niño, muchas horas lo observa y lo estimula.

El neurólogo es un médico que se especializa en el diagnóstico y el tratamiento de trastornos del sistema nervioso central, el sistema que incluye al cerebro y a los nervios.

El psicólogo da un diagnóstico básico del comportamiento y potencial de rendimiento del niño. También se encarga del manejo de la familia y del ambiente y sirve de enlace en el equipo interdisciplinario.

### **6.7.2 Papel del odontólogo en la rehabilitación:**

El odontólogo que trate a estos niños debe utilizar la colaboración de su equipo e involucrar otros especialistas de esta rama de la odontología (el ortodoncista, cirujano oral, periodoncista, endodoncista, etc). Cuando sea necesario también debe mantener una relación con el pediatra por las características de la enfermedad del niño. **El odontólogo debe estar capacitado para evaluar la condición física y mental del niño, y saber que no está capacitado para efectuar diagnóstico detallados ni introducir tratamientos de carácter general**, más bien referir adecuadamente porque puede afectar la salud del niño y crear problemas personales con el paciente, especialistas y padres de familia.

El odontólogo no debe estacionarse sólo en su campo sino recordar que es un individuo de sociedad por lo que debe intervenir en todas las fases de la rehabilitación integral de menor a mayor grado.

En la actualidad en Costa Rica esta actuación del odontólogo es mínima debido ya sea a la poca educación que recibe en este campo, principalmente por la falta de conocimientos en niños excepcionales y en el trabajo en equipo o al temor de interactuar con otros profesionales y se meten en un campo específico.

El rechazo hacia el niño excepcional depende del odontólogo es normal debido a que no ha logrado una especialización, un estudio o un conocimiento de este tipo de

niños, pero una vez que esto se ha conseguido, al contrario del rechazo va a sentir atracción hacia él y se dará cuenta de la necesidad de servicio hacia todos estos casos.

### **6.7.3 Primera visita al odontólogo.**

La primera cita es importante, de ella depende en gran parte del comportamiento del niño en las próximas citas, debe estar rodeado de un ambiente de cariño y confianza que debe proporcionar el dentista y su personal. En manos del dentista está el sacar provecho en esta primera visita para que luego sean buenos pacientes, cooperadores y amigos. (Aguilar, H; 1978).

Para establecer una buena relación dentista-paciente y reducir la ansiedad con respecto a la asistencia dental, se ha demostrado que son muy útiles las siguientes líneas de actuación:

- 1- Hacer que la familia realice una breve visita a la consulta antes de acudir por primera vez el paciente.
  
- 2- Presentar a la familia y al paciente a los miembros de la consulta. De esta forma, se familiariza con el personal y las instalaciones y disminuyen su temor ante lo desconocido. (Mc Donald, 1998). El contacto físico es fundamental para brindarles confianza. Una caricia, un saludo amigable, son pequeñas cosas que el niño guarda y las agradece. En esta primera visita se observa el comportamiento del niño, su socialización su temperamento y capacidad para aceptar relaciones y circunstancias nuevas y ajenas a su rutina de vida, que involucre su persona y a terceros. Además deberá observarse otras deficiencias físicas y emocionales que están involucradas en cada caso. Con la preparación adecuada del dentista y del personal auxiliar se pueden llevar a cabo un servicio muy valioso (Aguilar, H; 1978).



- 3- Hablar despacio y utilizar términos sencillos de entender. Asegurarse de que el paciente comprende las explicaciones preguntándole si tiene alguna duda (Mc Donald, 1998). Hay que tener sumo cuidado, debemos explicar al niño todo lo que vamos a emplear y su uso. Por ningún motivo, se le debe engañar, pues el niño es un ente receptivo y con ello perderíamos su confianza (Aguilar, H; 1978).
- 4- Dar solo una instrucción cada vez. Recompensar al paciente con obsequios cada vez que finaliza con éxito un procedimiento ( Mc Donald, 1998). Otro recurso es la compensación que consiste en estimular cada cosa buena que haga el niño, por pequeña e insignificante que parezca, siempre hay que premiarla.
- 5- Escuchar atentamente al paciente. Las personas con retraso mental suelen tener problemas de comunicación, por lo que el dentista debe estar especialmente atento a los gestos y solicitudes verbales. Se debe conocer el comportamiento del niño en la casa, sus juguetes preferidos, el comportamiento con sus hermanos, amigos, etc.
- 6- Invitar a los padres a que ayuden en la sala o clínica.
- 7- Hacer que las visitas sean cortas. Evolucionar de forma gradual la realización de los procedimientos.
- 8- Citarlo a primera hora cuando el dentista, su personal auxiliar y el mismo paciente está menos fatigado.

#### **6.7.4 Manejo de la conducta del niño(a).**

El control de la conducta no es algo negativo, al contrario es conveniente para su propio progreso. Para lograr con éxito el tratamiento dental (educación y prevención oral) se debe comprender su conducta y la de sus padres.

Objetivos del manejo de la conducta (Bascones, A; 2000):

- ❖ Establecer una buena relación con el niño y los padres, tanto desde el punto de vista verbal como no verbal (la mirada, la voz, la postura, la gestualidad, la proximidad y la vestimenta).
- ❖ Ganar la confianza del niño y de los padres.
- ❖ Ganar su aceptación del tratamiento dental.
- ❖ Explicar al niño y los padres los aspectos positivos del cuidado dental preventivo.
- ❖ Proporcionar un ambiente relajado y cómodo para el personal del consultorio durante su trabajo con el niño.

### **6.7.5 Actividad y actitudes del odontólogo.**

Contar con el conocimiento básico para el trato del niño con retardo mental es fundamental para el odontólogo. Al tratar con estos niños el odontólogo debe manejar los sentimientos, de los mismos con sensibilidad y comprensión (Op.cit).

La unión entre el odontólogo y su personal juega un papel importante, en las actividades de educación y prevención oral (Op.cit).

La comunicación es la llave para guiar la conducta y se ha de fomentar para que el niño se sienta físico u emocionalmente seguro y responsable de su comportamiento (Op.cit).

Informarse sobre el niño, utilizar un poco de tiempo para hablar. Recordar su nombre y tratar de descubrir cuáles son sus aficiones, gustos y todo aquello que puede disgustarle. Hacer referencias breves sobre el nombre de su muñeco favorito, etc. (Op.cit).

Ignorar las demostraciones iniciales de no cooperación. Describir el tratamiento que vaya a realizarse, explicando de forma sencilla y directa cual va a ser el tratamiento y cuál son sus razones. No mostrarse confuso ni balbuceante. Mostrar los instrumentos y el equipo. Enseñar al niño como funcionan el sillón dental, la lámpara operativa, la luz,

la escupidera y los diversos instrumentos. Si es oportuno, realizar una operación simulada (Op.cit).

Presentar un plan de tratamiento adecuado para la sesión y llevarlo a cabo. Decir al niño con precisión qué se le va a hacer durante la visita, pero sin prometerle demasiado ni demasiado poco para no provocarle así frustraciones profundas (Op.cit).

Asegurarse de que sus padres no les han hecho sus propias promesas, lo cual puede poner al odontólogo en una situación difícil.

Para trabajar con tranquilidad hay que evitar los movimientos bruscos y no manejar los instrumentos de forma que hagan ruido. Tratar de interesar y distraer al niño (Op.cit).

Lo que se dice en una conversación no es tan importante como conseguir que la voz suene amistosa. El timbre de la voz es el instrumento más importante para controlar al niño. Si el niño llora no debe aumentar automáticamente su propio tono de voz, ya que el efecto puede ser muy importante para el paciente. El control de la voz es la modificación del timbre, la intensidad y el tono de la propia voz es un intento de dominar la interacción entre el profesional y el niño. Se puede hablar en voz alta con el fin de llamar la atención del niño sacándolo de su conducta interruptiva o cuando este ganada su atención, se baja la voz ajustándola a la del niño.

En cuanto a la vestimenta del odontólogo aunque los niños(as) que han tenido experiencias desagradables en el hospital pueden mostrar reacciones negativas frente a la bata blanca del odontólogo. Por esta razón es recomendable utilizar colores pasteles porque no les altera el estado de ánimo. No obstante si hay un factor que influye en el miedo, es la mascarilla, la explicación de dicho miedo es que al ponerse el odontólogo la mascarilla desaparecen los rasgos físicos de identificación generando inseguridad en el niño a lo largo del tratamiento. (Op.cit).

Permitir que el niño manipule objetos dentales como el aspirador de saliva o un espejo manual, satisface sus deseos por demostrar y fomentar su competencia, a los niños mayores les envía el mensaje de que son importantes y forzada (Op.cit).

Junto con la distracción se puede utilizar la técnica de la imaginación guiada, son muy útiles las técnicas de contar historias el cuento, puede ser totalmente improvisado o reflejar un tema establecido (Op.cit).

El odontólogo puede reducir el temor primero diciéndole al niño lo que va a hacer en ella luego mostrándole el nuevo ambiente y finalmente haciendo lo que se le dijo que se haría

(técnica de decir-mostrar-hacer). En el empleo de este método se deberá tener cuidado especial de usar un lenguaje y conceptos que el niño pueda comprender. Dichas explicaciones no deben prolongarse porque le puede producir ansiedad al niño. El odontólogo demuestra al niño el procedimiento en el mismo o en un objeto inanimado (esta debe de ser breve y simple) (Op.cit).

Un reforzador se puede definir como el fortalecimiento de un patrón de comportamiento, que aumenta la posibilidad de que en el futuro se mantenga dicha conducta. Dispensar un reforzador significa dar un reforzador después que ha realizado una conducta deseada. Un reforzador positivo, sinónimo de recompensa es un evento, conducta u objeto que aumenta la frecuencia de cualquier conducta a la que sigue. Puede ser material (alimentos, bebidas, dinero, diplomas, toda clase de objetos), el social es (atención, sonrisa, elogios y comentarios verbales), de actividad (una actividad que es agradable para la persona en cuestión) (Op.cit).

#### **6.7.6 Examen clínico.**

La primera visita se aprovecha para hacer el interrogatorio, se debe ser muy completo. En el curso del tratamiento se va completando, es necesario interrogar a los padres. Una anamnesis completa debe incluir los antecedentes personales (médicos y odontólogos) del paciente pediátrico.

En la consulta odontológica los problemas de comportamiento suelen estar en relación con la incapacidad del niño para comunicarse con el médico y poder así seguir

sus instrucciones. En ocasiones esta incapacidad es atribuible al bajo coeficiente intelectual. Ocurre a menudo que los padres no comunican al odontólogo de manera voluntaria que su hijo tiene un coeficiente intelectual bajo o bien que presenta un trastorno del aprendizaje. (Mc Donald, 1998).

No se les debe exigir demasiado, si el primer día no quisieron entrar a la clínica, esperar hasta la próxima vez y dedicar ese tiempo a convencerlos mejor, pero nunca sentarlos y tratarlos a la fuerza, sería el peor error a cometer, pues el concepto que adquiere el niño del dentista, sería pésimo perdiendo como consecuencia al paciente (Aguilar, H; 1978).

Pero si al contrario se logra sentar al paciente en la silla dental debemos convenserle, contarle un cuento, hablar de sus juguetes preferidos, de la escuela o de la casa, nunca sentarlo(a) y abrirle la boca inmediatamente, sería traumático.

El examen se lleva a cabo en forma rutinaria se examinará primero la arcada superior y luego la inferior en busca de signos de caries y de anomalías hereditarias, si hubiere que suspenderlo por alguna razón (Ejemplo: Enjuagarse) se suspende pero no debe dejar que esto sea un juguete para el niño buscando la flexibilidad pertinente en cada caso. Además deberá anotar la presencia de caries, defectos en la oclusión, problemas periodontales, defectos en la articulación temporomandibular, cualquier otra anomalía, inspeccionar y palpar con meticulosidad los tejidos de la boca, los labios, el suelo de la cavidad oral, el paladar y las encías.

Cuando el odontólogo descubra en el niño signos de un trastorno o de una enfermedad sistemática ya sea crónica o aguda, debe consultar con su pediatra para conocer el estado del niño, el pronóstico a largo plazo y el tratamiento farmacológico que recibe en ese momento.

También hay que observar si el niño presenta un aliento característico o una saliva de cantidad o consistencia anormal. La xerostomía también es un problema frecuente para muchos niños con discapacidad se puede utilizar saliva artificial.

El examen clínico de niño con síndrome de Down puede ser:

- ❖ Una cavidad pequeña lo que propicia que sus dientes sean lentos en su crecimiento y en la erupción de los mismos.
- ❖ El orden en que van erupcionando es frecuentemente desordenado. No es raro observar que primero erupcionen los incisivos superiores antes que los inferiores y en algunos casos erupcionan las molares antes. Además del retraso en la erupción los niños Down tienen tendencia a perder los dientes a edades tempranas lo que frecuentemente es debido o causado por la denominada enfermedad periodontal.
- ❖ También es común que los dientes permanentes tengan anomalías de tamaño, forma y alineamiento
- ❖ La corona del diente es fundamentalmente corta y pequeña.
- ❖ Por lo general se encuentra hábito de lengua lo que puede causar mordida cruzada anterior.

Los niños con retardo mental en general presentan caries profundas, enfermedad periodontal y halitosis.

### **6.8 Educación para la salud oral.**

La educación para la salud es la disciplina que se ocupa para iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de inferir favorablemente en los conocimientos, actitudes, prácticas del individuo con respecto a la salud.

La integración educativa no se reduce a la simple presencia física, en los centros educativos comunes de los alumnos escolarizados en escuelas especiales; si no que consiste en proporcionar un marco teórico que posibilite el desarrollo de los pacientes con retardo mental en función de sus posibilidades y en función de sus capacidades.

Todos los niños incluyendo los que presentan retardo mental usan los sentidos como medio de aprendizaje. Este se produce a través de una combinación del ver, oír, degustar y tocar.

La salud bucal es importante para la masticación adecuada, la digestión, el aspecto y el habla para lo que se necesita realizar una buena higiene bucal por medio de un programa educativo a largo plazo, en donde la participación de los padres es fundamental.

**Hay que dedicarle tiempo significativo en la consulta odontológica a la educación del niño, de los padres o tutores, acerca de la higiene oral, tratar de que se tome conciencia en el hogar que con estas rutinas se pueden evitar problemas a un futuro.**

#### **6.8.1 Desarrollo de los niños con retardo mental.**

Hay dos factores que intervienen en el mismo:

- ❖ Las capacidades neurológicas y biológicas del niño.
- ❖ Los factores ambientales (tipo y la cantidad de estimulación que el niño recibe en casa y en la escuela).

El desarrollo cognoscitivo del niño:

Las habilidades del niño para pensar y razonar no se desarrollan de la misma manera que si no lo tuviera. Les toma más tiempo asimilar la información y las habilidades nuevas y requieren más repetición y recordatorios para aprender. Se les dificulta enfocar su atención, tienen menos pensamiento crítico, tiene habilidades limitadas para pensar en abstracto y para almacenar y recuperar información

El desarrollo del lenguaje:

Debido a los problemas de la atención y la memoria al niño se le pueden dificultar el recordar y entender el significado de las palabras y cómo suenan. El bajo tono muscular

en la cara y la boca difícil articulación de palabras. Cuanto más concreto sean los conceptos más fácil lo aprenden.

El desarrollo motor:

La mayoría presenta inmadurez por que toman los objetos (como el cepillo de dientes) con todo el puño más que con los dedos. Por esta razón es importante modificar el mango del cepillo de dientes del niño.

Las habilidades sensoriales:

A algunos niños se les dificulta procesar las sensaciones del tacto, pueden ser extremadamente sensibles a que los toquen y algunos les disgusta los alimentos con ciertas texturas, sabores y temperaturas (hipersensibilidad oral).

El desarrollo socio emocional:

La mayoría de los niños que padecen retraso mental leve a moderado aprenden habilidades sociales apropiadas para muchas situaciones.

Destrezas de juego:

El juego es un vehículo importante para aprender y practicar habilidades. Con práctica los niños con retardo mental pueden disfrutar de una amplia gama de actividades.

### **6.8.2 Etapas del proceso de aprendizaje del niño con retardo mental:**

El planteamiento de actividades debe programarse de acuerdo con las diferentes etapas del proceso de aprendizaje tales como: adquisición, dominio, mantenimiento y generalización.

(M.E.P; 2000).

- ❖ En la etapa de adquisición se tiene como propósito que el niño conozca lo que va a aprender. El odontólogo debe de ser muy activo, si se usa la exposición debe acompañarla de muchos ejemplos prácticos y permitir actividades vivenciadas por parte del niño.



- ❖ En la etapa de dominio el niño ya conoce la conducta o conocimiento que debe dominar, se puede realizar muchos ejercicios prácticos en forma independiente, que facilite la ejecución.
- ❖ En la etapa de mantenimiento debe ayudarse al niño para que mantenga la conducta o conocimiento a través del tiempo. Por lo que hay proporcionarle actividades que le permitan seguir aplicando estas conductas independientemente.
- ❖ En la etapa de generalización el niño debe ser capaz de aplicar los conocimientos o emitir la conducta en circunstancias totalmente ajenas a las que está acostumbrado.

El material didáctico para el aprendizaje de un niño con retardo mental es un gran auxiliar. Se recomienda que sea abundante atractivo, manipulable por el niño y a nivel de sus capacidades. El material audiovisual es de gran importancia, el odontólogo debe utilizar con frecuencia grabadoras, videos, murales otros (Op.cit)

### **6.8.3 Participación de los padres de familia:**

El estrecho vínculo del odontólogo con la familia, es una de las condiciones decisivas para obtener éxito en la educación oral de los niños. Se debe procurar que los padres participen en el desarrollo del programa. Al elaborar un programa educativo hay que considerar lo siguiente:

- ❖ Los padres de familia son personas claves en el desarrollo socioafectivo y cognoscitivo del niño.
- ❖ Los padres de familia quieren y necesitan información acerca de las necesidades educativas especiales que presenta su hijo.
- ❖ Los padres son fuente de información valiosa respecto a las características particulares de su hijo.
- ❖ Los padres varían en conocimientos, habilidades, disposiciones y estilos de vida.
- ❖ Los padres de familia se motivan y participan en los programas de sus hijos cuando son tomados en cuenta y se sienten libres del fracaso o cualquier otro tipo de amenaza.
- ❖ Es necesario implementar programas de capacitación para el personal involucrado en cada escuela, con el objetivo de mejorar las relaciones entre los mismos.

#### **6.8.4 Sugerencias para el odontólogo que brinde educación oral a niños con retardo mental.**

- a- Cuando explique algo al niño utilice instrucciones sencillas, pocas palabras, en forma clara y despacio. Se le debe de hablar de acuerdo la edad mental del niño.
- b- Pida al niño que realice actividades cortas. Las actividades largas pueden cansar y distraer al niño. Exija terminar todo el trabajo al niño.
- c- Organice el trabajo con el niño, explique las actividades que va a llevar a cabo en el día.
- d- Enséñele al niño a realizar actividades. Explique y demuestre las acciones para que el niño aprenda. Revise el trabajo del niño mientras lo realiza, si necesita ayuda bríndela.
- e- El juego es una de las formas que tiene el niño de informarse acerca del mundo que lo rodea.
- f- Conozca a los padres del niño y trabaje junto a ellos para coordinar mejor las actividades.
- g- Conozca bien al niño. Puntualice sus áreas fuertes y débiles.
- h- Infórmese sobre retardo mental para que se sienta cómodo, preparado y seguro.
- i- No sobreproteja al niño, ayúdele cuando lo necesita. Hágalo más independiente.
- j- Estimule al niño que trata de realizar actividades sin ayuda.
- k- Permita que otros compañeros le ayuden sin llegar a la sobre protección.
  
- l- Tenga presente que los niños con retardo mental presentan las mismas secuencias de desarrollo cognoscitivo que los sujetos normales, solo que lo hace de forma más lenta y necesitan de muchas actividades para lograr aprender.

### **6.8.5 Promoción de la salud oral.**

“Se debe adecuar este vocabulario a la edad mental del niño y al nivel de conocimiento del padre de familia”.

#### **a. La boca y sus partes.**

##### **a.1 Las glándulas salivales.**

La saliva es producida por las glándulas salivales, que se dividen en mayores y menores. Las menores se encuentran en la membrana mucosa de toda la boca. Las mayores incluyen aquellas donde su conducto de salida se encuentra en la mejilla frente a los molares superiores (glándula Parótida), y las de debajo de la lengua, justo por detrás de los dientes incisivos (glándula Sub-mandibilar). La saliva actúa como lubricante de las mucosas orales, elimina bacterias y contiene enzimas que inician las primeras etapas de la digestión de los alimentos, que también contienen anticuerpos que impiden la infección de las membranas mucosas. (Fallas S; 2000)

##### **a.2 La lengua.**

La lengua está compuesta por músculos, interviene en funciones importantes como la deglución, masticación, succión y fonación; es muy sensible lo que permite detectar cambios mínimos en la boca. En su superficie se observan elevaciones pequeñas llamadas papilas, que son las encargadas de distinguir entre los alimentos salados, dulces, amargos, ácidos etc. (Op. cit).

##### **a.3 La encía.**

Es el tejido blando que cubre los maxilares y rodea los dientes. Posee una alta vascularización gingival que ayuda a combatir infecciones. La encía sana es de color rosado pálido o brillante, y la superficie externa posee un punteado naranja. (Op. cit).

##### **a.4 Los dientes.**

Un diente está formado por una corona y una o más raíces que se insertan en el hueso de los maxilares. La corona está cubierta por el esmalte, debajo de este está la

dentina que es el componente principal de la corona y la raíz; la dentina posee túbulos dentinarios que están llenos de líquido y están en contacto con la cámara pulpar y el conducto radicular; ambos están rellenos de tejido conectivo ricos en vasos sanguíneos y nervios. (Op. cit).

**- Dentición temporal.**

La posición de los dientes temporales de acuerdo con Koch, queda determinada entre la sexta y octava semana de desarrollo embrionario. Estos son en general más pequeños que los permanentes, sus coronas son más bajas y redondeadas. La cámara pulpar y los conductos ocupan una porción comparativamente grande en los dientes temporales. Antes de la erupción de los dientes permanentes, las raíces de los dientes temporales son reabsorbidas y sus coronas se caen. Por lo general se piensa que el diente permanente crea presión en el diente temporal produciendo su reabsorción. (Op. cit).

**- Dientes permanentes.**

Los dientes permanentes empiezan a formarse entre la 20ª semana de vida prenatal y el 10º mes de desarrollo post-natal. El estadio de la erupción abarca, el lapso comprendido entre los 6 y los 12 años a excepción de los terceros molares. El tiempo promedio que transcurre de la exfoliación de un temporal y la salida de su sucesor permanente, es de cero días a 4 o 5 meses. La edad de erupción de los dientes permanentes es en general más variable que la observada en los temporales. Además, existen ciertas diferencias relacionadas con el sexo: las niñas se adelantan un poco a los varones. (Op. cit).

**- Dentición mixta.**

Para el momento de la erupción de los primeros molares permanentes, en general ha desaparecido todo el espacio inicial entre molares y caninos temporales. El primer molar permanente hace erupción en contacto con el segundo molar temporal. (Op. cit).

## **b. Placa bacteriana.**

El término placa bacteriana se utiliza universalmente para describir las bacterias vinculadas con la superficie dental. Es una estructura adherente de bacterias mixtas, polisacáridos, etc. La formación de la placa dental comprende dos procesos principales: la adherencia inicial de organismos salivales a la película adquirida y proliferación de bacterias ligadas a las células ya unidas. En el desarrollo de la placa dental, se requieren dos procesos adhesivos; primero las bacterias deben adherirse a la superficie de la película y estar bien ligadas y resistir las fuerzas de limpieza bucal; segundo, deben crecer y adherirse una en otras para permitir la acumulación de placa. (Op. cit).

## **c. Enfermedades Orales.**

### **c.1 Las caries dentales.**

La carie es una enfermedad producida por las bacterias de la placa dental, las cuales convierten el azúcar en un ácido capaz de lesionar la superficie externa del diente. (Op. cit).

El esmalte, la cubierta externa del diente, es el tejido más duro y mineralizado del organismo. Está constituido fundamentalmente (99%), de hidroxiapatita, que es compuesto de calcio y fósforo. El proceso comienza cuando el ácido producido por el metabolismo de las bacterias, disuelve la superficie externa del esmalte adoptando un color blanquecino, pero sin modificar la superficie lisa. Si este proceso persiste la carie penetra produciendo irregularidades en el esmalte, sin embargo aún no existe cavidad y el esmalte continuo presentando un contorno normal, pero adopta un color blanquecino mate, si la carie persiste, la superficie del esmalte se socava y aparece una cavidad a un que es poco profunda, ya evidencia penetración microscópica hacia la dentina. (Op. cit).

### **c.2Gingivitis.**

La gingivitis es una inflamación simple de la encía causada por la acumulación de placa bacteriana. Puede permanecer por periodo indefinido o proceder a la destrucción de las estructuras de soporte hasta degenerar a una enfermedad periodontal (Retana. G. Hospital Calderón Guardia).

### **c.3 Enfermedad Periodontal.**

Por efectos de este estudio solo nos referimos a la enfermedad periodontal Prepuberal o Temprana; y la Periodontitis Juvenil.

- Periodontitis Prepuberal: es una enfermedad periodontal temprana que se asocia a microorganismos como bacteroides intermedius, Capnocytophaga sputigena. Dicha enfermedad puede ser localizada cuando afecta solo a unos dientes de la dentición temporal; generalizada cuando presenta rápida pérdida de hueso, movilidad y pérdida de piezas.
- Periodontitis Juvenil: se inicia cerca de la pubertad (14- 20 años); puede tener bases genéticas, su origen se relaciona con enfermedades sistémicas (anormalidades de la adherencia de neutrófilos, agranulocitosis, neutropenia). Afecta más a mujeres en relación 3:1, sus lesiones son bilaterales, simétricas. Está asociado a Actinomycetes comitans, capnocytophaga haemophylus, Bacteroides intermedius, Eikenella. (Op. cit).

### **c.4 Halitosis**

Se produce por la acumulación de la placa bacteriana y la consiguiente alteración de las estructuras periodontales; producto de la sumatoria de la acumulación de la materia alba, restos alimenticios, estancamiento salival, hemorragia gingival etc. La halitosis se controla con el cepillado dental adecuado, incluyendo la lengua, utilizando enjuagues, controlando hábitos como el tabaquismo, alcohol e ingesta de alimentos muy condimentados. (Op. cit).

## **d. Hábitos Orales**

### **d.1 Succión Digital.**

Un hábito digital puede causar diversos cambios dentales, lo cual depende de su intensidad, duración y frecuencia. La intensidad es la cantidad de fuerza aplicada en los dientes durante la succión; la duración se refiere a la cantidad de tiempo que se dedica a la succión del dedo; la frecuencia es el número de veces que realiza el hábito durante el día, la duración tiene la función más crítica de en los movimientos dentales producidos por un hábito digital. Los experimentos clínicos demuestran que se requiere de 4 a 6 horas de aplicación de fuerza por día para ocasionar movimiento dentario. Como signos clásicos de un hábito activos se señalan: mordida abierta anterior; movimiento vestibular de los incisivos superiores y desplazamiento lingual de los inferiores; colapso maxilar. (Pikham, 1994).

### **d.2 Hábitos Labiales.**

Son las referentes de la manipulación de los labios y estructuras peribucales. Los efectos de este hábito, de lamerse los labios, chuparse los labios son relativamente benignos. Los cambios más evidentes que se relacionan con estas costumbres son enrojecimiento, inflamación, resequedad de los labios y tejidos peribucales durante época de frío, no es fácil saber con certeza que cause maloclusión. (Op. cit).

### **d.3 Onicofagia.**

Se refiere al hábito de morderse las uñas. Los estudios demuestran que la cantidad de individuos que se muerden las uñas aumenta en la adolescencia. Se sugiere que dicha costumbre es una manifestación de mayor estrés en el sujeto. No hay indicio que el morderse las uñas cause malocusión o cambios dentales. (Op. cit).

### **d.4 Bruxismo.**

Es el hábito de “rechinar los dientes”, ocurre a menudo cuando se duerme o durante el día. Casi todos efectúan un poco de bruxismo, el cual ocasiona desgaste moderado de caninos y molares primarios. Puede causar hipersensibilidad de la musculatura masticatoria y dolor en la articulación temporomandibular. En casos raros el desgaste oclusal es tan grande que requiere coronas de acero inoxidable para prevenir la exposición pulpar o eliminar sensibilidad dentaria. (Op. Cit).

## **e.Coadyuvantes de la Higiene Oral.**

### **e.1Cepillado Dental.**

El objetivo del cepillado dental es remover mecánicamente la placa dental del interior y exterior de las superficies oclusales de los dientes. El cepillo dental puede ser mediano o blando, su mango rígido o angulado para que sea fácil de sujetar, su cabeza no debe ser demasiado grande. (Fallas S. 2000).

### **e.2 Hilo Dental.**



En los espacios inter-dentales, afirma B. Koch, el cepillo no puede introducirse, por ese motivo debe de complementarse la higiene con el uso del hilo dental. Se recomienda a menudo en la higiene preventiva de las caries. Su uso incorrecto puede dañar los dientes y la encía. (Op. cit).

### **e.3 Enjuagues Bucales.**

Para obtener un mejor resultado en la higiene oral y los métodos de control de placa se recomienda el uso de enjuagues orales. Estos tienen la función de disminuir la formación de placa bacteriana. El uso de enjuagues orales en niños debe ser controlado ya que algunos niños pequeños aún no pueden esputar y tienden a tragar el enjuague tal cosa puede causarle daños estomacales.

### **f. Flúor.**

El uso constante de fluoruro tiene gran importancia en el control y prevención de la caries dental tanto en niños como en adultos; el flúor proporciona a la dentición los siguientes aspectos: Mejor resistencia a la desmineralización de la estructura dental; refuerzo del proceso de remineralización; y menor potencial cariogénico de la placa dental. (Fallas S. 2000).

### **g. Profilaxis.**

Se refiere a la remoción mecánica de la placa bacteriana en el consultorio dental, la cual se realiza con la ayuda de pasta profiláctica, dicha remoción de placa debe realizarse cada seis meses, seguida de una aplicación de flúor como forma de prevención.

### **h. Sellantes de Fosas y Fisuras.**

El sellado se acepta como un método seguro y eficaz para la prevención y el tratamiento de las caries iniciales de fosas y fisuras, se recomienda utilizarlo en todas las

piezas dentales sin pensar que pueden llegar a cariarse. El método se basa en la técnica de grabado ácido, en la cual la resina se une al esmalte en forma tan efectiva que impide la filtración hacia la fisura subyacente, y de esta forma la microflora sufre falta de nutrientes para el proceso carioso. (Fallas S. 2000).

#### **i. Dieta.**

Es importante destacar la necesidad de un asesoramiento dietético, para la prevención de caries. En primer término, se reconoce que el consumo de azúcar es uno de los elementos contribuyentes en la etiología de las caries. En segundo término, los hábitos alimentarios formados en la niñez, son a menudo difíciles de modificar más adelante en la vida, por eso en los niños (as), y adolescentes, es muy importante cambiar los hábitos dietéticos inadecuados y promover en éstos grupos y sus familias la adquisición de conocimientos, creencias y actitudes que contribuyen a la producción de la salud (Fallas S. 2000).

### **6.9 Prevención para la salud oral.**

**La prevención es la base de la odontología.(Katz, 1993).**

La prevención oral es importante para individuos con discapacidades, mentales y físicos. Los programas de prevención deberían de desarrollarse temprano y elevarlos a largos términos.

La prevención de las enfermedades orales antes de su inicio constituye la mejor forma de garantizar una buena salud dental en cualquier persona.

Es obligación del dentista, enseñar los métodos preventivos al niño, y a los padres. Estas medidas incluyen técnicas de cepillado, aplicación tópica de flúor, dieta adecuada, uso del hilo dental, etc. (Mc Donald, 1998).

Debido a que la salud general de estos niños es deficiente en muchos casos los padres y profesionales le dan poca atención a la salud oral sin estar conscientes de que

manteniendo ésta en condiciones óptimas, estamos contribuyendo para una buena salud general, evitando muchas molestias al niño y a su familia.(Op.cit)

Si el niño está ingresado en algún tipo de institución el personal de la misma debe aprender las técnicas adecuadas para sus cuidados dentales. Es adecuado efectuar sesiones periódicas de aprendizaje y resolver los problemas que pueden plantear el programa de higiene oral aplicado (Op.cit).

### **6.9.1 Algunas recomendaciones sobre la higiene oral según la edad del niño:**

**Niños de edad escolar 6-12 años:** El niño acepta responsabilidades; como faenas domésticas y los quehaceres aunque la higiene oral debe estar bajo supervisión de los padres. Es necesario la supervisión regular de los dientes del niño. A esta edad no representa un peligro tan grande la ingestión de productos fluorados puesto que algunos capaces de escupir.

El tratamiento de la maloclusión se inicia ahora a una edad precoz, estos niños tienen más experiencia sobre los tratamientos y existe riesgo de caries y enfermedad periodontal. En estos casos es necesario prestar atención a la higiene oral. Debe aumentarse la frecuencia del cepillado de los dientes y el uso de seda dental (Op.cit).

**Adolescentes 12-19 años:** Aunque los adolescentes son capaces de llevar a cabo la higiene oral; el mayor problema es el cumplimiento. Los malos hábitos dietéticos y los cambios hormonales de la pubertad aumentan el riesgo de los adolescentes para presentar caries e inflamación gingival.

Tanto padres como odontólogos deben de ayudar a los jóvenes en este estado de la vida, para que acepten su papel, es útil destacarles el incremento de responsabilidades que tienen como adultos pero sin adoptar un carácter autoritario. Para motivar a estos pacientes es aconsejable aumentar sus conocimientos sobre el control de la placa dental y de las enfermedades orales, así como interesarse por su aspecto.

**6.9.2 Cepillado dental:** El cepillado es el método más utilizado para eliminar la placa bacteriana de la cavidad oral. Para el diseño y fabricación de los cepillos de

dientes se tienen en cuenta las siguientes variables: material de la cerda, la longitud, el diámetro y número total de fibras, diseño de la cabeza del cepillo, así como la angulación, longitud y orientación del mango.(Mc Donald,1998)

El cepillo blando es el más adecuado en odontología infantil ya que se asocia con las encías y un aumento en la capacidad de la limpieza interproximal (niños menores de 12 años) el cepillo mediano para niños de 12 años en adelante. Hay que evaluar el cepillo porque un mango más grueso y una cabeza más pequeña en relación con el adulto, podrá lograr un fácil acceso a la cavidad oral y para que el niño pueda agarrarlo mejor (Op.cit). A los niños con retardo mental se les facilita el cepillarse los dientes con un espejo grande al frente.

Frecuencia de cepillado: Cuando se trata con pacientes que no pueden ser tan minuciosos con la higiene oral, es más fácil lograr que el paciente se cepille varias veces por día que el use una técnica de cepillado dental específica.

El cepillarse 2 veces al día parece ser adecuado para la gente que tiene un periodonto sano, mientras que el cepillarse 3 o más veces al día debe recomendarse a la gente con compromiso periodontal. (Katz, 1993).

La razón para utilizar el cepillo eléctrico radica en que algunos pacientes eliminan mal la placa bacteriana porque carece de suficiente destreza manual para manipular el cepillo. De esta manera los cepillos eléctricos disminuirán la necesidad de la destreza al incluir el momento automático de la cabeza. El uso de cepillo eléctrico en dientes no tiene beneficios sobre el cepillo manual, sin embargo en niños con alguna discapacidad, este si tiene ventajas porque no tienen que realizar los movimientos.(Mc Donald, 1998)..

El revelado identifica o localiza la placa bacteriana. Esto nos va ayudar en la limpieza, puede hacerse con sustancias reveladoras tóxicas o en forma de pastilla. Una forma económica, accesible y casera es la utilización de la remolacha licuada con poco agua, para teñir la placa bacteriana (Op.cit). Para la evaluación de la presencia de placa bacteriana se puede utilizar el índice de O'Leary (1975): Cada diente está dividido en 4 sectores que corresponden a sus caras mesial, vestibular, distal y lingual. Una vez que el

paciente recibe el compuesto revelante, el profesional examina la boca y dicta las caras que tienen placa bacteriana a el asistente dental, quién las registra llenando el sector correspondiente de la ficha. El puntaje final se determina contando el número total de caras con placa bacteriana, diviendo este número por la cantidad total de caras presentes en la boca y multiplicando por 100. Este puntaje cuando se compara con puntajes, obtenidos en visitas sucesivas provee en método efectivo para que el paciente reconozca su avance ( o la falta de él) (Katz, 1993).

Técnicas de inmovilización para el cepillado dental en niños(as) con discapacidad (Mc Donald, 1998):

Posición del paciente: Se le debe enseñar a los padres o al tutor técnicas de cepillado que permitan sujetar al niño siempre que sea necesario:

1. El niño de pie o sentado frente del adulto de manera que este pueda sujetar su cabeza con una mano mientras se utiliza la otra para cepillar los dientes.
2. El niño se recuesta en un sofá o en la cama con la cabeza inclinada hacia atrás, sobre el regazo del adulto. De nuevo se le sujeta la cabeza con la mano mientras se cepillan los dientes con la mano.
3. El niño se sienta en el regazo de uno de sus padres, mirándole al tiempo que su cabeza y hombros se apoyan en las rodillas de su otro progenitor permitiendo de esta forma que el primero de ellos cepille los dientes.
4. Los pacientes extremadamente difíciles deben ser atendidos en una habitación espaciosa, y se deben recostar sobre el regazo de la persona que va a realizar el cepillado. Entonces un ayudante sujeta al paciente mientras la otra persona efectúa las maniobras de higiene adecuadas. Cuando el niño no puede ser sujetado, por una sola persona, puede ser necesaria la participación de ambos padres e incluso los hermanos para complementar los cuidados dentales en el domicilio.
5. El niño se mantiene sentado, el adulto que le atiende se coloca de forma que este último pueda rodearle con sus piernas el dorso mientras utiliza las manos para sujetar la cabeza y cepillar los dientes.

**6.9.3 Dentífrico:** Los dentífricos cumplen muchas funciones en la higiene de la cavidad oral gracias al uso de numerosos agentes. Actúan como eliminadores de manchas y de placa bacteriana al utilizar abrasivos. Gracias al flúor y de otros agentes tienen propiedades anticariogénicas y desensibilizantes. Un dentífrico infantil debe tener flúor y un bajo índice abrasivo y estar aceptado por la ADA. ( Mc Donald, 1998).

#### **6.9.4 Uso del hilo dental:**

El uso del hilo dental en la dentición primaria es recomendable, una vez que se cierran los contactos. El niño va a necesitar la ayuda de sus padres.

Para la aplicación de la misma, se recomienda la técnica siguiente:

- a. Se obtiene un trozo de seda dental de 46-61 cm y se enrollan los extremos alrededor de los dedos medios del paciente o del padre para disponer así de una longitud que permita tocar los peligros con las manos extendidas.
- b. Con los pulgares y los medios para guiar la seda, se hace un suave movimiento de sierra entre los dientes a limpiar. Hay que tener cuidado y no tirar muy hacia abajo la seda entre las zonas de contacto interproximales, para no lesionar las encías.
- c. La seda debe dar una forma de C alrededor de cada uno de los dientes y se mueve en sentido cervical-oclusal recíprocamente hasta eliminar la placa dental al colocar la seda entre los dientes, se recoloca de modo que se emplee, material y sin usar en cada nueva posición.

#### **6.9.5 Uso de enjuague bucal:**

Los enjuagues bucales actuales pueden considerarse como coadyuvante del uso del cepillo dental y el hilo dental en el control de la gingivitis, particularmente cuando se los emplea 2 a 3 veces al día. Ejemplo: Oral B, clorexidina al 0.20%, etc. Para mayor seguridad de que el paciente no lo trague se puede humedecer el cepillo con el enjuague al igual que con el flúor( Katz, 1993).

### **6.9.6 Uso del Flúor:**

El dentista debe determinar la concentración de flúor en el agua que bebe todos los días el paciente. Si esta concentración está entre 1.7 y 1ppm normalmente no requiere suplemento. Tanto si el paciente vive en zona con niveles de flúor normales. Además se debe utilizar a diario un dentífrico o enjuague aceptado por la ADA. Este se coloca en el cepillo como crema dental y luego se aplica a las superficies de los dientes. (Mc Donald, 1998).

### **6.9.7 Dieta:**

Este es otro método muy importante en la prevención de la salud oral. La eliminación de los carbohidratos fermentables, disminuirá la presencia de caries dental. La sacarosa es materia prima para la formación de la placa bacteriana, ella le da la adhesión a microorganismos formadores de la placa bacteriana. Se recomienda que al comerlo se cepillen los dientes (Mc Donald, 1998).

Aspectos nutricionales:

- a. Niños en edad escolar (6-12 años): En esta etapa se acompaña de una reducción del índice de crecimiento que disminuye las necesidades de alimentos por unidad de peso corporal. Es necesario seleccionar los alimentos y fijarse en los nutrientes de alta densidad, alimentos con una relación nutrientes-calorías-alta. Marcar la necesidad de los alimentos nutritivos y reducir al mínimo el consumo de alimentos tipo recompensar (Ej. : los dedos). Es aconsejable que los niños alimentación y de actividad física que favorezca una actividad de grasa corporal normal.
- b. Adolescentes 12-18 años: Este acusado índice de crecimiento incrementa las necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Los adolescentes consumen muchos menos alimentos que los varones (Op.cit).

El odontólogo es la persona adecuada para cumplir con un programa de asesoramiento sobre la dieta. Además es importante analizar que las dietas son un reflejo de los estilos de vida y los problemas familiares (Katz, 1993).

El asesoramiento de la dieta tiene como objetivo (Op.cit):

- Corregir faltas de adecuación nutricionales de la dieta que pueden afectar a la salud general del paciente y también reflejarse en su salud bucal.
- Para impedir el daño a los dientes y otros tejidos bucales como consecuencia del tipo de alimentos que se ponen en contacto con ellos.

Además es necesario conocer. Mediante un historial de dieta, de 7 días se puede analizar lo siguiente:

- ❖ Qué tipo de dieta está consumiendo el paciente.
- ❖ Analiza la dieta desde el punto de vista tanto nutricional como dietético.
- ❖ Proveer el consejo y la motivación para los cambios en la dieta que nuestro análisis indique que son adecuados para el paciente.

El dentista tiene la obligación de dar al niño una dieta apropiada para mantener el buen estado de la salud oral. (Mc Donald, 1998).

Stookey (1979) enumeró los atributos del bocadillo ideal como sigue:

- ❖ Debe estimular el flujo salival por su forma física.
- ❖ Debe ser retentivo de manera mínima.
- ❖ Debe tener un contenido relativamente alto en proteínas y bajo en grasas, tener pocos carbohidratos fermentables y un contenido mineral moderado (en especial calcio, fosfato y fluoruro).
- ❖ Debe tener un pH por arriba de 5.5 para evitar disminuir el pH bucal y tener una capacidad amortiguadora de ácido y un bajo contenido de sodio.



### **6.9.8 Tratamiento odontológico preventivo:**

Hay que preparar al niño(a) y al padre de familia a recibir adecuadamente un tratamiento dental.

a. Profilaxis: Es la remoción mecánica de la placa bacteriana este procedimiento es realizado por el odontólogo.

c. Sellantes de fosas y fisuras: Los sellantes de fosas y fisuras disminuyen la incidencia de caries oclusal. Los selladores están indicados en los pacientes con incapacidad de cualquier tipo, y se deben utilizar siempre. Los pacientes con bruxismo grave y deterioro interproximal pueden requerir una restauración de sus dientes con coronas de acero inoxidable para que sea mayor la duración de sus restauraciones (Mc Donald, 1998). .

PROGRAMA  
DE  
EDUCACIÓN  
Y PREVENCIÓN  
ORAL.

## **7. Programa de educación y prevención oral en niños con retardo mental.**

### **7.1 Ubicación:**

El programa se realiza en la escuela República de Haití, ubicado en Paso Ancho, San José. En las aulas integradas de la misma con 20 niños(as) con retardo mental.

### **7.2 Aspectos generales:**

La educación para la salud es la disciplina que se ocupa para iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de inferir favorablemente en los conocimientos, actitudes, prácticas del individuo con respecto a la salud. La prevención de las enfermedades orales antes de su inicio constituye la mejor forma de garantizar una buena salud dental en cualquier persona. Cuanto más pronto un niño con retardo mental empiece a recibir asistencia encaminada a ayudarlo a aprender más probable será que alcance los límites superiores de su potencial de desarrollo (mediante programas de intervención temprana).

- ❖ La etapa de presentación pretende establecer una buena relación con el niño, ganar la confianza del mismo es muy importante para que llegue a aceptar el programa.
- ❖ Los programas deben enfocarse globalmente desde lo físico y lo intelectual no solo utilizando el cuerpo y el espacio sino también el empleo del lenguaje verbalizado.
- ❖ La capacitación es una herramienta para la independencia; brinda una vida mejor y más feliz ayudando a las familias a tener una vida más aceptable.
- ❖ Contar con el conocimiento del trato con el niño con retardo mental es fundamental para el odontólogo.
- ❖ El material didáctico para el aprendizaje de un niño con retardo mental es un gran auxiliar. Se recomienda que sea abundante, atractivo, manipulable por el niño y a nivel de sus capacidades. El material audiovisual es de gran importancia, el odontólogo debe utilizar con frecuencia grabadoras, videos, murales u otros. El material educativo debe modificarse con el propósito de compensar el déficit perceptivo y de comprensión del niño tiene.

- ❖ El estrecho vínculo del odontólogo con la familia, es una de las condiciones decisivas para obtener éxito en la educación oral de los niños. Se debe procurar que los padres participen en el desarrollo del programa.
  
- ❖ La estructuración de las actividades: no más allá de 45 minutos.
  
- ❖ En el aprendizaje de un niño con retardo mental intervienen:
  1. Etapa de adquisición en ella se tiene como propósito que el niño conozca lo que el niño va a aprender.
  2. Etapa de dominio el niño conoce lo que se va a hacer y luego se procede a realizar la actividad.
  3. Etapa de mantenimiento debe ayudar al niño para que mantenga la conducta o conocimiento a través del tiempo.
  4. Etapa de generalización, el niño debe ser capaz de aplicar los conocimientos o emitir la conducta.

Además es importante que cuando explique algo al niño utilice instrucciones sencillas, pocas palabras en forma clara y despacio. Las actividades que realice el niño deben ser cortas y exigirle que las termine, debe permitirse la práctica de lo aprendido. Se pueden organizar trabajos con el niño como forma de dinámica por que el juego es una de las formas que tiene el niño de informarse acerca del mundo que lo rodea. Es importante recordar que los reforzadores aumentan la frecuencia de cualquier conducta. La enseñanza debe ser personalizada y adaptada al niño(a).

### 7.3 Sesiones del programa de educación y prevención oral.

| <b>Objetivo</b>  | <b>Actividades</b>  | <b>Recursos</b>  | <b>Tiempo</b> | <b>Fecha</b>           |
|--|---|--|---------------|------------------------|
| Sesión 1<br>Etapa de presentación                          | -Explicación sencilla del motivo de la visita.<br>-Entrega de distintivos.<br>-Se realizan actividades de introducción. | -Conversatorio.<br>-Distintivos.<br>-Material didáctico  | 45 min.       | 16 de Abril del 2002.  |
| Sesión 2<br>Realizar revisiones dentales.                  | -Presentación de video “Mi primera visita al dentista”<br>-Realizar examen clínico.                                     | -Conversatorio.<br>-Vídeo.<br>-Set de diagnóstico.<br>-Odontograma.<br>Anexo 3.<br>-Lapices de color             | 45 min        | 17 de Abril del 2002.  |
| Sesión 3<br>Realizar primera revisión de placa bacteriana. | -Realizar índice de placa bacteriana.<br>-Llenar cuestionario de conocimiento.  | -Conversatorio.<br>-Set de diagnóstico.<br>-registro de índice de placa bacteriana<br>Anexo 4.<br>-Cuestionario. | 45 min        | 19 de Abril del 2002.  |
| Sesión 4<br>Capacitar a los niños                          | -Explicación de la boca y sus partes.<br>-Dinámica de observación.  | -Conversatorio.<br>-Video “partes de la boca.<br>-Dentoformo   | 45 min        | 2 de Abril del 2002. 2 |

|   |   |   |         |                            |
|---|---|---|---------|----------------------------|
|   |   |   |         |                            |
| Sesión 5<br>Capacitar a los niños.            | -Explicación de la higiene oral en general.   | -Conversatorio<br>-Láminas ilustrativas   | 45 min  | 23 de abril del 2002       |
| Sesión 6 y 7<br>Capacitar al niño.            | -Explicación sencilla de la importancia del uso del cepillo y pasta dental.<br>-Práctica dirigida<br>-Dinámica: modificación del mango del cepillo dental.  | -Conversatorio.<br>-Láminas ilustrativas.<br>-Estuches de cepillo y pasta dental.<br>-Plasticina.<br>-Dentoforno.<br>-Video "A cepillarse los dientes". | 45 min  | 24 y 26 de Abril del 2002. |
| Sesión 7<br>Capacitar a los padre de familia. | -Explicación de:<br>*Boca y sus partes.<br>*Coadyuvantes de la higiene oral.<br>*Enfermedades orales.<br>*Visita al odontólogo.<br>*Hábitos orales.<br>-Llenar cuestionario de salud.<br>-Información de las primeras revisiones. | -Láminas ilustrativas .<br>-Boletín informativo Anexo 14.<br>-Horario de dieta. Anexo 12<br>-Conversatorio..<br>-Ficha clínica Anexo 5                  | 2 horas | 26 Abril del 2002.         |

|  |  |  |        |                           |
|--|--|--|--------|---------------------------|
|  | -Entregar horario de dieta.  |  |        |                           |
| Sesión 8<br>Capacitar a los niños                  | -Explicación del uso de hilo dental.<br>-Práctica dirigida.  | -Coversatorio.<br>-Hilo dental.<br>-Láminas dentoformo.  | 45 min | 29 de Abril del 2002.     |
| Sesión 9<br>Capacitar a los niños.                 | -Explicación del uso e importancia del enjuague bucal.<br>-Aplicación de enjuague bucal.<br>-Práctica dirigida | -Conversatorio.<br>-Enjuague bucal.<br>-Láminas ilustrativas.<br>-Vasos.<br>-Cepillo y pasta dental. | 45 min | 30 de abril del 2002.     |
| Sesión 10<br>Capacitar a los niños.                | -Explicación del uso u importancia del flúor.<br>-Aplicación de flúor.<br>-Práctica dirigida.                  | -Conversatorio.<br>-Flúor.<br>-Láminas ilustrativas.<br>-Cepillo y pasta dental.                     | 45 min | 6 de Mayo del 2002.       |
| Sesión 11<br>Segunda revisión de placa bacteriana. | -Revisión de placa bacteriana.<br>-Práctica dirigida del uso del cepillo dental.                               | -Conversatorio.<br>-Cepillo y pasta dental.<br>-Registro de placa bacteriana.                        | 45 min | 7 de Mayo del 2002.       |
| Sesión 12 y 13<br>Capacitar a los niños.           | -Explicación de la importancia de una buena alimentación.<br>-Dinámica   | -Conversatorio<br>-Láminas ilustrativas.<br>-Cepillo y pasta dental.                                 | 45 min | 13 y 14 de Mayo del 2002. |

|  |   |  |        |                      |
|--|---|--|--------|----------------------|
|  | -Práctica dirigida.   |  |        |                      |
| Sesión 14<br>Capacitar a los niños.    | -Explicación de enfermedades orales.<br>-Práctica dirigida            | -Conversatorio<br>-Láminas<br>-Cepillo y pasta dental  | 45 min | 15 de mayo del 2002. |
| Sesión 15<br>Capacitar a los niños.    | -Explicación odontólogo un amigo.<br>-Práctica dirigida.              | -Conversatorio.<br>-Láminas ilustrativas.<br>-Video "Dr. Muelitas"<br>-Cepillo y pasta dental. | 45 min | 16 de Mayo del 2002. |
| Sesión 16<br>Capacitar a los niños.    | -III revisión de placa bacteriana.<br>-Práctica dirigida              | -Hoja de registro<br>-Cepillo y pasta dental.<br>-Set de diagnóstico                           | 45 min | 17 de mayo del 2002  |
| Sesión 17<br>Capacitar a los niños.    | -Práctica dirigida del uso del cepillo dental, enjuague, hilo dental. | -Cepillo y pasta dental.   | 45 min | 20 de Mayo del 2002. |
| Sesión 18<br>Registros de higiene oral | - IV revisión de placa bacteriana.                                    | -Set de diagnostico.<br>-Registro de higiene oral.   | 45 min | 21 de Mayo del 2002. |



|   |  |  |        |                      |
|---|--|--|--------|----------------------|
| Sesión 19<br>Entrega de reforzadores                      | - Entrega de reforzadores positivos.   | -Cajas con cepillo de dientes, pasta dental, muñeco y calcomanías.                         | 20 min | 22 de Mayo del 2002. |
| Sesión 20<br>Capacitación a padres de familia y maestras. | -Explicar los puntos débiles de las reuniones anteriores.<br>-Charla acerca de la dieta. | -Boletín informativo.<br>Anexo 14.<br>-Láminas ilustrativas.<br>-Informes de higiene oral. | 1 hora | 23 de Mayo del 2002. |

#### **7.4 Conversatorios y resúmenes.**

### **Conversatorio 1**

Buenos días...; nuestros nombres son: Amigzarith y Tatiana, somos dentistas o amigas de los dientes. Queremos informarles a ustedes que estaremos viniendo a visitarlos varias semanas para enseñarles cosas importantes para que cuiden sus dientitos y a la vez que nos volvamos también amigas de ustedes, desean hacer una pregunta nosotros con mucho gusto la responderemos..

**Resumen 1**

Los niños se comportaron ansiosos; especialmente cuando Christopher se puso de pie y dijo “no abran la boca porque los dentistas tienen una pistola que hace ruido, y a mí me duele mucho... por eso yo voy a cambiar de dentista...”. Esto causó todo un descontrol en el aula, pero se les explicó que no se utilizaría nada de este equipo y que solamente se enseñará como “limpiar los dientes...”. Después de esto se sintieron mejor y colorearon la lámina designada para esta sesión.

## Conversatorio 2

**(Revisiones)**

Hoy vamos a hacer cosas muy interesantes, donde todos aprenderemos cómo es ir al dentista. Observaremos un video corto, y comentaremos si así es como nos lo imaginábamos o se parece cuando fuimos.

El consultorio de los dentistas es muy bonito, hay personas agradables que les gusta que los niños tengan una linda sonrisa y que los dientes estén sanos. Las sillas son muy cómodas, uno se siente tranquilo y relajado. El odontólogo se coloca una mascarilla que sirve para que no caigan microbios de su boca y de nuestra boca a la de él, también se pone unos guantes que son muy suaves que evitan que nos pase suciedad a nuestra boca. El espejito es para ver nuestros dientitos por todos lados y hasta la última muelita; tiene un contador de dientes que es de mucha ayuda porque al encontrar una caries suena así “click, click”; en el consultorio también tiene una pistolita que hecha agua y aire para bañar y secar los dientes. Realmente ir al dentista es muy bonito, nos damos cuenta cuantos dientes tenemos, si alguno está enfermo y como cuidarlos para que dure toda la vida.

**Resumen 2**

Después de observar el video, se les enseñó a los niños y se les dejó tocar los instrumentos que utilizaron para efectuar la revisión. Al momento de revisar se

identificaron con el video diciendo que a ellos no les daría miedo como a Tatiana que dejó que Amigzarith le contara los dientes, se identificaron aún más cuando le encontraron a Tatiana una caries.; a pesar de esto sólo dos niños estaban temerosos, Laura si accedió luego de un rato a que se le revisara la boquita pero Abbi no, así que se le dijo que sería la próxima vez.

## **Conversatorio 3**

**(Placa Bacteriana)**

### **Resumen 3**

Se les realizó la tinción con revelador de placa líquido, y preguntaron que sabor tenía, sería “tóxico”. Se les explicó que no hacía daño, observaron donde tenían placa con ayuda de un espejo de mano, se asombraron de lo mal que se estaban cepillando, todos actuaron de una manera cooperadora; Abbi esta vez si accedió a cooperar y se le realizó la tinción

## **Conversatio 4**

**(Parte de la Boca)**

Hoy observaremos otro video, que realizamos en el Museo de los Niños, en la sala de Sonrisas Brillantes; veremos cómo está formada nuestra boca. A poner mucha atención todo el mundo....

.....Aquí están Tatiana y Amigzarith frente a una gran boca donde se pueden ver los labios; ....ahora estamos dentro de la boca sentadas sobre la lengua que nos sirve para saborear, hablar y tragar; también están los dientes de adelante que sirven para cortar, los caninos que son para desgarrar y las muelitas para moler los alimentos. Los dientitos de leche son los primeros que nacen, le guardan el campo a los otros dientes, cuando se aflojan, se caen y salen los otros que se llaman permanentes; estos hay que cuidarlos por que no salen otros en su lugar. Las encías que es el tejido suavcito que rodea a los dientes y esta en el resto de la boca. Se nos olvida algo... claro la campanita o úvula que se mueve cuando hablamos y tragamos; pero hay algo que no está en esta boca que sí tenemos en la nuestra la saliva que ayuda a limpiar los dientes porque ella se mueve cuando hablamos y comemos.

#### **Resumen 4**

Los niños se mostraron interesados en el video, y participaron desde su silla por ejemplo se hablaba de la lengua ellos sacaban su lengua, de los dientes mostraban sus dientes. Se logró hacer una dinámica donde ellos escogían un compañero y se mostraban las partes de la boca. Realmente se puede captar la atención de estos niños con este tipo de recursos didácticos, sin caer en el aburrimiento mostrándoles videos largos ni muy complicados.

### **Conversatorio 5**

#### **(Higiene oral)**

Hoy aprenderemos como bañar a los dientes, quién sabe que se usa para bañarlos?, utilizamos agua, crema dental, cepillo de dientes, enjuague y el hilo dental. Todas estas cosas combaten los bichillos que observamos aquel día que quedaron morados. Los dientes se deben lavar tres veces al día como mínimo, y después de comer cualquier dulce, confite, helado, queque etc. Mañana haremos un experimento así que tienen que venir muy “abispados”, porque ya nos vamos a lavar los dientes.

#### **Resumen 5**

Se comportaron muy bien, estaban deseosos de saber que haríamos hoy. Se les habló de la higiene oral, especialmente del cepillado se les mostró con ayuda de un dentoformo, aunque es conocido que algunos de ellos no la podrán realizar correctamente debido a la falta de destreza motora. Lo que se quiere lograr es que ellos comprendan lo importante del cepillado y que deben de realizarlo solos y con ayuda.

### **Conversatorio 6**

#### **(Modificación del mango)**

Vamos a repasar un poquito lo de ayer, el cepillo y la pasta dental son unas de las herramientas que tenemos para combatir los bichos que tenemos en nuestra boca, especialmente después de comer. Pero hay algo importante que no lo podemos olvidar, como lo es cuando hay que cambiar el cepillo dental, se debe cambiar cuando ya esta despeinado, si nuestro cepillo esta así el pobre está viejillo, ya no pude limpiar nada, lo

que puede causar es que lastimemos nuestras encías. El cepillo nuevo se ve muy vigoroso y puede limpiar todos nuestros dientitos y la lengua.

Les entregaremos a cada uno un cepillo y una pasta para que los tengan en la escuela. Recuerdan que les dije que hoy haríamos un experimento, pues pongan mucha atención; los materiales son: Cepillo de dientes, pastilina, agua fría, envase para el agua.

Tomamos la plastilina hacemos una bolita, luego la volvemos un palito gordo, introducimos el cepillo en el palito de plastilina (fueron ayudados por las operadoras), agarramos el palito con la mano que usamos para lavarnos los dientes, para que se marquen nuestros deditos; ahora los dejamos un ratito en el agua fría para que endurezcan un poco.

### **Resumen 6**

Estuvieron muy atentos a la explicación, sobre todo del “experimento”; pocos no pudieron manipular la plastilina y recibieron nuestra ayuda. Al lavarles los dientes, su atención fue buena, algunos querían hacerlo ellos mismos y después de lavarles los dientes nosotros dejamos que lo hicieran. Luego nos contó una mamá que al llegar a su casa el niño hizo lo mismo con su cepillo dijo “que era para dejar los dientes más chivas”.

## **Conversatorio 7**

Observaremos un corto video de cómo se deben cepillar los dientes, este se realizó en el Museo de los Niños, en una mandíbula grande.

La que cepillará los dientes es Tatiana, así que mucha atención.....; se observa que las muelitas se cepillan en forma circular de ambos lados de la boca; cepillamos la espaldita de los dientes de abajo hacia arriba; luego la parte de enfrente de las muelitas igual de abajo hacia arriba, como barriendo; los dientes de enfrente se cepillan de abajo hacia arriba y la espaldita de abajo hacia arriba como barriendo; no olvidemos cepillarnos la lengua, es muy importante para que cuando hablamos no ensuciamos nuestros dientitos recién “bañados”.

Todos listos para estrenar el cepillo, bueno pasamos de dos en dos a las pilas para lavarnos los dientes. (fueron guiados por los operadoras y ellos observaron utilizando un espejo de mano).

### **Resumen 7**

Se mostraron atentos durante el video queriéndolo hacer ellos mismos en sus boquitas. Pasamos a las pilas de dos en dos y observaron cuidadosamente por medio del espejo de mano los movimientos realizados por nosotros durante el cepillado. Todos estuvieron muy cooperadores, hasta se dieron casos en que no querían dejar de cepillarse y los llevamos de la mano al aula ya que no querían regresar a clases.

## **Resumen de la Primera Reunión de Padres**

Asistieron diez madres de familia de las veinte que se convocaron, se mostraron muy interesadas en la salud oral de sus hijos.

Se les dio la bienvenida, nos identificamos, se les explicó el propósito de nuestras visitas a la escuela. Se tocaron temas generales como: la boca y sus partes; los coadyuvantes de la limpieza oral; enfermedades orales (caries, enfermedad periodontal); la visita al odontólogo; hábitos orales, en el cual se mostraron muy interesadas; se llenó el cuestionario de salud con ellas; y se les informó sobre las revisiones y el primer índice de placa bacteriana. Se les mostró como pueden cepillarles ellas los dientes a sus hijos en casa, basándonos en las técnicas de inmovilización durante el cepillado dental. Nos pudimos dar cuenta por medio de los niños que sus mamás las pusieron en práctica en el hogar y tuvieron buenos resultados. Al final de la reunión se les entregó un resumen del material utilizado durante la exposición, una hoja para que apuntaran la historia de la dieta, para que apuntaran todo lo que coma el niño durante una semana incluyendo entre comidas; un brochure sobre asuntos básicos de la higiene oral (proporcionado por la colgate).

## **Conversatorio 8**

### **(hilo dental)**

Hoy les enseñaremos la utilización del hilo dental. El hilo nos ayuda a quitar todos los “bichillos” que nos quedaron entre los dientitos después de cepillarnos. Vamos a pasar mesa por mesa para que puedan observar como se usa correctamente (dentoformo); cortamos un pedacito de hilo hasta que nos llegue al codo, lo enrollamos en los deditos del centro de nuestras manitas, lo introducimos con mucho cuidado entre nuestros dientecitos, abrazamos con el hilo a un solo diente y movemos el hilo de arriba hacia abajo, luego al otro diente y lo movemos de arriba hacia abajo, para sacar el hilo se desliza entre los dientes hacia fuera, no hay que sacarlo para arriba porque los bichos que removimos se quedan donde tenemos nuestros dientes pegados. Bueno; alguien tiene una pregunta...? Entonces pasaremos en orden de dos en dos a las pilas para lavarnos los dientes y después los limpiamos con el hilo.

### **Resumen 8**

Los niños se mostraron un poco temerosos ante la utilización del hilo, porque no están muy relacionados con él. Fueron pasando de dos en dos a las pilas, se les permitió cepillarse los dientes solos y lo hicieron bastante bien, estuvieron bajo nuestra supervisión en todo momento. Cuando llegó el momento de utilizar el hilo decían que lo hiciéramos “suavecito”, porque algunos lo intentaron en casa alguna vez y llegaron a lacerarse la encía. Al pasarles el hilo ellos observaban con la ayuda del espejo de mano.

En algunos casos, la acumulación de placa en esta área era demasiada y se les enseñaba con detenimiento a los niños que este era el motivo de la utilización del hilo y se quedaron muy sorprendidos, diciendo: “que montón de bichos tengo en la boca, que asco seguro hasta me los trago...”

## **Conversatorio 9**

### **(Enjuague Bucal)**

Hoy aprenderemos para qué es el enjuague bucal. El enjuague es un líquido que se usa después de cepillar los dientes y de usar el hilo dental, sabe muy rico, pero no se debe enjuagar para que haga efecto. Lo que hace es evitar que se formen nuevos

“bichos” sobre los dientes y deja un aliento de lo más rico, así como para hablarle de cerca de cualquier persona. Como siempre pasamos a la pila de dos en dos y en orden...

### **Resumen 9**

Se lavaron los dientes bajo nuestra supervisión; se les entregó un vaso con enjuague bucal, a los niños que pueden escupir y a los que no lo hacen se les puso el enjuague con el cepillo por todas las superficies dentales. Se presentaron casos en los que tuvimos que persuadirlos un poco porque decían que sabía feo, pero al hacerlo les gusto porque “tenían un rico aliento... ”.

## **Conversatorio 10**

### **(Flúor)**

Hoy vamos a hacer que los dientes se pongan más fuertes que un luchador de la Lucha Libre. Así que a poner atención como lo vamos a lograr... esto se puede hacer gracias al flúor que es como una gelatina de sabor a fresa, los dientes se ponen fuertes porque mineraliza el esmalte. Listos para ir a cepillar los dientes...? Bueno a la carga!!!!

### **Resumen 10**

No se mostraron muy animados porque anteriormente sólo conocían el flúor líquido, se pasó mesa por mesa para que ellos sintieran el olor a fresa del flúor. Al pasar a las pilas se cepillaron los dientes de una forma correcta, se notó que lo estaban practicando en casa, se les colocó el flúor en los cepillos como una crema dental, y nosotros lo aplicamos en todas las superficies dentales. Se les explicó que no se enjuagaran ni comieran nada por media hora.



## **Conversatorio 11**

### **(Índice de Placa Bacteriana II)**

Recuerdan cuando pintamos los “bichillos”, pues bien, hoy lo haremos otra vez. Esperamos que tengan menos “bichos”, porque ya saben cepillarse correctamente. Tienen que sacar su lenguita para poner las gotitas mágicas y pasarla por todos los dientes...Listos...?

#### **Resumen 11**

Se comportaron como todos unos profesionales, no era necesario pedirles que sacaran la lengua. No hubo ninguno que se negara, se observó que los niveles de placa están bajando, y cuando observábamos que el niño tenía menos placa todos aplaudíamos para darle un pequeño reforzamiento positivo. Como todos los días fuimos a las pilas a cepillar los dientes.

## **Conversatorio 12 y 13**

### **(Dieta)**

Hoy hablaremos de los alimentos que son buenos y malos para los dientes. Ya algunos de ustedes saben que los dulces como los chicles, confites, chocolates, helados, queques, picaritas, meneitos y todas esas cosas que comemos entre comidas y en los recreos, les gusta mucho a los bichillos que tenemos en la boca, estos alimentos los hace crecer y reproducirse, luego los orines de estos bichos caen en los dientes y provocan la caries. Pero cuando comemos verduras y frutas ayudamos a los dientes a que estén sanos y fuertes, para ayudar aún más a los dientes debemos de cepillarlos después de comer cualquier cosa especialmente si son golosinas.

#### **Resumen 12 y 13**

Se realizó una pequeña dinámica utilizando un diente con caries y un diente sano; se les entregó a cada niño y a las maestras un alimento, como por ejemplo: un pollo, una picarita, chicle, popi, arroz, mango, leche etc; se les pedía que colocaran

alrededor del diente sano o enfermo, según el alimento. Resultó todo un éxito, los niños participaron de manera activa y hasta las maestras se motivaron mucho. Como sobraron dos alimentos nosotras participamos y hasta nos aplaudieron.....Todos la pasamos muy bien...

## **Conversatorio 14**

### **(Enfermedades orales)**

Hoy repasaremos qué es la caries y qué es la enfermedad periodontal. ¿Saben qué es la caries? Exacto, es una enfermedad del diente que se forma con los desechos de las bacterias (orines), que puede ser pequeña al principio pero si no nos cuidamos ni vamos al dentista se hace grandísima y puede doler mucho para evitar esto tenemos que decirle a mami que nos lleve al dentista aunque no tengamos caries.

La enfermedad periodontal empieza en las encías, que nos sangran mucho cuando nos cepillamos, pero si no lo hacemos de forma correcta y todo los días los bichos llegan al hueso y se lo comen hasta que el dientito comienza a moverse y puede llegar a caerse. Así que visitémos siempre al dentista y acuérdense de cepillarse bien los dientes...

### **Resumen 14**

La sesión fue un repaso de lo que les hemos estado hablando, todos participaron de manera muy activa casi era imposible continuar porque todos hablaban a la vez a cerca del tema. Se notan muy motivados. Se le entregó una lámina para colorear de un diente enfermo que comió muchos dulces y los “bichos” se lo estaban comiendo.

## **Conversatorio 15**

### **(Odontólogo mi Amigo)**

Todos sabemos que el odontólogo es amigo de los dientes pero también es nuestro amigo, él está pendiente de que no suframos ningún dolor inesperado. Él se encarga de velar que los dientes estén fuertes usando el flúor, colocando sellantes, haciendo limpiezas con su “cepillo eléctrico” y curando nuestros dientes enfermos y hasta les pone estrellitas... Pasaremos a la sala de televisión para ver que andará

haciendo el Doctor Muelitas...? (Video: “Viaje por el Mundo del Doctor Muelitas”; Colgate-Palmolive).

### **Resumen 15**

Se mantuvieron muy atentos durante el video, se logró captar su atención; después del video se habló un poco más del cepillado, la pasta, el hilo dental, el flúor, el enjuague y se les explicó que eran los sellantes. Se pasó al aula para colorear una lámina del Doctor Muelitas.

## **Conversatorio 16**

### **(Revelado de Placa Bacteriana III)**

Vamos a ver la placa bacteriana otra vez, así no damos cuenta de cómo se están cepillando aquí y en su casa. Recuerdan que hay que hacer...? Bueno, pasan de uno en uno.

### **Resumen 16**

La cooperación fue muy buena, no teníamos que dar las instrucciones. Se pasó luego al cepillado, supervisado por nosotras.

## **Conversatorio 17**

### **(Práctica de cepillado, hilo dental y enjuague)**

Hoy pondremos en práctica casi todo lo aprendido, nos cepillaremos, utilizaremos el hilo dental y el enjuague bucal. Como siempre pasamos en orden a las pilas.

### **Resumen 17**

Se observó que están cepillándose mejor que las primeras veces, al utilizar el hilo muy pocos pueden hacerlo de forma correcta porque la mayoría no adquirieron esta destreza; la aplicación de flúor se efectuó como se realizó anteriormente, los que podían escupir se les dio en un vasito y los que no se les aplicó con el cepillo.

## **Conversatorio 18**

### **(Revelado de Placa Bacteriana IV)**

Hoy observaremos los bichillos por última vez, así que lo haremos de forma más ordenada que las veces anteriores.

#### **Resumen 19**

Se nota una gran mejora en la higiene oral de los niños, se ven muy motivados y esperamos que sigan así. Pasamos luego a las pilas y los observamos por última vez durante el cepillado; si la mayoría continua así su higiene podría mejorar mucho.

## **Sesión 19**

Entrega de reforzadores positivos a los niños.

## **Sesión 20**

Asisten 13 de los veinte de los padres de familia que se convocaron, estuvieron mucho más motivados que la primera vez. En esta sesión ya existía la confianza para opinar y participar; las madres en su mayoría preguntaron las dudas que tenían. Luego se empieza a hablar de la importancia de la dieta, de los alimentos buenos y malos para la salud en general y la salud oral. Se hizo una discusión general de los alimentos encontrados que no benefician la salud oral y como sustituirlos. Al final de la sesión se les entrega un informe del estado de la salud oral a las madres y se les recuerda la importancia de cuidarles los dientes a los niños y agradecerles la participación.

# DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### **8.1 Aspectos generales del programa ya establecido.**

Este estudio se realizó en las aulas integradas de la Escuela Miguel Obregón Lizano de Tibás. Con el fin de contribuir al conocimiento ante la problemática de la salud oral de niños(as) con retardo mental.

En el siguiente capítulo, se analiza cuál fue el impacto que tuvo que tuvo en los niños(as) el programa antes establecido. Primeramente se procede a realizar una descripción de los resultados obtenidos del análisis del programa, los cuales se encuentran representados en los cuadros (del 1 al 16). Posteriormente se realiza la discusión de las variables relacionadas con el mismo y por último se presentan las conclusiones y las recomendaciones

## Cuadro 1

Casos estudiados según edad y sexo de niños(as) con retardo mental en las aulas integradas de la Escuela Miguel Obregón  
Lizano, 2001.

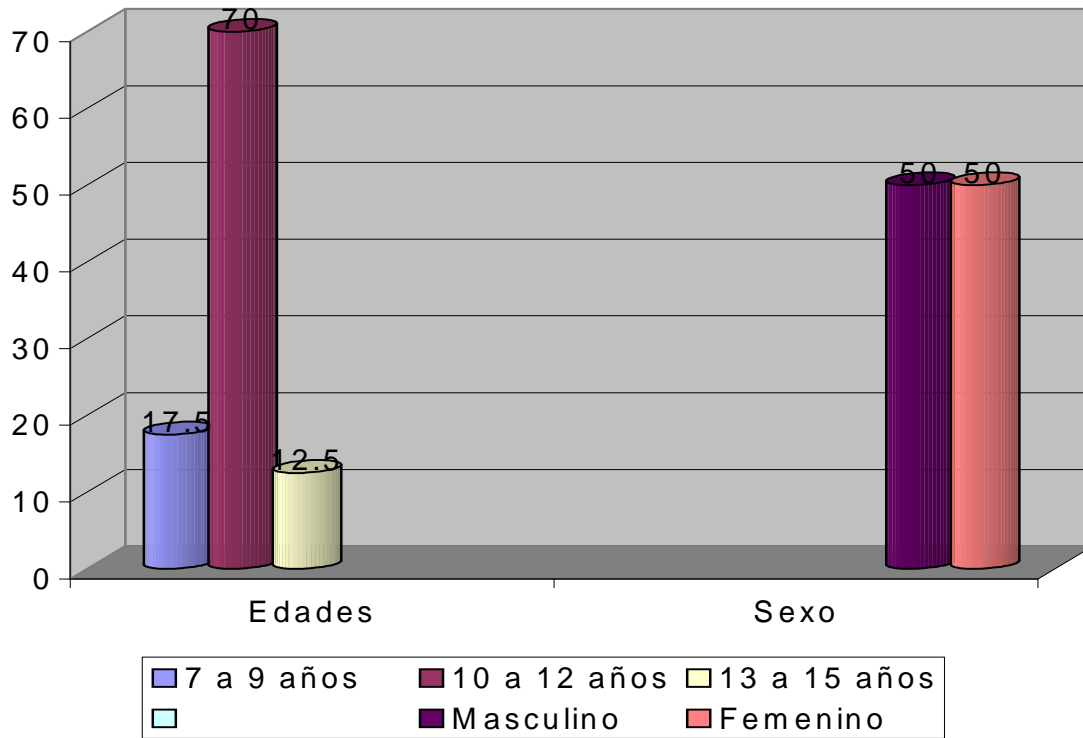
| Grupo de edad (años) | Sexo      |            |           |            | Total     |             |
|----------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
|                      | Masculino |            | Femenino  |            |           |             |
|                      | N°        | %          | N°        | %          | N°        | %           |
| <b>7-9 años</b>      | <b>2</b>  | <b>10</b>  | <b>5</b>  | <b>25</b>  | <b>7</b>  | <b>17.5</b> |
| <b>10-12 años</b>    | <b>16</b> | <b>80</b>  | <b>12</b> | <b>60</b>  | <b>28</b> | <b>70</b>   |
| <b>13-15 años</b>    | <b>2</b>  | <b>10</b>  | <b>3</b>  | <b>15</b>  | <b>5</b>  | <b>12.5</b> |
| <b>Total</b>         | <b>20</b> | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>100</b> | <b>40</b> | <b>100</b>  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra una gran homogeneidad en relación con el sexo del grupo de niños(as) con retardo mental ( el 50% masculino y 50% femenino). En cuanto a la distribución según grupos de edad existe menos homogeneidad, se nota una baja frecuencia en las edades de 7-9 años (17.5%) y 13-15 (12.5%). Sin embargo se observa lo contrario entre las edades de 10-12 años(70%).

## Gráfico 1

Distribución según edad y sexo de los niños(as).



Fuente: cuadro 1

Este gráfico representa al cuadro 1 donde expone que el mayor porcentaje representa a las edades que oscilan entre los 10-12 años a la vez muestra una homogeneidad entre el sexo femenino y masculino.



## Cuadro 2

Casos estudiados según nivel de ingresos mensuales familiares y sexo,  
2001

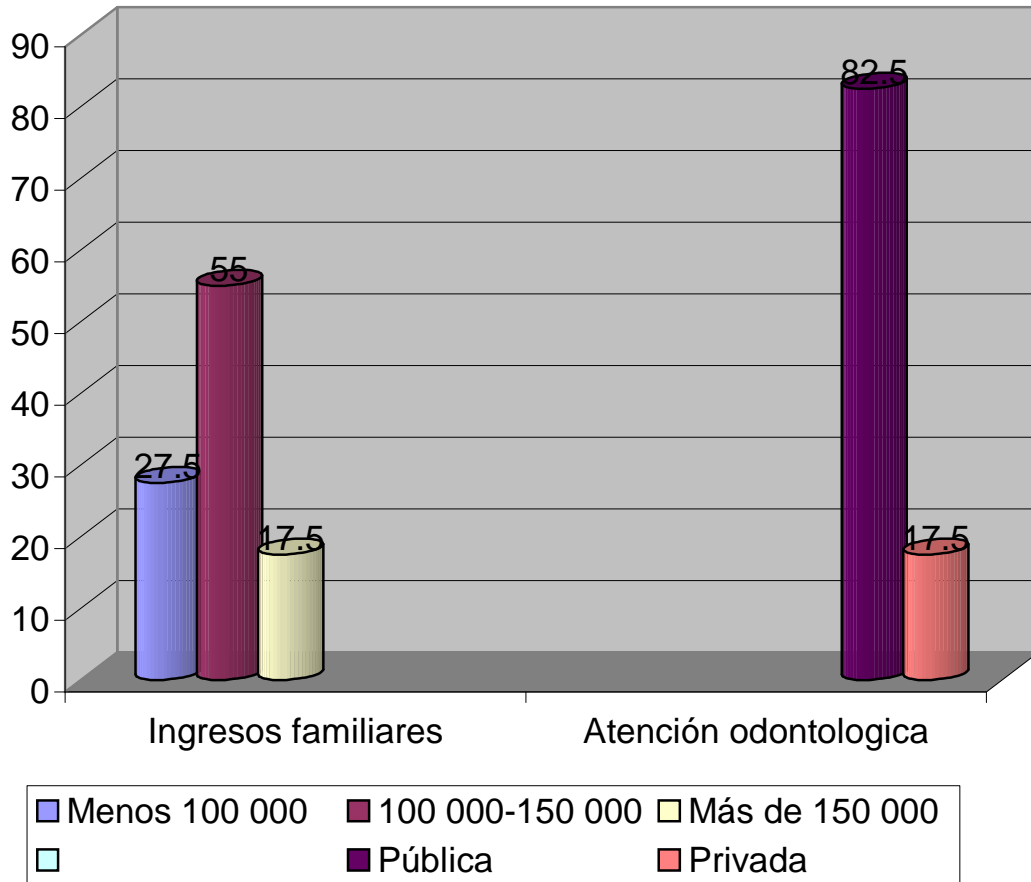
| Nivel de ingresos (colones) | Acceso a la atención<br>odontológica |             |          |             | Total     |             |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------------|----------|-------------|-----------|-------------|
|                             | Pública                              |             | Privado  |             | N°        | %           |
|                             | N°                                   | %           | N°       | %           |           |             |
| <b>Menos 100 000</b>        | <b>11</b>                            | <b>33.3</b> | <b>0</b> | <b>0</b>    | <b>11</b> | <b>27.5</b> |
| <b>100 000 – 150 000</b>    | <b>20</b>                            | <b>60.6</b> | <b>2</b> | <b>28.6</b> | <b>22</b> | <b>55</b>   |
| <b>Más 150 000</b>          | <b>2</b>                             | <b>6</b>    | <b>5</b> | <b>71.4</b> | <b>7</b>  | <b>17.5</b> |
| <b>Total</b>                | <b>33</b>                            | <b>100</b>  | <b>7</b> | <b>100</b>  | <b>40</b> | <b>100</b>  |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

El cuadro muestra la distribución de los casos estudiados según el ingreso económico familiar. Donde se observa que el 27.5% presenta ingresos menores a los 100 000 colones; el 55% presenta ingresos de 100 000 a 150 000 colones; y el 17.5% presenta ingresos mayores a los 150 000 colones.

## Gráfico 2

**Distribución según nivel de ingresos familiares y atención odontológica.**



**Fuente: cuadro 2**

Este gráfico representa el cuadro 2 donde el 55% de la población estudiada recibe entre 100 000- 150 000 colones. El 82.5% de los niños(as) asisten a la atención odontológica pública.

### Cuadro 3

Casos estudiados según los principales antecedentes patológicos personales, 2001.

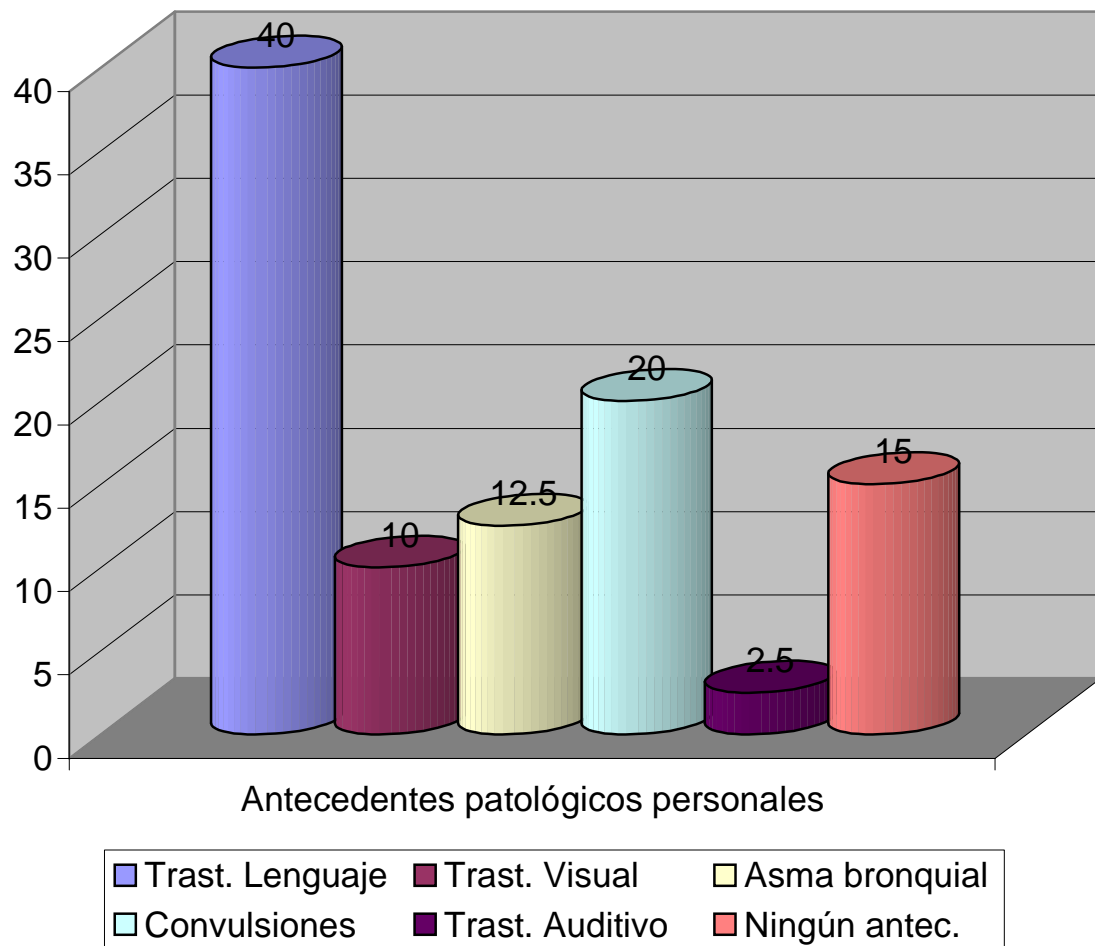
| Principales<br>antecedentes | Grupo de edades |            |           |            |          |            | Total     |            |
|-----------------------------|-----------------|------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|------------|
|                             | 7-9             |            | 10-12     |            | 13-15    |            | N°        | %          |
|                             | N°              | %          | N°        | %          | N°       | %          |           |            |
| Trast. Lenguaje             | 4               | 57.1       | 12        | 45.9       | 0        | 0          | 16        | 40         |
| Trast. Visual               | 0               | 0          | 4         | 14.3       | 0        | 0          | 4         | 10         |
| Asma Bronquial              | 0               | 0          | 5         | 17.9       | 0        | 0          | 5         | 12.5       |
| Convulsiones                | 1               | 14.3       | 6         | 21.4       | 1        | 20         | 8         | 20         |
| Auditivo                    | 1               | 14.3       | 0         | 0          | 0        | 0          | 1         | 2.5        |
| Ningún Antec.               | 1               | 14.3       | 1         | 3.6        | 4        | 80         | 6         | 15         |
| <b>Total</b>                | <b>7</b>        | <b>100</b> | <b>28</b> | <b>100</b> | <b>5</b> | <b>100</b> | <b>40</b> | <b>100</b> |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

Este cuadro muestra los principales antecedentes patológicos personales de la población estudiada. Un 40% presenta trastornos del lenguaje, 20% presenta convulsiones, 12.5% presenta asma bronquial, 10% trastornos visuales, 2.5% presenta problemas auditivos y el 15% no presenta ningún antecedente patológico personal.

### Gráfico 3

#### Distribución según antecedentes patológicos personales.



Fuente: cuadro 3

Este gráfico representa el cuadro 3 mostrando los antecedentes patológicos personales de los niños(as), donde un 40% muestra trastornos del lenguaje, 10% trastornos visuales, 12.5% asma bronquial, 20% convulsiones, 25% trastornos auditivos y 15% de los niños sin antecedentes patológicos personales.

### Cuadro 4

Casos estudiados según sus principales alteraciones  
psicopatológicas y sexo, 2001.

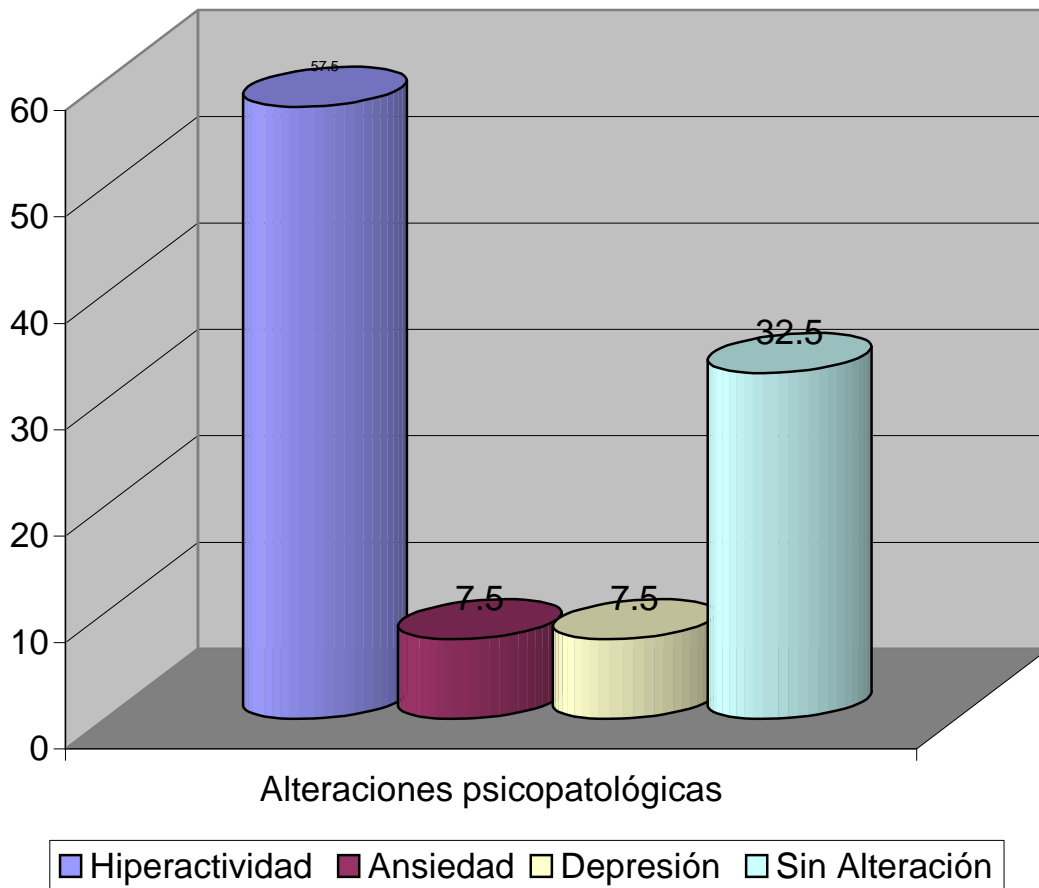
| Alteraciones<br>psicopatológicas | Sexo      |           |           |            | Total     |             |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-------------|
|                                  | Masculino |           | Femenino  |            | N°        | %           |
|                                  | N°        | %         | N°        | %          |           |             |
| <b>Hiperactividad</b>            | <b>13</b> | <b>65</b> | <b>10</b> | <b>50</b>  | <b>23</b> | <b>57.5</b> |
| <b>Ansiedad</b>                  | <b>1</b>  | <b>5</b>  | <b>2</b>  | <b>10</b>  | <b>3</b>  | <b>7.5</b>  |
| <b>Depresión</b>                 | <b>0</b>  | <b>0</b>  | <b>1</b>  | <b>5</b>   | <b>3</b>  | <b>7.5</b>  |
| <b>Sin alteración</b>            | <b>6</b>  | <b>30</b> | <b>7</b>  | <b>35</b>  | <b>13</b> | <b>32.5</b> |
| <b>Total</b>                     | <b>20</b> |           | <b>20</b> | <b>100</b> | <b>40</b> | <b>100</b>  |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

En este cuadro muestra las principales psicopatologías que presentan los niños(as), la hiperactividad un 57.5%, ansiedad 7.5%, depresión 7.5% y el 32.5% sin ninguna alteración psicológica.

## Gráfico 4

**Distribución de los casos según las alteraciones psicopatológicas que presentan los niños(as).**



**Fuente: cuadro 4**

Este gráfico representa al cuadro 4 mostrando las alteraciones psicopatológicas de la población estudiada, en el cual 57.5% presenta hiperactividad, 7.5% presenta ansiedad, un 7.5% presenta depresión, y el 32.5% sin ninguna alteración psicopatológica.

## Cuadro 5

Casos estudiados según consumo de los nutrientes esenciales y su frecuencia, 2001.

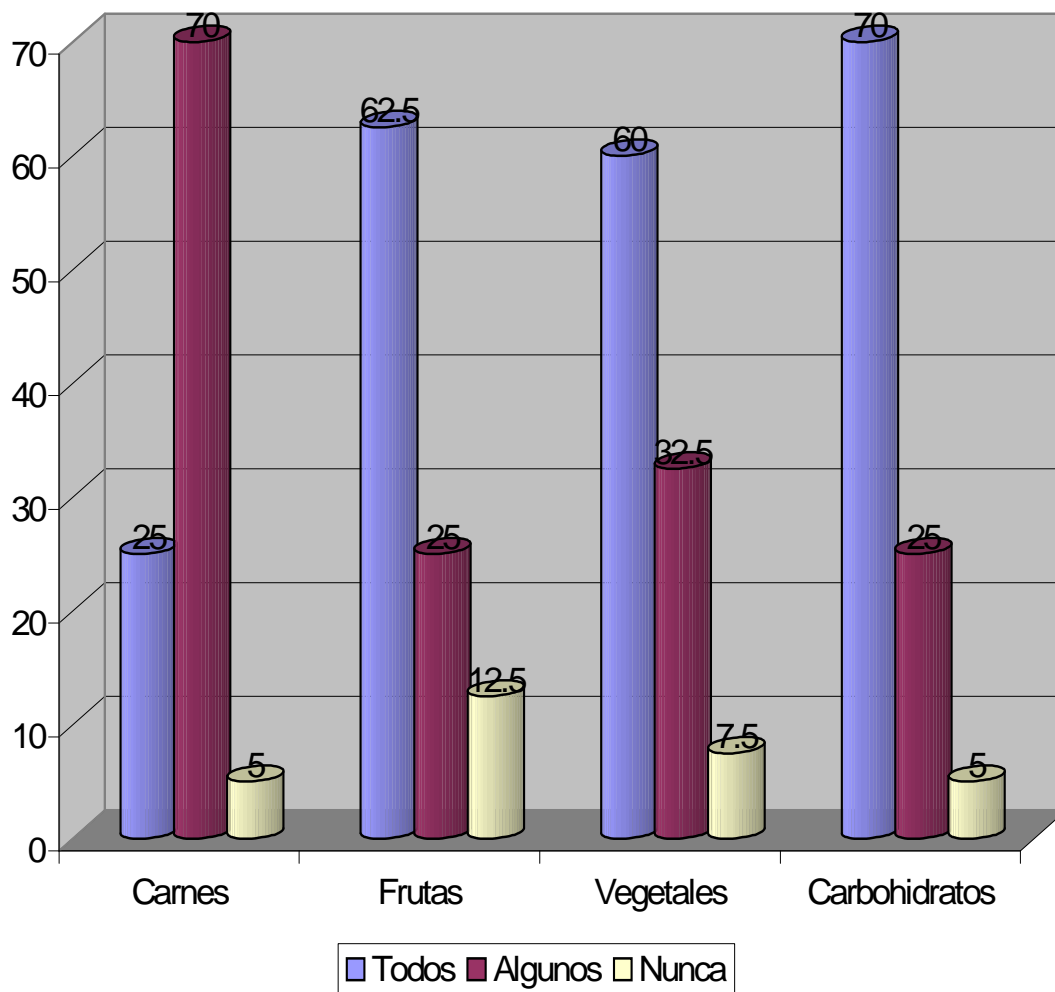
| Frecuencia (Días) | Consumo   |            |           |             |           |             |               |            |
|-------------------|-----------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------------|------------|
|                   | Carnes    |            | Frutas    |             | Vegetales |             | Carbohidratos |            |
|                   | N°        | %          | N°        | %           | N°        | %           | N°            | %          |
| <b>Todos</b>      | <b>10</b> | <b>25</b>  | <b>25</b> | <b>62.5</b> | <b>24</b> | <b>60</b>   | <b>28</b>     | <b>70</b>  |
| <b>Alguno</b>     | <b>28</b> | <b>70</b>  | <b>10</b> | <b>25</b>   | <b>13</b> | <b>32.5</b> | <b>10</b>     | <b>25</b>  |
| <b>Nunca</b>      | <b>2</b>  | <b>5</b>   | <b>5</b>  | <b>12.5</b> | <b>3</b>  | <b>7.5</b>  | <b>2</b>      | <b>5</b>   |
| <b>Total</b>      | <b>40</b> | <b>100</b> | <b>40</b> | <b>100</b>  | <b>40</b> | <b>100</b>  | <b>40</b>     | <b>100</b> |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra el consumo de alimentos básicos y su frecuencia, 25% consume carne todos los días, el 62.5% consume frutas todos los días, 60% consume vegetales todos los días y el 70% consume carbohidratos todos los días.

## Gráfico 5

### Frecuencia de hábitos alimenticios.



Fuente: cuadro 5

Este gráfico representa al cuadro 5, mostrando la frecuencia de hábitos alimenticios, el 25% de los niños(as) consume carne todos los días, el 62.5% consume todos los días frutas todos los días; 60% consume vegetales todos los días y el 70% de los mismos consumen carbohidratos todos los días.



## Cuadro 6

Casos estudiados según la frecuencia de otros alimentarios, 2001

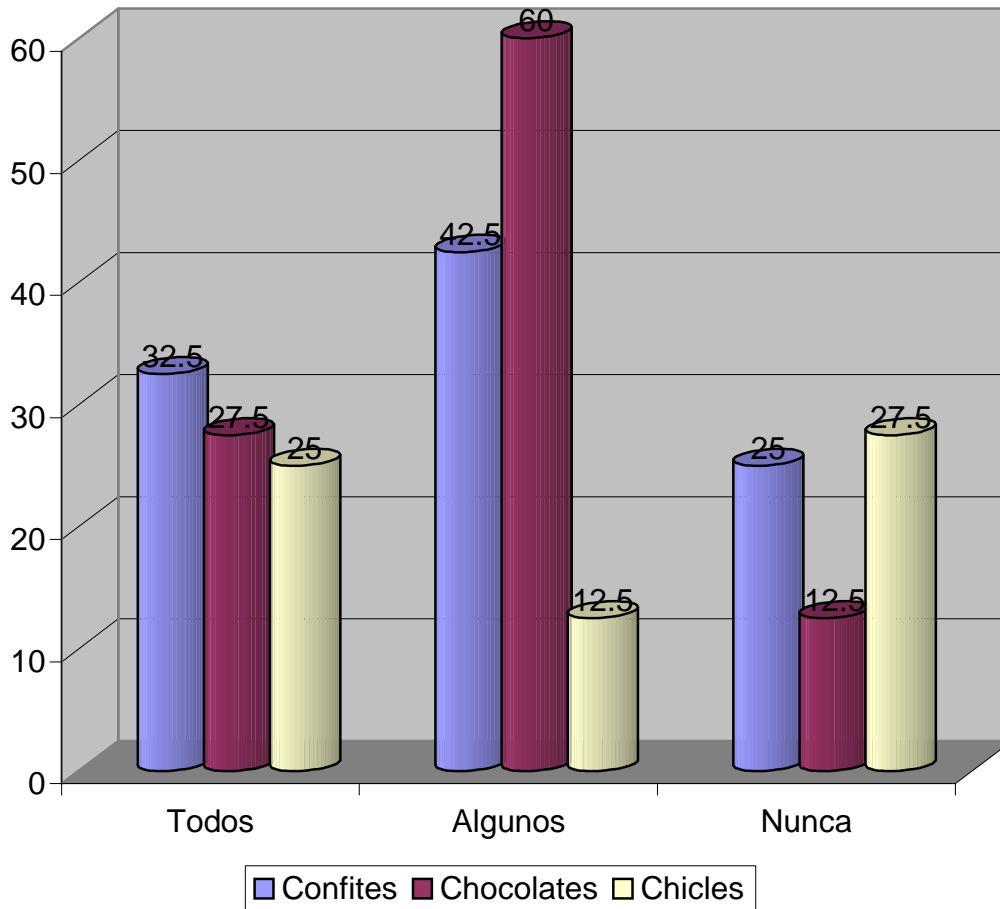
| Frecuencia (Días) | Consumo   |             |            |             |           |             |
|-------------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|
|                   | Confites  |             | Chocolates |             | Chicles   |             |
|                   | N°        | %           | N°         | %           | N°        | %           |
| <b>Todos</b>      | <b>13</b> | <b>32.5</b> | <b>11</b>  | <b>27.5</b> | <b>12</b> | <b>30</b>   |
| <b>Alguno</b>     | <b>17</b> | <b>42.5</b> | <b>24</b>  | <b>60</b>   | <b>17</b> | <b>42.5</b> |
| <b>Nunca</b>      | <b>10</b> | <b>25</b>   | <b>5</b>   | <b>12.5</b> | <b>11</b> | <b>27.5</b> |
| <b>Total</b>      | <b>40</b> | <b>100</b>  | <b>40</b>  | <b>100</b>  | <b>40</b> | <b>100</b>  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

En este cuadro muestra la frecuencia del consumo de alimentos en el cual el 32.5% de la población consume todos los días confites, el 27.5% consume chocolates todos los días, el 30% consume chicles todos los días.

## Gráfico 6

### Frecuencia de otros hábitos alimenticios.



**Fuente: cuadro 6**

Este gráfico representa el consumo de alimentos cariogénicos de los niños(as), mostrando el 32.5% de la población consume todos los días confites, el 60% de la población consume todos los días chocolates y el 27.5% de los mismos consumen chicles todos los días.

### Cuadro 7

Casos estudiados según frecuencia de cepillado y grupo de edad, 2001.

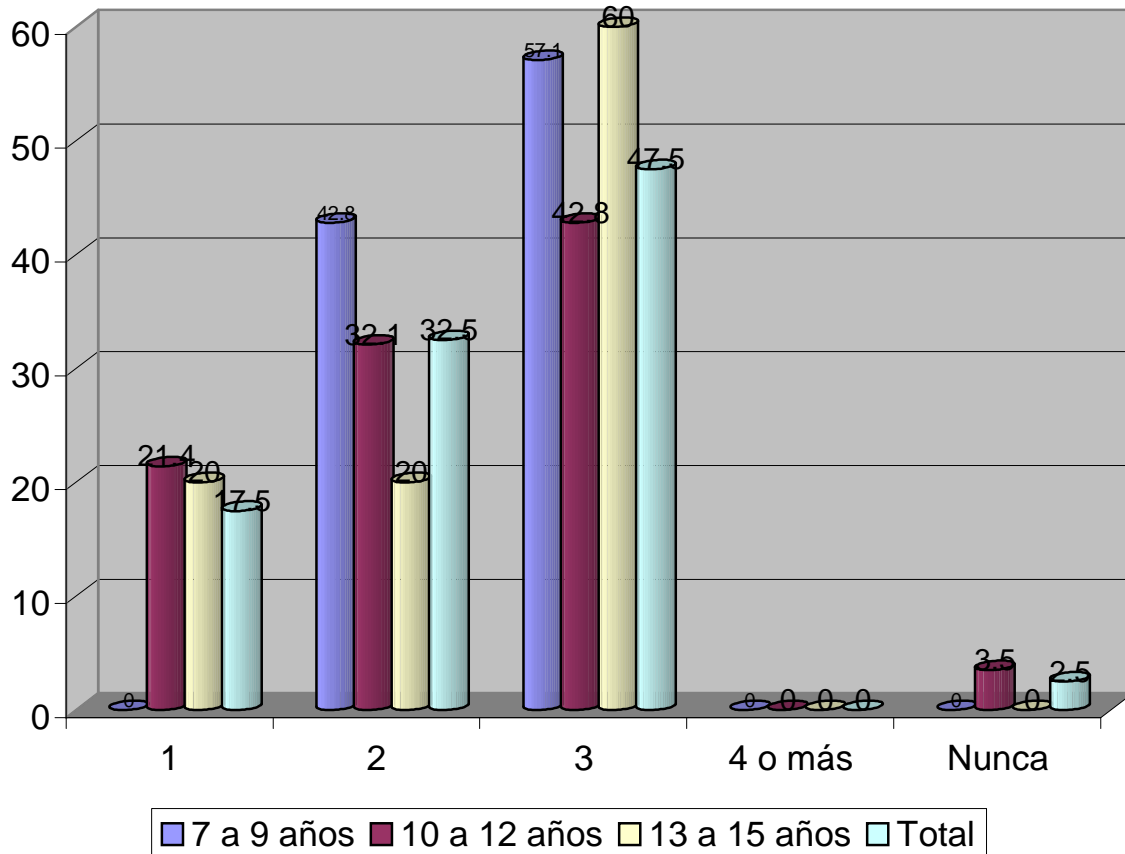
| Frecuencia<br>cepillado<br>Por veces al día | Grupo de edades |             |           |             |          |            | Total     |             |
|---|-----------------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|-------------|
|   | 7-9             |             | 10-12     |             | 13-15    |            |           |             |
|   | N°              | %           | N°        | %           | N°       | %          | N°        | %           |
| <b>1</b>                                    | <b>0</b>        | <b>0</b>    | <b>6</b>  | <b>21.4</b> | <b>1</b> | <b>20</b>  | <b>7</b>  | <b>17.5</b> |
| <b>2</b>                                    | <b>3</b>        | <b>42.8</b> | <b>2</b>  | <b>32.1</b> | <b>1</b> | <b>20</b>  | <b>13</b> | <b>32.5</b> |
| <b>3</b>                                    | <b>4</b>        | <b>57.1</b> | <b>12</b> | <b>42.8</b> | <b>3</b> | <b>60</b>  | <b>19</b> | <b>47.5</b> |
| <b>4 o más</b>                              | <b>0</b>        | <b>0</b>    | <b>0</b>  | <b>0</b>    | <b>0</b> | <b>0</b>   | <b>0</b>  | <b>0</b>    |
| <b>Nunca</b>                                | <b>0</b>        | <b>0</b>    | <b>1</b>  | <b>3.5</b>  | <b>0</b> | <b>0</b>   | <b>1</b>  | <b>2.5</b>  |
| <b>Total</b>                                | <b>7</b>        | <b>100</b>  | <b>28</b> | <b>100</b>  | <b>5</b> | <b>100</b> | <b>40</b> | <b>100</b>  |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

Este cuadro muestra la frecuencia de cepillado dental de la población estudiada en el cual el 17.5% de los niños(as) se cepilla una vez al día, el 32.5% se cepilla dos veces al día, el 47.5% se cepilla tres veces al día y el 2.5% nunca se cepilla los dientes.

## Gráfico 7

**Distribución de casos según frecuencia de cepillado en niños(as).**



Fuente: cuadro 7

Este gráfico representa la frecuencia de cepillado de la población estudiada donde explica que el 17.5% se cepilla una vez al día, el 32.5% dos veces al día y el 47.5% tres veces al día, el 2.5% nunca se cepillan los dientes.

## Cuadro 8

Casos estudiados según el método de cepillado y la edad,  
2001.

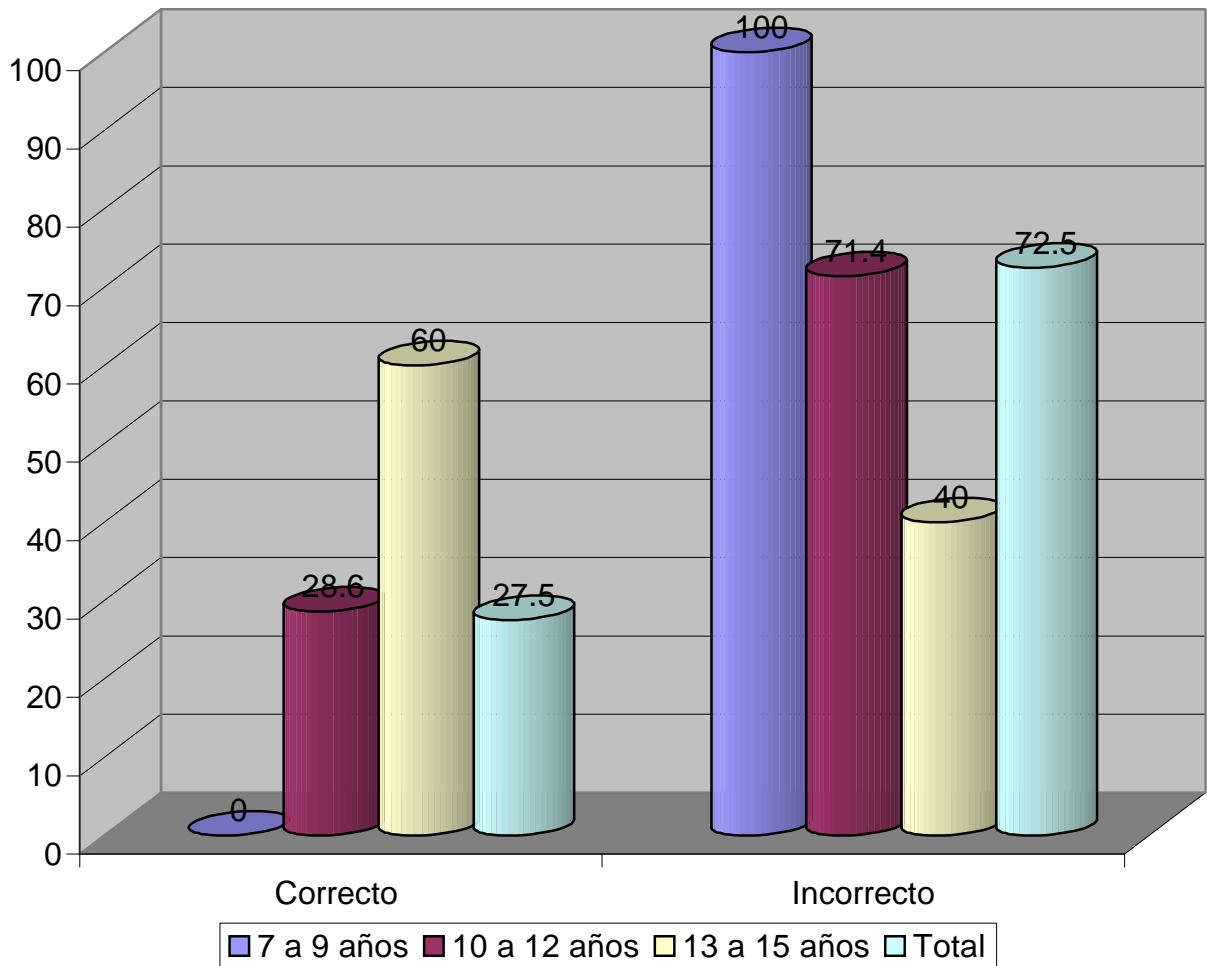
| Método de<br>cepillado | Grupo de edades |            |           |             |          |            | Total     |             |
|------------------------|-----------------|------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|-------------|
|                        | 7-9             |            | 10-12     |             | 13-15    |            | N°        | %           |
|                        | N°              | %          | N°        | %           | N°       | %          |           |             |
| <b>Correcto</b>        | <b>0</b>        | <b>0</b>   | <b>8</b>  | <b>28.6</b> | <b>3</b> | <b>60</b>  | <b>11</b> | <b>27.5</b> |
| <b>Incorrecto</b>      | <b>7</b>        | <b>100</b> | <b>20</b> | <b>71.4</b> | <b>2</b> | <b>40</b>  | <b>29</b> | <b>72.5</b> |
| <b>Total</b>           | <b>7</b>        | <b>100</b> | <b>28</b> | <b>100</b>  | <b>5</b> | <b>100</b> | <b>40</b> | <b>100</b>  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra el método de cepillado utilizado por la población estudiada, el 27.5% lo realiza de una forma correcta y el 72.55% lo realiza de una forma incorrecta.

## Gráfico 8

**Distribución según método de cepillado y edad de niños(as).**



Fuente: cuadro 8

Este gráfico representa el cuadro 8 muestra que de la población estudiada el 27.5% se cepilla correctamente y el 72.5% se cepillan incorrectamente.

**Cuadro 9**  
Casos estudiados según el uso del hilo dental, 2001.

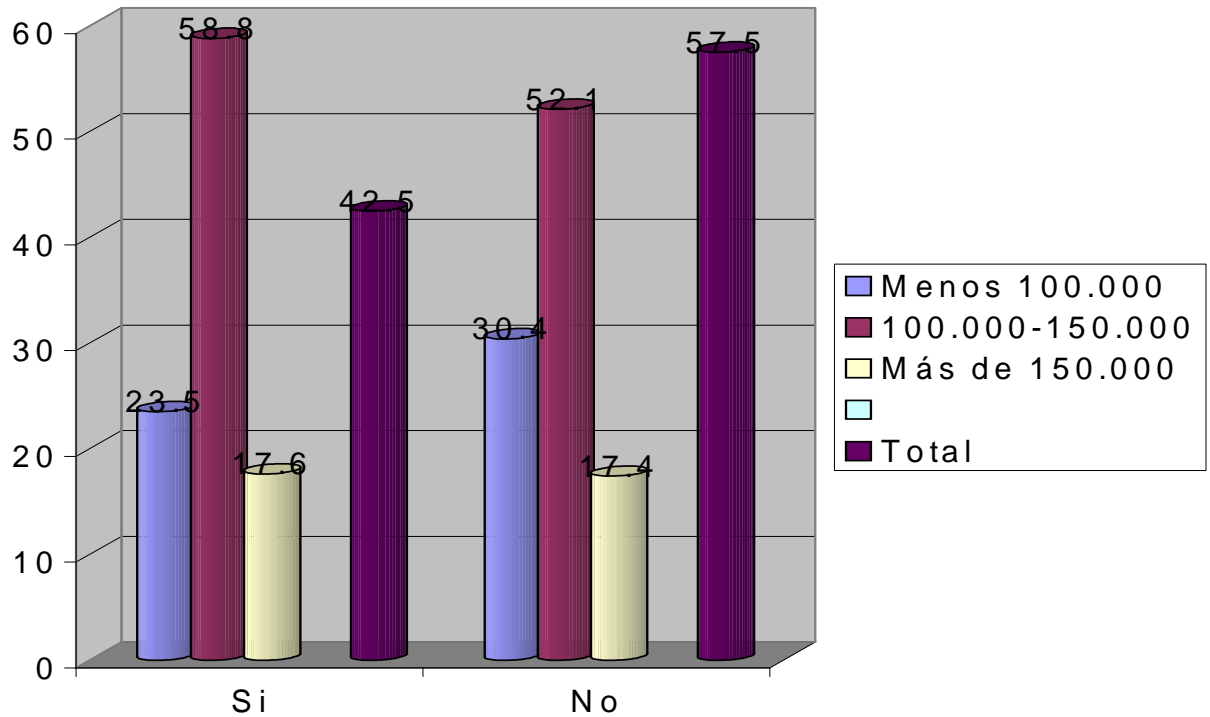
| Nivel de ingresos       | El uso del hilo dental |      |    |      | Total |      |
|-------------------------|------------------------|------|----|------|-------|------|
|                         | Sí                     |      | No |      | N°    | %    |
|                         | N°                     | %    | N° | %    |       |      |
| <b>Menos de 100.000</b> | 4                      | 23.5 | 7  | 30.4 | 11    | 27.5 |
| <b>100.000-150.000</b>  | 10                     | 58.8 | 12 | 52.1 | 22    | 55   |
| <b>Más de 150.000</b>   | 3                      | 17.6 | 4  | 17.4 | 7     | 17.5 |
| <b>Total</b>            | 17                     | 100  | 23 | 100  | 40    | 100  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra que la mayoría de la población no utiliza correctamente el hilo dental.

## Gráfico 9

**Distribución según el uso correcto del hilo dental y el nivel de ingresos.**



**Fuente: cuadro 9**

Este gráfico representa el uso del hilo dental de la población estudiada, demostrando que 42.7% si lo utiliza correctamente y un 57.5% no lo utiliza correctamente.



## Cuadro 10

Casos estudiados según el uso del enjuague bucal, 2001.

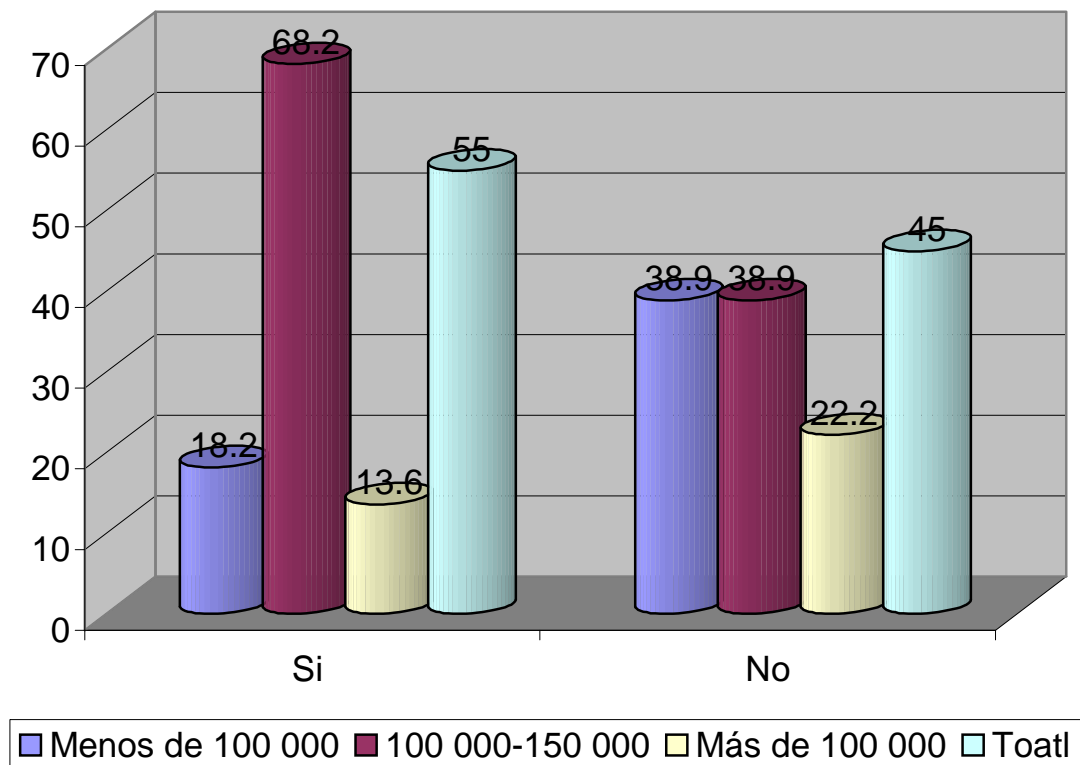
| Nivel de ingresos       | El uso enjuague bucal |      |    |      | Total |      |
|-------------------------|-----------------------|------|----|------|-------|------|
|                         | Sí                    |      | No |      | N°    | %    |
|                         | N°                    | %    | N° | %    |       |      |
| <b>Menos de 100.000</b> | 4                     | 18.2 | 7  | 38.9 | 11    | 27.5 |
| <b>100.000-150.000</b>  | 15                    | 68.2 | 7  | 38.9 | 22    | 55   |
| <b>Más de 150.000</b>   | 3                     | 13.6 | 4  | 22.2 | 7     | 17.5 |
| <b>Total</b>            | 22                    | 100  | 18 | 100  | 40    | 100  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra el uso del enjuague bucal de la población estudiada, en donde el 55% de los niños si lo utilizan y el 45% de ellos no lo utilizan.

## Gráfico 10

**Distribución según el uso de enjuague bucal asociado al nivel de ingresos.**



**Fuente: cuadro10**

Este gráfico representa el uso del hilo dental de la población estudiada, demostrando al 55% de los niños que lo utilizan y el 45% de los mismos que no lo utilizan.

## Cuadro 11

Casos estudiados según el índice de placa bacteriana, 2001.

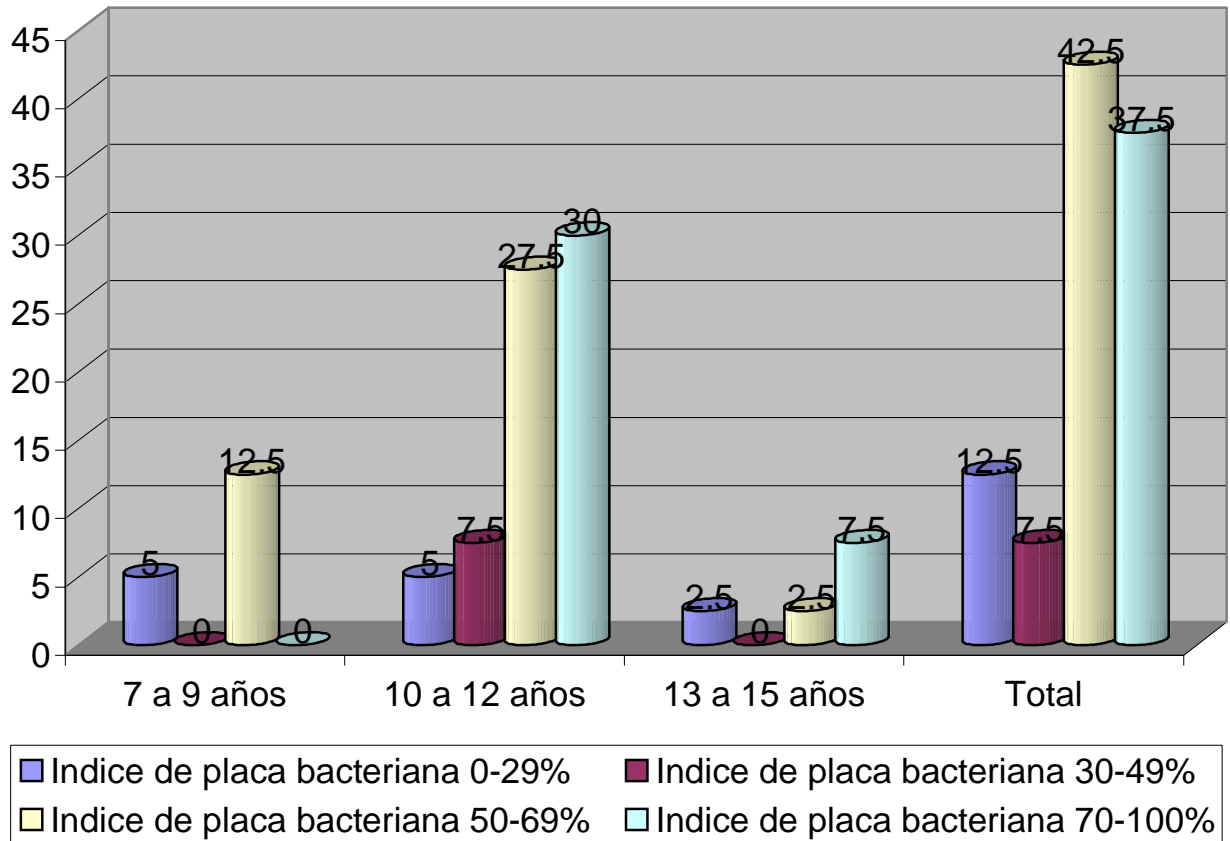
| Índice de placa bacteriana | Grupo de edades |      |       |      |       |      | Total |      |
|----------------------------|-----------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
|                            | 7-9             |      | 10-12 |      | 13-15 |      | N°    | %    |
|                            | N°              | %    | N°    | %    | N°    | %    |       |      |
| <b>0-29%</b>               | 2               | 5    | 2     | 5    | 1     | 2.5  | 5     | 12.5 |
| <b>30-49%</b>              | 0               | 0    | 3     | 7.5  | 0     | 0    | 3     | 7.5  |
| <b>50-69%</b>              | 5               | 12.5 | 11    | 27.5 | 1     | 2.5  | 17    | 42.5 |
| <b>70-100%</b>             | 0               | 0    | 12    | 30   | 3     | 7.5  | 15    | 37.5 |
| <b>Total</b>               | 7               | 17.5 | 28    | 70   | 5     | 12.5 | 40    | 100  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra el índice de placa bacteriana de la población estudiada donde el 12.5% posee un índice de 0-29%, el 7.5% un índice de 30-49%, el 42.5% un índice de 50-69% y el 37.5% un índice de 70-100%.

## Gráfico 11

Distribución según el índice de placa bacteriana de los niños(as).



Fuente: cuadro11

Este gráfico representa el índice de placa bacteriana de la población estudiada donde el 12.5% posee un índice de 0-29%, el 7.5% un índice de 30-49%, el 42.5% un índice de 50-59% y el 37.5% un índice de 70-100%.

## Cuadro 12

Casos estudiados según piezas dentales con caries cariadas y sexo, 2001.

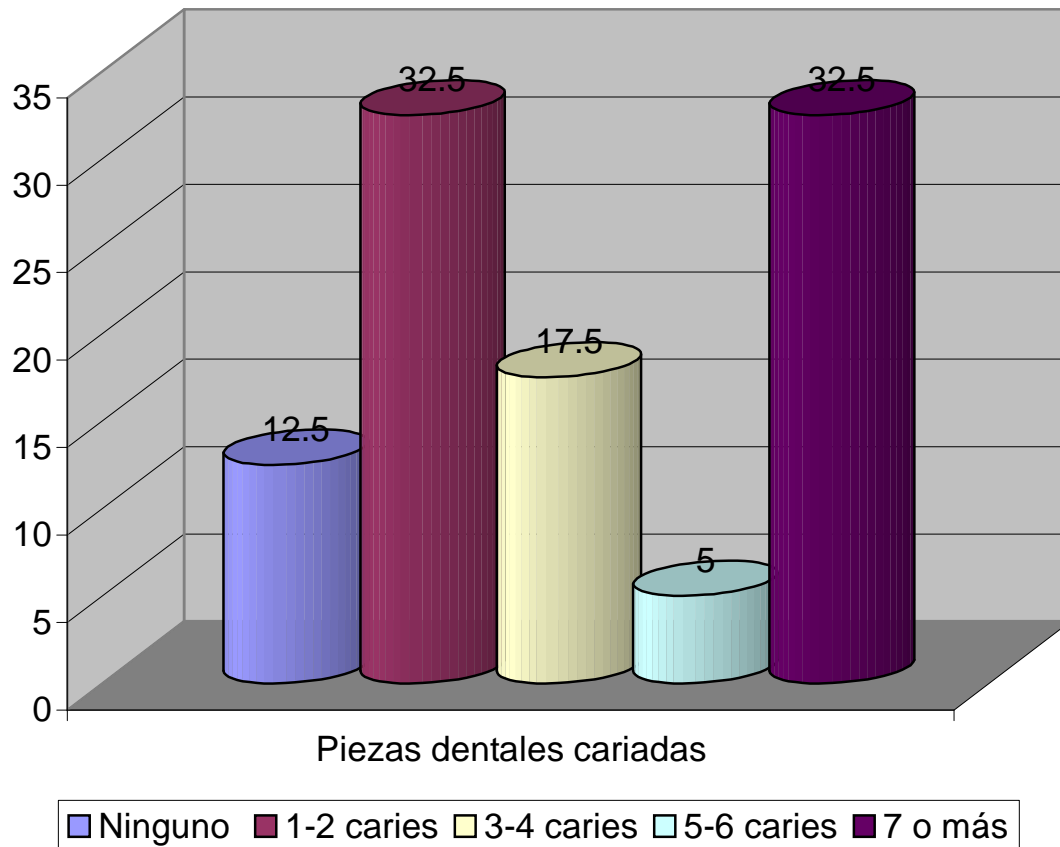
| N° de Dientes Cariados | Sexo      |     |          |     | Total |      |
|------------------------|-----------|-----|----------|-----|-------|------|
|                        | Masculino |     | Femenino |     |       |      |
|                        | N°        | %   | N°       | %   | N°    | %    |
| <b>Ninguno</b>         | 1         | 5   | 4        | 20  | 5     | 12.5 |
| <b>1-2</b>             | 8         | 40  | 5        | 25  | 13    | 32.5 |
| <b>3-4</b>             | 2         | 10  | 5        | 25  | 7     | 17.5 |
| <b>5-6</b>             | 2         | 10  | 0        | 0   | 2     | 5    |
| <b>7 o más</b>         | 7         | 35  | 6        | 30  | 13    | 32.5 |
| <b>Total</b>           | 20        | 100 | 20       | 100 | 40    | 100  |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

El presente cuadro muestra la información de las piezas dentales con caries de la población estudiada, el 32.5% de los niños(as) presentan 1 ó 2 caries, el 17.5% muestra de 3-4 caries, el 5% de 5-6 caries, el 32.5% presenta de 7 o más caries y el 12.5% no presenta caries.

## Gráfico 12

Distribución según los dientes con caries de los niños(as).



Fuente: cuadro 12

Este gráfico representa el porcentaje de dientes cariados de la población estudiada, demostrando un 12.5% sin caries, el 32.5% 1-2 caries, 17.5% 3-4 caries, 5% 5-6 caries, 32.5% de 7-o más caries.

### Cuadro 13

Casos estudiados según piezas obturados y sexo,2001.

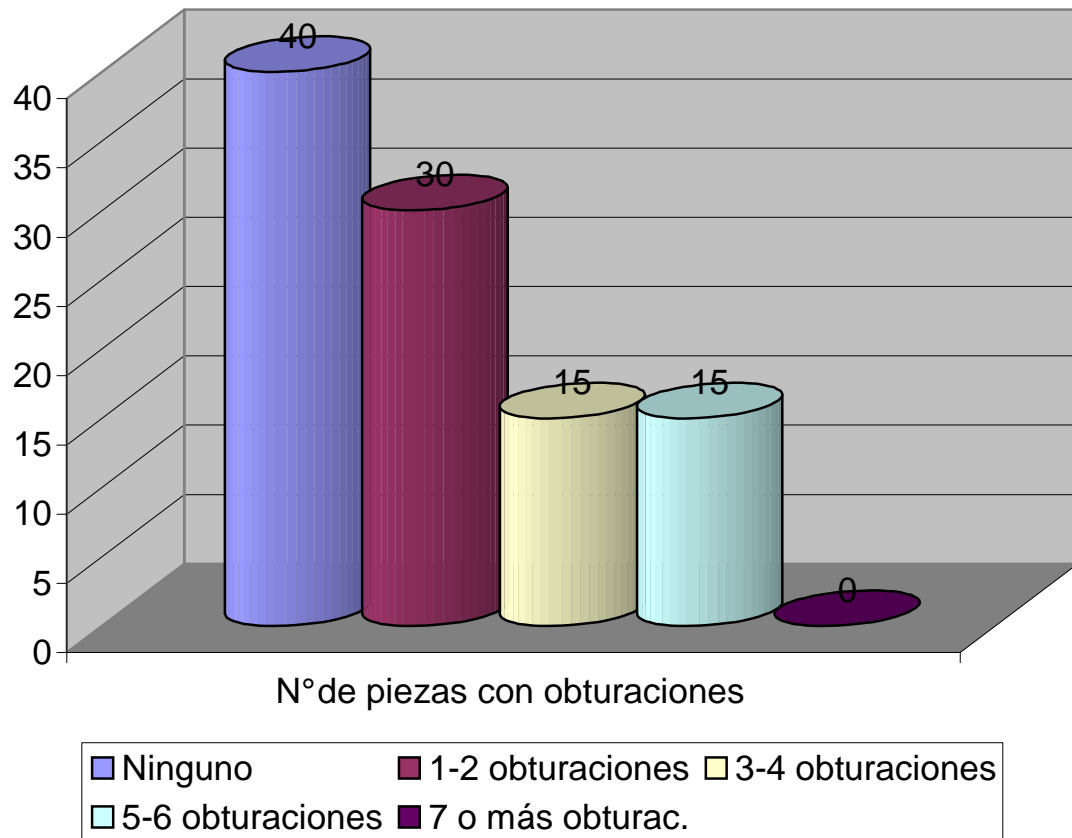
| N° de Dientes obturados | Sexo      |     |          |     | Total |     |
|-------------------------|-----------|-----|----------|-----|-------|-----|
|                         | Masculino |     | Femenino |     |       |     |
|                         | N°        | %   | N°       | %   | N°    | %   |
| <b>Ninguno</b>          | 11        | 55  | 5        | 25  | 16    | 40  |
| <b>1-2</b>              | 4         | 20  | 8        | 40  | 12    | 30  |
| <b>3-4</b>              | 3         | 15  | 3        | 15  | 6     | 15  |
| <b>5-6</b>              | 2         | 10  | 4        | 20  | 6     | 15  |
| <b>7 o más</b>          | 0         | 0   | 0        | 0   | 0     | 0   |
| <b>Total</b>            | 20        | 100 | 20       | 100 | 40    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra la presencia de piezas dentales obturados en la población estudiada, el 30% presenta de 1-2 obturaciones, el 15% presenta de 3-4 piezas obturadas; el 15% presenta de 5-6 piezas obturadas y el 40% no presenta piezas obturadas.

### Gráfico 13

**Distribución según el número de piezas con obturaciones.**



**Fuente: cuadro13**

Este gráfico representa el porcentaje de dientes obturados, demostrando que el 40% de la población no presenta obturaciones, el 30% de 1-2 obturaciones, el 15% de 3-4 obturaciones y al igual que de 5-6 obturaciones.



## Cuadro 14

Casos estudiados según piezas perdidas y edad, 2001.

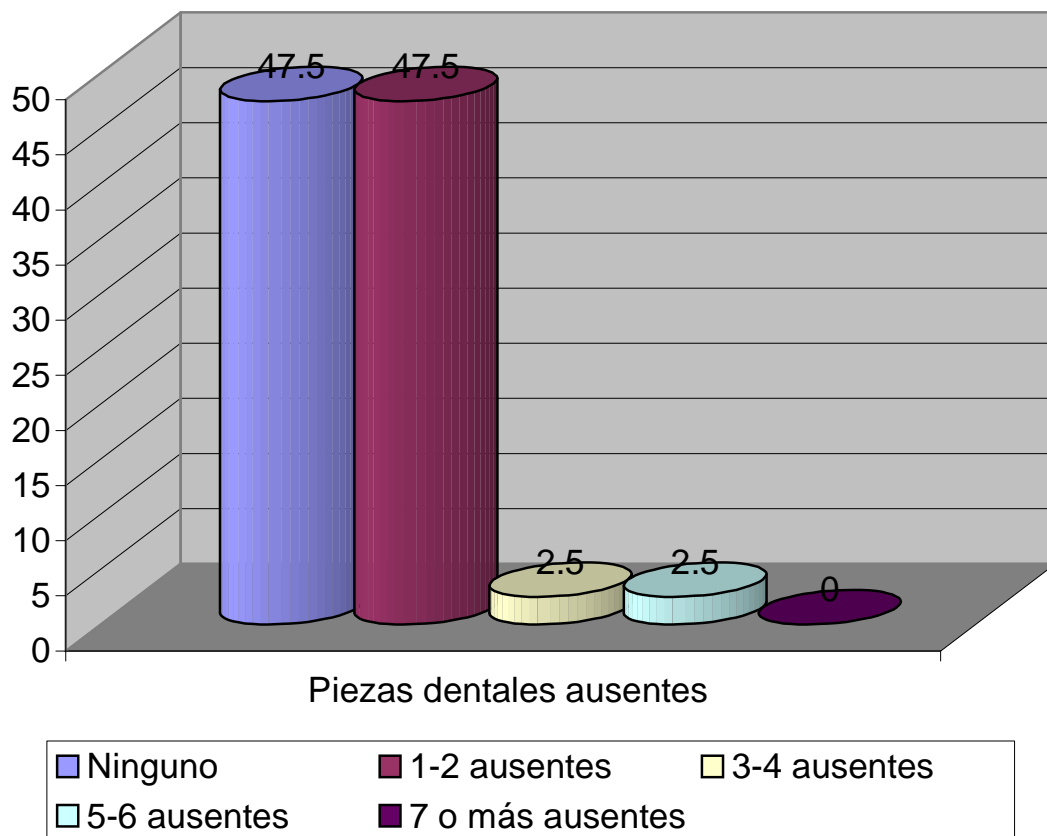
| N° de dientes<br>perdidas | Grupo de edades |      |       |      |       |     | Total |      |
|---------------------------|-----------------|------|-------|------|-------|-----|-------|------|
|                           | 7-9             |      | 10-12 |      | 13-15 |     | N°    | %    |
|                           | N°              | %    | N°    | %    | N°    | %   |       |      |
| <b>Ninguno</b>            | 0               | 0    | 14    | 50   | 5     | 100 | 19    | 47.5 |
| <b>1-2</b>                | 6               | 85.7 | 13    | 46.4 | 0     | 0   | 19    | 47.5 |
| <b>3-4</b>                | 1               | 14.3 | 0     | 0    | 0     | 0   | 1     | 2.5  |
| <b>5-6</b>                | 0               | 0    | 1     | 3.6  | 0     | 0   | 1     | 2.5  |
| <b>7 o más</b>            | 0               | 0    | 0     | 0    | 0     | 0   | 0     | 0    |
| <b>Total</b>              | 7               | 100  | 28    | 100  | 5     | 100 | 40    | 100  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro representa la cantidad de piezas dentales perdidas de la población estudiada donde el 47.5% ha perdido de 1-2 piezas dentales, el 2.5% ha perdido 3-4 piezas dentales, el 2.5% ha perdido de 5-6 piezas dentales perdidas y el 47.5% no ha perdido ninguna pieza dental.

## Gráfico 14

Distribución según el N° de piezas dentales ausentes.



Fuente: cuadro14

Este gráfico representa el porcentaje de dientes perdidos de la población estudiada, demostrando que el 4.75% no tiene dientes perdidos, el 47.5% 1-2 perdidos, 2.5% 3-4 perdidos y el 2.5% 5-6 dientes perdidos.

## Cuadro 15

Casos estudiados según la identificación del lavamanos, cepillo dental y pasta de dientes, 2001.

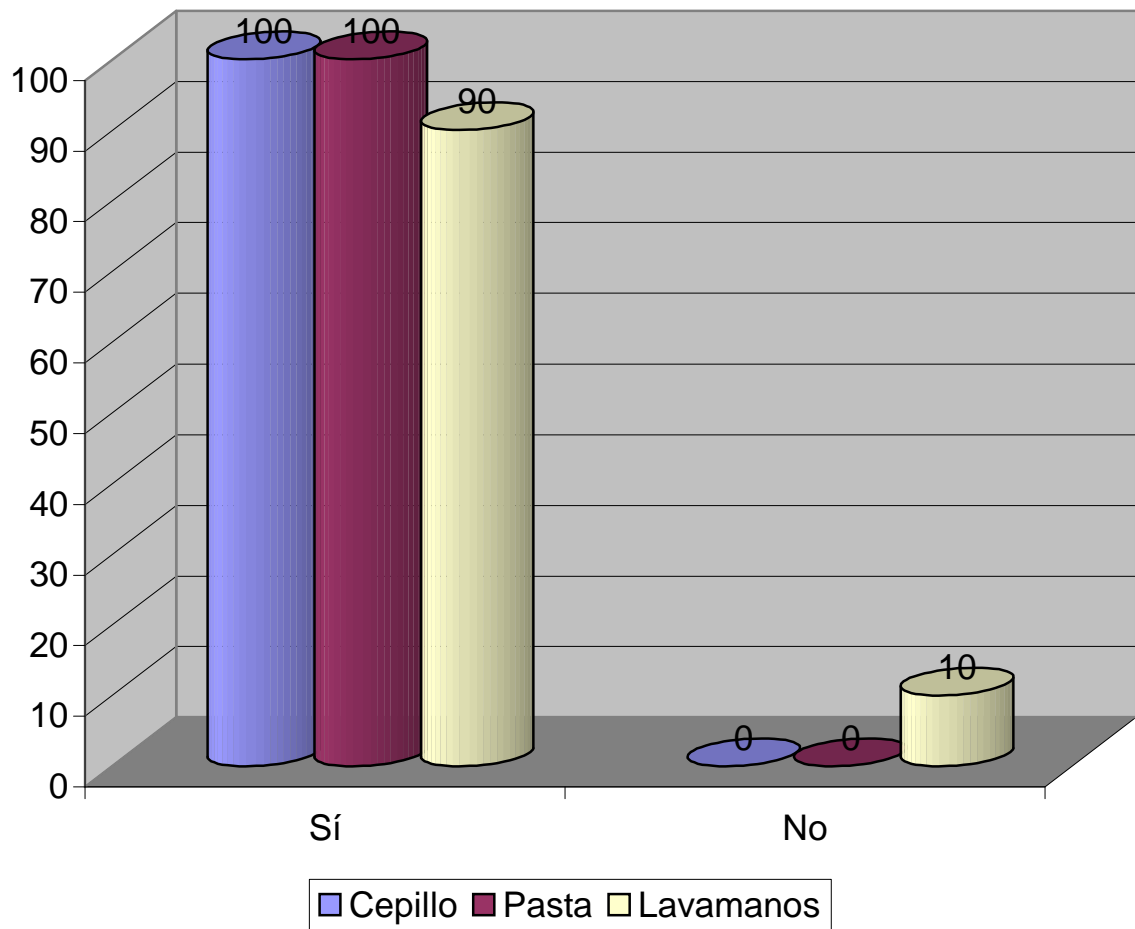
| Reconoce        | Grupo de edades |      |    |      |       |      |    |     |       |     |    |   | Total |     |    |    |
|-----------------|-----------------|------|----|------|-------|------|----|-----|-------|-----|----|---|-------|-----|----|----|
|                 | 7-9             |      |    |      | 10-12 |      |    |     | 13-15 |     |    |   | Sí    |     | No |    |
|                 | Sí              |      | No |      | Sí    |      | No |     | Sí    |     | No |   |       |     |    |    |
|                 | N°              | %    | N  | %    | N     | %    | N  | %   | N     | %   | N  | % | N     | %   | N  | %  |
| <b>Cepillo</b>  | 7               | 100  | 0  | 0    | 28    | 100  | 0  | 0   | 5     | 100 | 0  | 0 | 40    | 100 | 0  | 0  |
| <b>Pasta</b>    | 7               | 100  | 0  | 0    | 28    | 100  | 0  | 0   | 5     | 100 | 0  | 0 | 40    | 100 | 0  | 0  |
| <b>Lavamano</b> | 5               | 71.4 | 2  | 28.6 | 26    | 92.9 | 2  | 7.1 | 5     | 100 | 0  | 0 | 36    | 90  | 4  | 10 |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

Este cuadro representa la identificación de objetos necesarios para la higiene oral (lavamanos, cepillo dental y pasta dental) donde el 100% identificó correctamente el cepillo, el 100% reconoce correctamente la pasta dental y el 90% reconoce correctamente el lavamanos.

## Gráfico 15

**Distribución de acuerdo a la identificación de cepillo, pasta y lavamanos.**



**Fuente: cuadro15**

Este gráfico representa el cuadro 14, donde se identifican objetos necesarios para la higiene oral, el 100% identificó correctamente el cepillo dental y la pasta dental, el 90% reconoce correctamente el lavamanos.

### Cuadro 16

Casos estudiados según la identificación de dientes, lengua y encía y la edad, 2001.

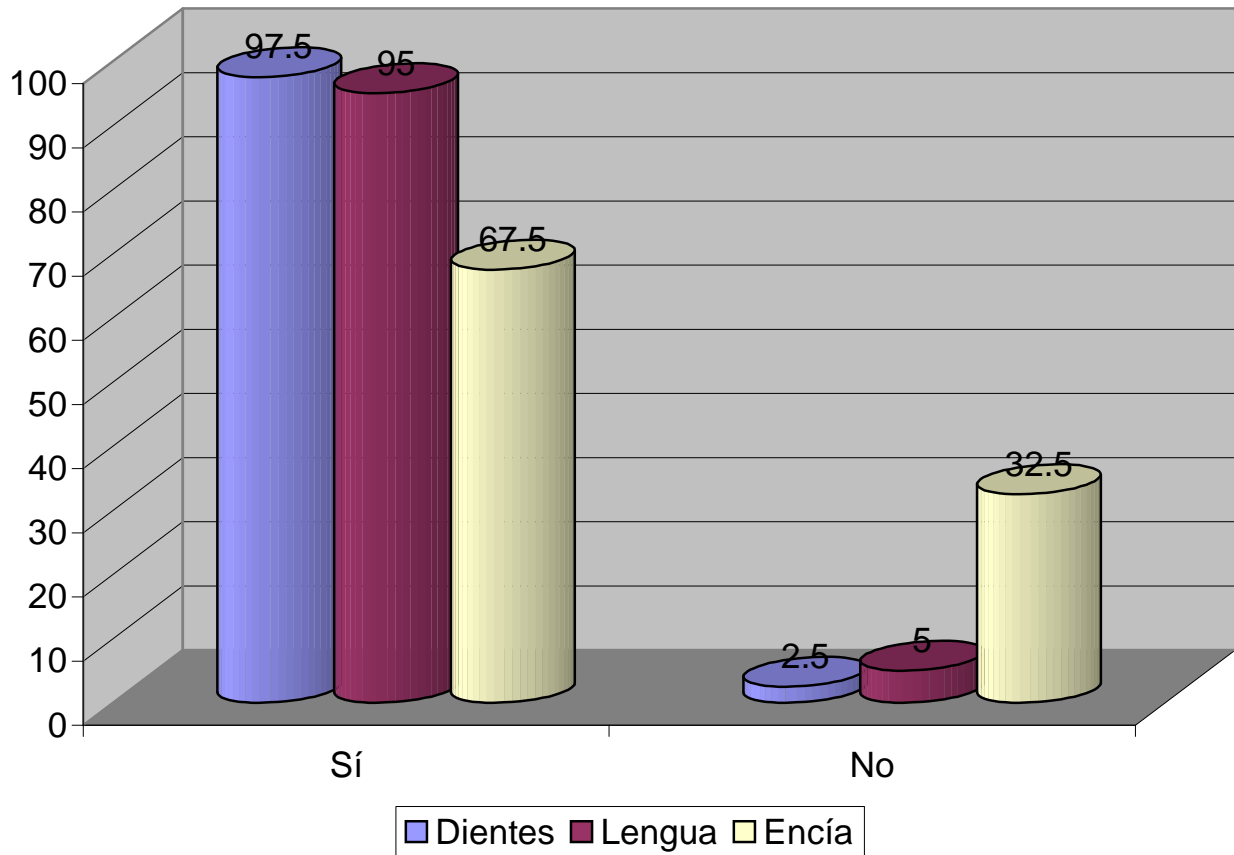
| Reconoce       | Grupo de edades |      |    |      |       |      |    |      |       |     |    |    | Total |      |    |      |
|----------------|-----------------|------|----|------|-------|------|----|------|-------|-----|----|----|-------|------|----|------|
|                | 7-9             |      |    |      | 10-12 |      |    |      | 13-15 |     |    |    |       |      |    |      |
|                | Sí              |      | No |      | Sí    |      | No |      | Sí    |     | No |    | Sí    |      | No |      |
|                | N°              | %    | N  | %    | N     | %    | N  | %    | N     | %   | N  | %  | N     | %    | N  | %    |
| <b>Dientes</b> | 6               | 86.7 | 1  | 14.3 | 28    | 100  | 0  | 0    | 5     | 100 | 0  | 0  | 39    | 97.5 | 1  | 2.5  |
| <b>Lengua</b>  | 7               | 100  | 0  | 0    | 26    | 92.9 | 2  | 7.1  | 5     | 100 | 0  | 0  | 38    | 95   | 2  | 5    |
| <b>Encía</b>   | 5               | 71.4 | 2  | 28.5 | 18    | 64.3 | 10 | 35.7 | 4     | 80  | 1  | 20 | 27    | 67.5 | 13 | 32.5 |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

Este cuadro representa la identificación de dientes, lengua y encía donde el 97.5% identificó correctamente los dientes, el 95% identificó correctamente la lengua y el 67.5% identificó correctamente la encía.

## Gráfico 16

Distribución de acuerdo a la identificación dientes, lengua u encía.



Fuente: cuadro 16

El presente gráfico presenta el cuadro 15 donde el 97.5% identificó los dientes, el 95% identificó correctamente la lengua y el 67.5% identificó correctamente la encía.

### **8.1.1 Variable: Programa ya establecido.**

El programa establecido por los doctores Suee Fallas Vargas y Luis Ruíz Quesada en las aulas integradas de la escuela Miguel Obregón Lizano en Tibás, es de importancia fundamental porque motiva a odontólogos y a estudiantes a analizar las necesidades orales en niños(as) con discapacidad, a la vez fomenta a la capacitación de profesionales y a continuar elaborando programas en esta área.

En el programa se emplea una metodología adecuada para el proceso de comunicación (enseñanza-aprendizaje) de los niños(as). Las técnicas fueron las apropiadas para cada sesión, el empleo de material didáctico y audiovisual, fue el adecuado para la estimulación de los sentidos; en él se explican las actividades en forma clara y sencilla adecuada a la edad mental de los niños(as), esto con el fin de motivarlos a seguir participando en una forma física y mental. Además, todos los aspectos odontológicos fueron bien abordados en el programa; aunque muchos de los métodos de prevención oral no se adecuaron a la capacidad física de los niños(as).

En cuanto a la estructuración del programa, el número de sesiones para el desarrollo del mismo fue el indicado para la realización de los procedimientos en una forma gradual aunque no se especifique el tiempo de cada sesión; el espacio utilizado en el programa es recomendable para lograr una buena motivación en los niños(as), así como lo afirma el Ministerio de Educación Pública (M.E.P, 2000): **“Hay que organizar las actividades de acuerdo con las necesidades de los niños(as), en el tiempo y en el espacio físico con el que cuentan”**.

La incorporación de los padres de familia en el programa es una condición decisiva para obtener éxito en la capacitación del niño(a); porque ellos son fuente de información valiosa y son personas claves en el desarrollo socio-afectivo y cognoscitivo del niño, éstos se motivan al ser tomados en cuenta en los programas.

Con base en el conocimiento adquirido, se puede decir que el programa para conocer las necesidades orales de los niños(as) con retardo mental; tuvo una muy buena orientación para alcanzar los objetivos deseados; sin embargo, es necesario hacer mención de la falta de un sustento teórico para respaldar y justificar el plan de intervención utilizado para fundamentar el éxito de los resultados. **“El marco teórico cumple un papel fundamental en la investigación; le da un sustento teórico al mismo, porque sin él no se podría explicar los resultados obtenidos ni interpretarlos de una manera fructífera” (Barrantes R; 1999).** La investigación logra cumplir con sus objetivos y responde al problema planteado, por lo tanto se considera como un programa instructivo y que sirve de antecedentes para otras investigaciones.



### **8.1.2 Variable: Estado de la salud oral de los niños(as) con retardo mental.**

Durante la intervención en la escuela Miguel Obregón Lizano, se logró obtener los resultados para el análisis del impacto que tuvo el programa ya establecido en los niños(as). En el transcurso de las sesiones los niños(as) se mostraron muy cooperadores; lo que facilitó la recolección de los datos. El estado de la salud oral de los niños(as) de la población estudiada es poco satisfactoria; debido al alto nivel de caries y de placa bacteriana. Además por la poca utilización de coadyuvantes de la higiene oral (cepillo dental, hilo dental y enjuagues bucales).

Con base en los resultados obtenidos se puede decir que los aspectos que explican el estado de la salud oral de los niños(as) son los siguientes:

1. La educación e interés de los padres de familia:

La ayuda que recibieron la mayoría de los niños por parte de sus padres fue muy escasa; por falta de interés y educación acerca de la salud oral.

**“ Los padres deben de supervisar los cuidados dentales de sus hijos, se debe precisar una actitud firme y las medidas disciplinarias apropiadas, para crear y conservar este importante hábito higiénico; conviene que los progenitores realicen siempre la supervisión de la boca del niño” (Pinkham, 1996).**

2. La situación económica:

Esto puede influir porque la mayor parte de la población estudiada, poseen un medio económico bajo y se les dificulta acudir a una consulta privada, y optan por acudir a la pública en donde normalmente se realizan más tratamientos curativos que los preventivos. Además la poca utilización de los coadyuvantes de la higiene oral empobrece el estado de la salud oral.

### 3. La dieta:

La ingestión de alimentos básicos son los recomendables para el desarrollo del niño(a). Sin embargo, el consumo de alimentos cariogénicos fue muy alto. **“Este es un método muy importante en la prevención de la salud oral” (Mc Donald, 1993).**

**“Es necesario corregir faltas de adecuación nutricional de la dieta, que pueden afectar a la salud oral del paciente para impedir el daño a los dientes y a los tejidos bucales como consecuencia del tipo de alimentos” (Katz, 1993).**

Por estas situaciones que pasan a diario es necesaria la capacitación tanto del niño(a), de los padres e incluso del maestro. Además es indispensable adecuar los programas de educación y prevención oral de acuerdo con las necesidades orales, cognoscitivas – socioafectivas y económicas del niño(a).

### **8.1.3 Resultados de la discusión del programa ya establecido.**

1. La distribución por sexo de la población estudiada con retardo mental no muestra diferencia significativa ya que el 50% es masculino y el 50% es femenino. Sin embargo entre los tres grupos de edades se nota que el mayor porcentaje de niños(as) se encuentran entre los 10-12 años.
2. El mayor porcentaje de la población estudiada presenta un ingreso económico familiar igual o menor a los 150 000 colones. Además, la mayoría de los niños acuden a la atención odontológica pública.
3. En la población estudiada los antecedentes patológicos más frecuentes son trastornos del lenguaje y convulsiones.
4. Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en los niños(as) es la hiperactividad.
5. La ingestión de alimentos básicos para la dieta diaria es la inadecuada para el desarrollo de los niños(as) y el consumo diario de alimentos cariogénicos es elevado.
6. El hábito de cepillado de dental, está establecido en la población estudiada y la frecuencia de cepillado mínima al día está marcada en los mismos.
7. La técnica de cepillado dental utilizada por la mayoría de los niños es incorrecta. La mayor cantidad de niños(as) no utiliza hilo dental u enjuague bucal.
8. Existe un porcentaje alto de niños(as) con índices de placa bacteriana elevada.
9. La mayor parte de la población presenta caries dental, obturaciones y dientes ausentes.
10. Del total de niños(as) estudiados con retardo mental el mayor porcentaje identifica el cepillo dental, pasta dental, lavamanos, dientes, lengua y la encía.

#### **8.1.4 Conclusiones de la discusión del programa ya establecido.**

Factores que influyen en el estado de la salud oral de los niños(as)

- ❖ La situación económica.
- ❖ La educación e interés de los padres de familia y maestros.
- ❖ La dieta.
- ❖ La frecuencia y técnica de cepillado dental.
- ❖ La utilización de hilo dental u enjuagues bucales.
- ❖ La visita frecuente al odontólogo.

### **8.1.5 RECOMENDACIONES:**

Al realizar la discusión de resultados de la investigación anterior es importante decir que es necesaria:

1. La elaboración de programas de educación y prevención oral a la población de niños(as) con retardo mental de escasos recursos.
2. La capacitación de padres de familia y maestros acerca de la salud oral (educación y prevención).
3. La adecuación de programas educativos y preventivos para niños(as) con retardo mental.
4. La atención odontológica integral de los niños(as) con retardo mental con un enfoque trans e inter disciplinario.

## **8.2 Variable: Análisis de la información existente de educación y prevención oral a niños(as) con retardo mental.**

El marco teórico tiene una importancia fundamental por que le da sustento teórico a la investigación; este permite conocer más el tema, ayuda a plantear mejor los objetivos y a conformar el resto del plan de trabajo. **“Investigar es una actividad dirigida hacia el descubrimiento del desarrollo de un grupo de conocimientos” (Barrantes R; 1999)**. Este se logra mediante la revisión bibliográfica, una vez seleccionado este se procede a revisar cuidadosamente y a extraer lo que es necesario y luego integrarlo. Esto con el objetivo de garantizar que la información tenga relación con el problema de investigación para que el análisis se centre en los puntos determinados (Op.cit).

Durante el desarrollo de esta investigación la información del programa de educación y prevención oral juega un papel central para brindarle validez y confiabilidad al desarrollo de los resultados.

Los datos recolectados reúnen todas las características para responder a problema planteado, aunque para llegar a conclusiones fue necesaria la interpretación de los mismos. La información en general acerca del retardo mental es muy abundante, pero específicamente de educación y prevención oral en estos niños(as) es muy limitada por que los datos son muy generales; cabe mencionar que mucha de la información utilizada en la investigación fue recopilada en base a entrevistas a profesionales especializados en niños(as) con retardo mental (odontólogo, psicólogo, pediatra, educadores de enseñanza especial, nutricionista, etc).

Se podría decir, que la falta de información de este tema, puede justificar en cierta forma la actitud del odontólogo, al no tener material didáctico para su capacitación. Sin embargo, esto no implica que no se pueda realizar investigaciones de esta índole, para fortalecer los conocimientos ya existentes y un cambio de actitud del profesional de la salud oral y de las nuevas generaciones. **“La función de la teoría es explicar, sistematizar o dar orden al conocimiento sobre el fenómeno. Además proporciona conocimiento de los elementos que están relacionados con el tema”** (Sampieri H Roberto; 1998).

### **8.3 Análisis de resultados del programa de educación y prevención oral en niños(as) con retardo mental.**

Este estudio se realiza en las aulas integradas de la Escuela República de Haití en Paso Ancho. Con el fin de conocer de que forma se le debe brindar educación y prevención oral en niños(as) con retardo mental leve – moderado. Junto con la participación de padres de familia y maestros.

Se trabaja con una población de 20 niños(as) que integran dos de las aulas integradas de la escuela. En el siguiente capítulo se realiza una descripción de los resultados obtenidos durante la intervención. Posteriormente se presentan las conclusiones y las recomendaciones.



## Cuadro 1

Casos estudiados según grupos de edad y sexo de los niños(as)  
con retardo mental, 2002.

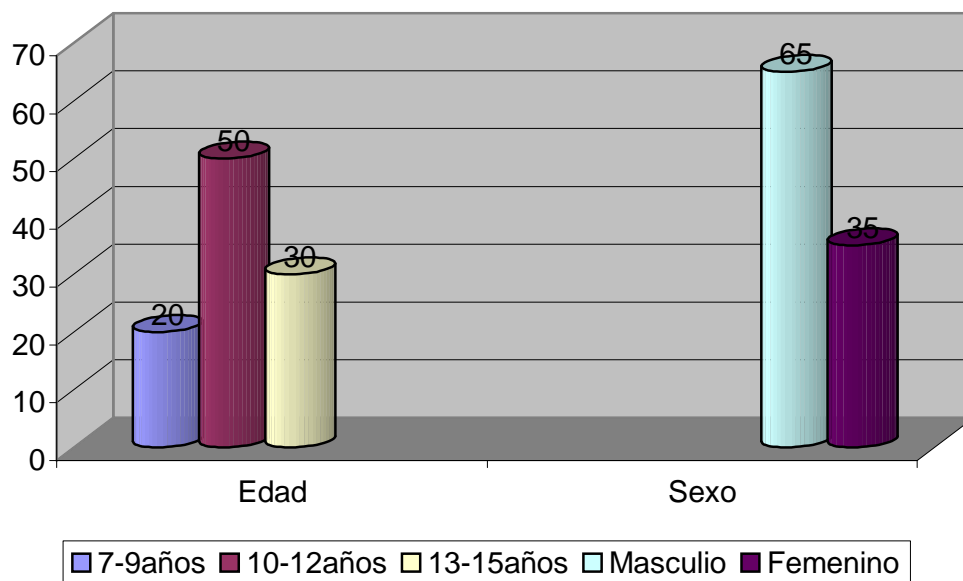
| Grupo de edad (años) | Sexo      |    |          |    | Total |     |
|----------------------|-----------|----|----------|----|-------|-----|
|                      | Masculino |    | Femenino |    | N°    | %   |
|                      | N°        | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>7-9 años</b>      | 3         | 15 | 1        | 5  | 4     | 20  |
| <b>10-12 años</b>    | 8         | 40 | 2        | 10 | 10    | 50  |
| <b>13-15 años</b>    | 2         | 10 | 4        | 20 | 6     | 30  |
| <b>Total</b>         | 13        | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra que el 65% de la población estudiada es del sexo masculino y el 35% femenino. En cuanto a la distribución según grupos de edad, el 20% es de 7-9 años, el 30% es de 13-15 años, el 50% es de 10-12 años.

## Gráfico 1

Distribución según el grupo de edad y el sexo de los niños(as).



Fuente: cuadro 1

En el gráfico se observa la distribución de las edades y el sexo de los niño(as) con retardo mental, donde el grupo de edades entre los 7-9 años hay un 20%, entre los 10-12 años hay un 50% y entre los 13-15 años hay un 30%. De acuerdo al sexo el 65% es del sexo masculino y el 35% es del sexo femenino.

## Cuadro 2

Casos estudiados según el tipo de retardo mental y el sexo de los niños(as), 2002.

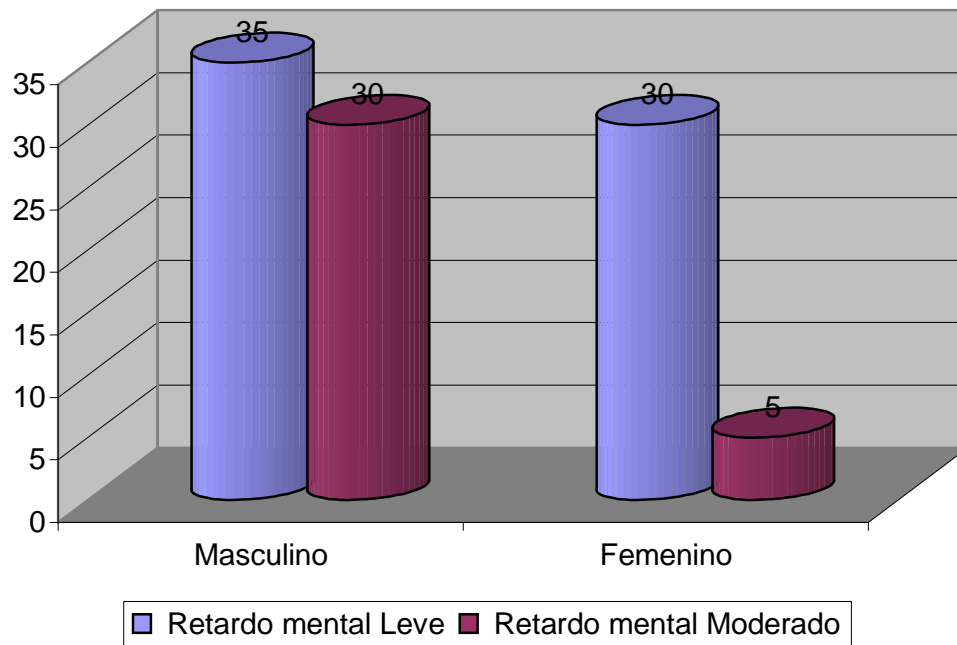
| <b>Tipo de retardo mental</b> | <b>Sexo</b>      |          |                 |          | <b>Total</b> |          |
|-------------------------------|------------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|
|                               | <b>Masculino</b> |          | <b>Femenino</b> |          |              |          |
|                               | <b>N°</b>        | <b>%</b> | <b>N°</b>       | <b>%</b> | <b>N°</b>    | <b>%</b> |
| <b>Leve</b>                   | 7                | 35       | 6               | 30       | 13           | 65       |
| <b>Moderado</b>               | 6                | 30       | 1               | 5        | 7            | 35       |
| <b>Total</b>                  | 13               | 65       | 7               | 35       | 20           | 100      |

**Fuente: Wright A. Y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la distribución del sexo según el tipo de retardo mental, el 65% de los niños posee un retardo leve y el 35% retardo mental moderado. En el sexo masculino el 35% tiene retardo mental leve y el 30% retardo mental moderado. En el sexo femenino el 30% tiene un retardo mental leve y el 5% posee retardo moderado.

## Gráfico 2

Distribución según el tipo de reatrd mental y el sexo de los niños(as)



Fuente: cuadro 2.

El gráfico representa al cuadro 2 donde el 65% de la población tiene retardo mental leve y el 35% presenta un retardo moderado.

### Cuadro 3.

Casos estudiados según el tipo de retardo mental y la edad de los niños(as), 2002.

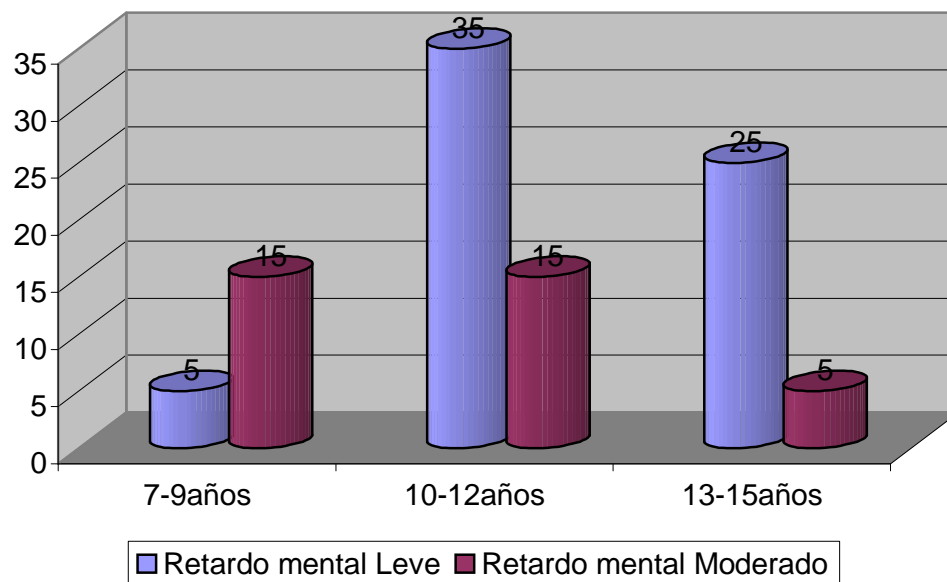
| Tipo de retardo mental | Edad     |    |            |    |            |    | Total |     |
|------------------------|----------|----|------------|----|------------|----|-------|-----|
|                        | 7-9 años |    | 10-12 años |    | 13-14 años |    | N°    | %   |
|                        | N°       | %  | N°         | %  | N°         | %  |       |     |
| <b>Leve</b>            | 1        | 5  | 7          | 35 | 5          | 25 | 13    | 65  |
| <b>Moderado</b>        | 3        | 15 | 3          | 15 | 1          | 5  | 7     | 35  |
| <b>Total</b>           | 4        | 20 | 10         | 50 | 6          | 30 | 20    | 100 |

Fuente: Wright A. Y González T, datos propios del estudio.

El cuadro muestra la distribución de la edad según el tipo de retardo mental. El grupo de edades entre los 7-9 años el 5% tiene retardo leve, el 15% tiene retardo mental moderado. De los 10-12 años el 35% tiene retardo leve, 15% tiene retardo moderado. De los 13-15 años el 25% tiene retardo leve, el 5% tiene retardo moderado.

### Gráfico 3

Distribución según el tipo de retardo mental y la edad de los niños(as).



**Fuente: cuadro 3**

En el gráfico se observa la distribución del tipo de retardo mental de la población estudiada de acuerdo al grupo edad; en el retardo mental leve entre los 7-9 años hay un 5%, entre los 10-12 años hay un 35% y entre los 13-15 años hay un 25%. En el grupo de retardo mental moderado entre los 7-9 años hay un 15%, entre los 10-12 años hay un 15% y entre los 13-15 años hay un 5%.

### Cuadro 4

Casos estudiados según la asistencia de los padres de familia a la primera sesión de capacitación de la salud oral, 2002.

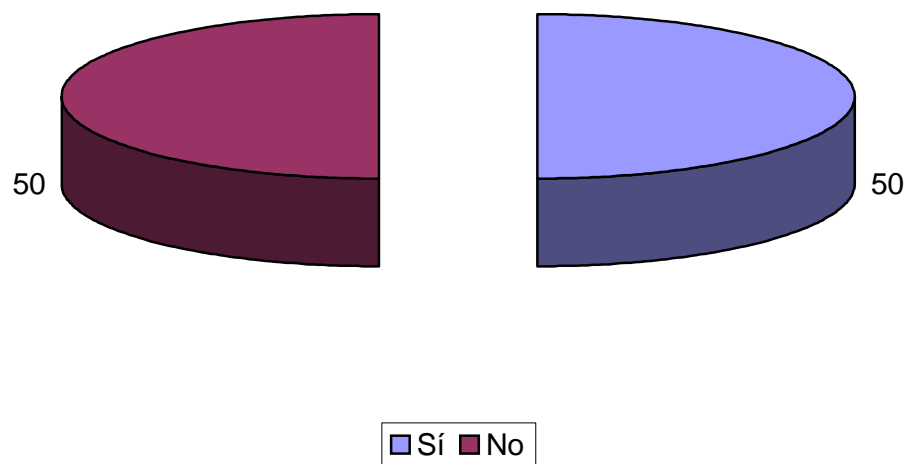
| Asistencia del padre de familia | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|---------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                                 | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                                 | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>Sí</b>                       | 5                      | 25 | 5        | 25 | 10    | 50  |
| <b>No</b>                       | 8                      | 40 | 2        | 10 | 10    | 50  |
| <b>Total</b>                    | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

El cuadro representa la asistencia de los padres de familia a la primera sesión, para la capacitación de educación y prevención oral, el 50% de los mismos si asistieron a la primera sesión y el 50% no asistieron a la reunión.

## Gráfico 4

Asistencia de padres de familia a la primera sesión(capacitación).



Fuente: cuadro 4

El gráfico representa al cuadro 4 donde muestra la asistencia de los padres de familia a la primera capacitación de educación y prevención oral de los niños con retardo mental.



**Cuadro 5**  
Casos estudiados según sus principales antecedentes patológicos personales, 2002.

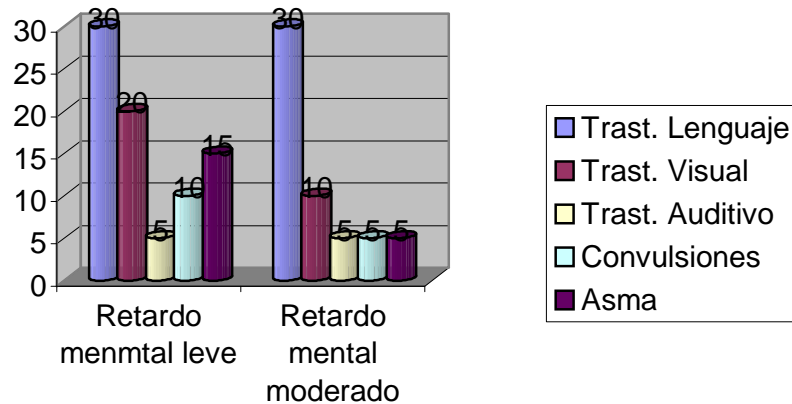
| Antecedentes patológicos personales. | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |    |
|--------------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|----|
|                                      | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %  |
|                                      | N°                     | %  | N°       | %  |       |    |
| <b>Trastornos lenguaje</b>           | 6                      | 30 | 6        | 30 | 12    | 60 |
| <b>Trastorno visual</b>              | 4                      | 20 | 2        | 10 | 6     | 30 |
| <b>Trastorno auditivo</b>            | 1                      | 5  | 1        | 5  | 2     | 10 |
| <b>Convulsiones</b>                  | 2                      | 10 | 1        | 5  | 3     | 15 |
| <b>Asma</b>                          | 3                      | 15 | 1        | 5  | 4     | 20 |
| <b>Anemia</b>                        | 2                      | 10 | 0        | 0  | 2     | 10 |
| <b>Cardiopatía</b>                   | 0                      | 0  | 2        | 10 | 2     | 10 |
| <b>Epilepsia</b>                     | 1                      | 5  | 1        | 5  | 2     | 10 |
| <b>Bronquial</b>                     | 0                      | 0  | 1        | 5  | 1     | 5  |
| <b>Ninguno</b>                       | 2                      | 10 | 0        | 0  | 2     | 10 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

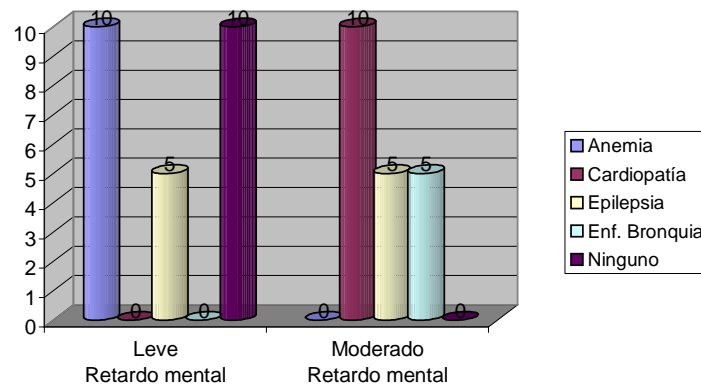
Este cuadro muestra los antecedentes patológicos personales de la población estudiada; donde el 60% del 100% de los niños, presenta trastornos del lenguaje, el 30% trastornos visuales, el 20% asma, el 15% convulsiones, el 10% presenta trastornos auditivos, anemia, cardiopatías, epilepsia y el 5% presentan enfermedades bronquiales mientras que el 10% no presenta alguna enfermedad.

## Gráfico 5

**Distribución según los antecedentes patológicos personales de los niños(as) con retardo mental.**



**Fuente: cuadro 5**



Estos gráficos representan la información del cuadro 5, donde muestra al 60% de la población estudiada tienen trastornos del lenguaje, el 30% trastornos visuales, el 10% auditivos, el 15% convulsiones, el 20% asma, el 10% anemia, el 10% cardiopatías, el 10% epilepsia, el 5% enfermedades bronquiales y el 10% no presenta algún antecedente personal patológico.

## Cuadro 6

Casos estudiados según sus principales alteraciones  
psicopatológicas y sexo, 2002.

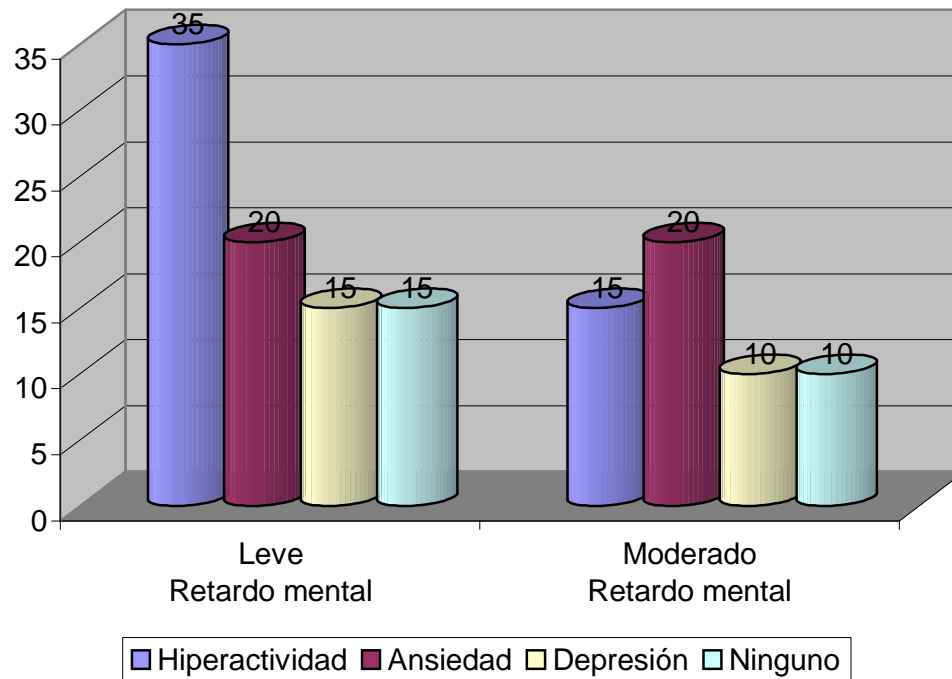
| Alteraciones<br>psicopatológicas. | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |    |
|-----------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|----|
|                                   | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %  |
|                                   | N°                     | %  | N°       | %  |       |    |
| <b>Hiperactividad</b>             | 7                      | 35 | 3        | 15 | 10    | 50 |
| <b>Ansiedad</b>                   | 4                      | 20 | 4        | 20 | 8     | 40 |
| <b>Depresión</b>                  | 3                      | 15 | 2        | 10 | 5     | 25 |
| <b>Ninguno</b>                    | 3                      | 15 | 2        | 10 | 5     | 25 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra las principales alteraciones psicopatológicas de la población estudiada. Donde el 50% presenta hiperactividad, el 40% ansiedad, el 25% depresión y el 25% no presenta alteraciones psicopatológicas.

## Gráfico 6

**Distriución según la alteración psicopatológica de los niños(as) con retardo mental.**



**Fuente: cuadro 6.**

Este gráfico representa a las alteraciones psicopatológicas de la población estudiada, donde el 50% del 100% de ellos presenta hiperactividad, el 40% ansiedad, el 25% depresión y el 25% no presenta alteración alguna.

## Cuadro 7

Casos estudiados según los medicamentos utilizados por la población estudiada, 2002.

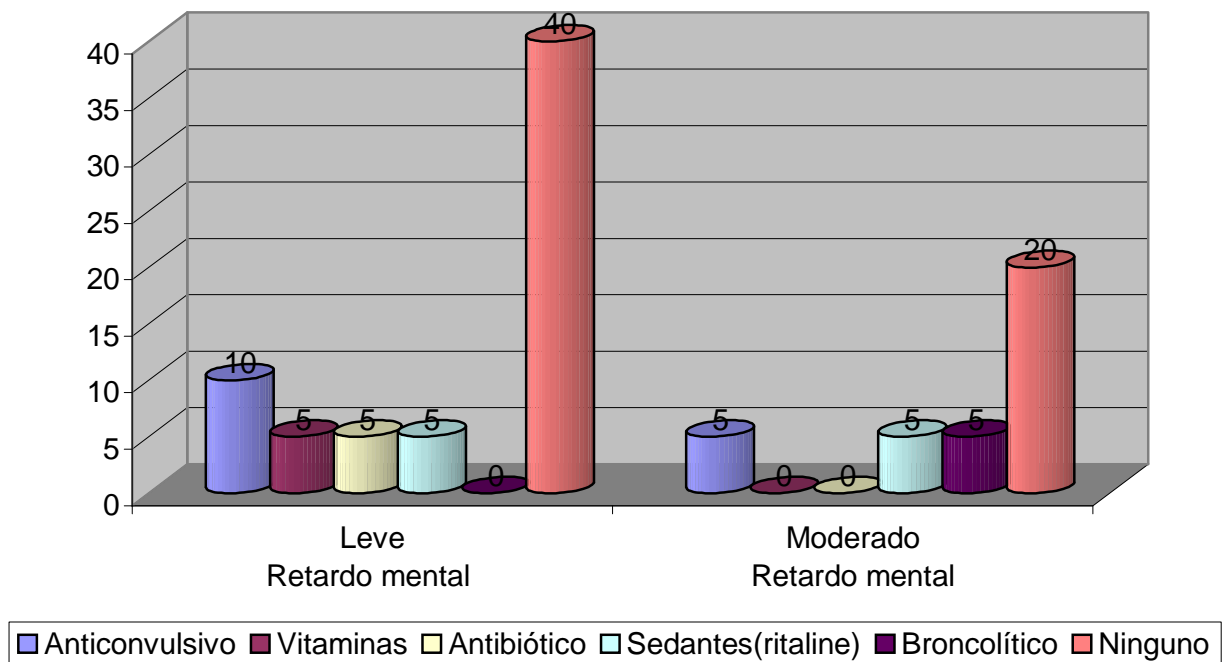
| Medicamentos              | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|---------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                           | Leve                   |    | Moderado |    |       |     |
|                           | N°                     | %  | N°       | %  | N°    | %   |
| <b>Anticonvulsivo</b>     | 2                      | 10 | 1        | 5  | 3     | 15  |
| <b>Vitamina</b>           | 1                      | 5  | 0        | 0  | 1     | 5   |
| <b>Antibiótico</b>        | 1                      | 5  | 0        | 0  | 1     | 5   |
| <b>Sedantes(Ritaline)</b> | 1                      | 5  | 1        | 5  | 2     | 10  |
| <b>Broncolítico</b>       | 8                      | 40 | 4        | 20 | 12    | 5   |
| <b>Ninguno</b>            | 0                      | 0  | 1        | 5  | 1     | 60  |
| <b>Total</b>              | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra el tipo de medicamentos que consume la población estudiada, el 60% no toma medicamentos, el 15% toma anticonvulsivos, el 5% vitaminas, el 5% antibióticos y el 5% broncolíticos.

## Gráfico 7

Distribución según los medicamentos que consumen los niños(as) con retardo mental.



Fuente: cuadro 7.

Este gráfico presenta la distribución de los medicamentos que utilizan la población estudiada, el 15% de ellos toman anticonvulsivos, el 5% toman vitaminas, antibióticos, broncolíticos, el 10% ritalina y el 60% no toma medicamentos.

## Cuadro 8

Casos estudiados según las alergias más frecuentes de la población estudiada, 2002.

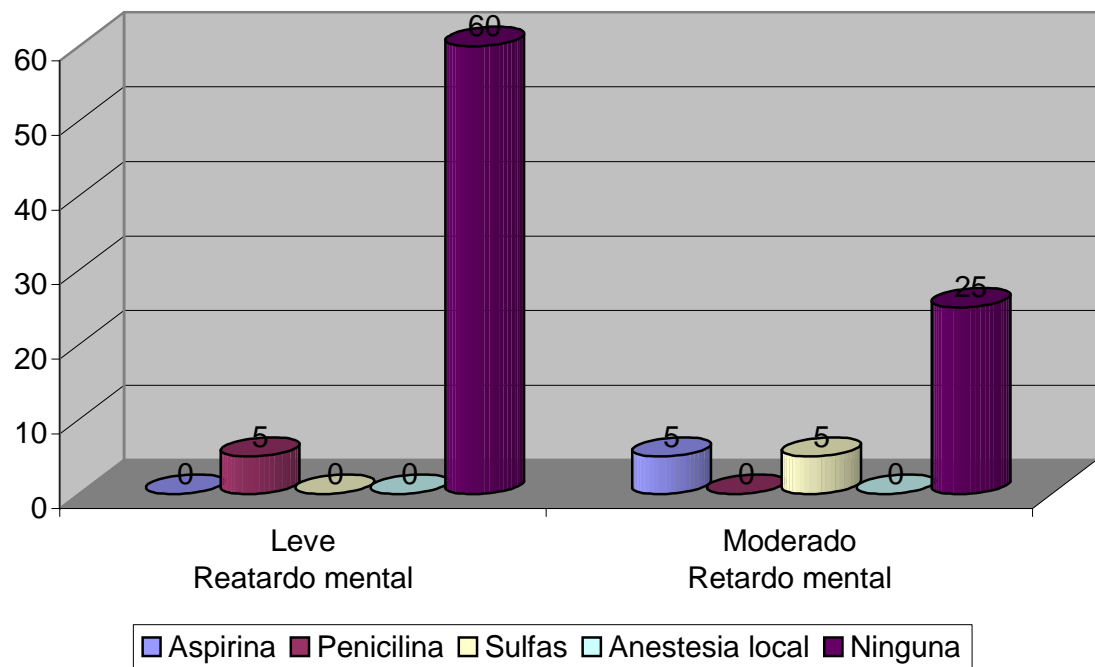
| Alergias               | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                        | Leve                   |    | Moderado |    |       |     |
|                        | N°                     | %  | N°       | %  | N°    | %   |
| <b>Aspirina</b>        | 0                      | 0  | 1        | 5  | 1     | 5   |
| <b>Penicilina</b>      | 1                      | 5  | 0        | 0  | 1     | 5   |
| <b>Sulfas</b>          | 0                      | 0  | 1        | 5  | 1     | 5   |
| <b>Anestesia local</b> | 0                      | 0  | 0        | 0  | 0     | 0   |
| <b>Ninguno</b>         | 12                     | 60 | 5        | 25 | 17    | 85  |
| <b>Total</b>           | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. Y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra las alergias que presenta la población en estudio a algunos medicamentos; donde el 5% presenta alergia a la aspirina, el 5% a la penicilina, el 5% a las sulfas, el 85% de los niños no presentan alergia a algún medicamento.

## Gráfico 8

Distribución según las alergias a medicamentos de los niños(as) con retardo mental.



Fuente: cuadro 8.

El gráfico muestra las alergias a medicamentos que presenta la población estudiada, el 5% presenta alergia a la aspirina, el 5% a la penicilina, el 5% a las sulfas y el 85% no presenta alergia a algún medicamento.



## Cuadro 9

Casos estudiados según el nivel de ingreso económico familiar y el acceso a la atención odontológica de la población estudiada, 2002.

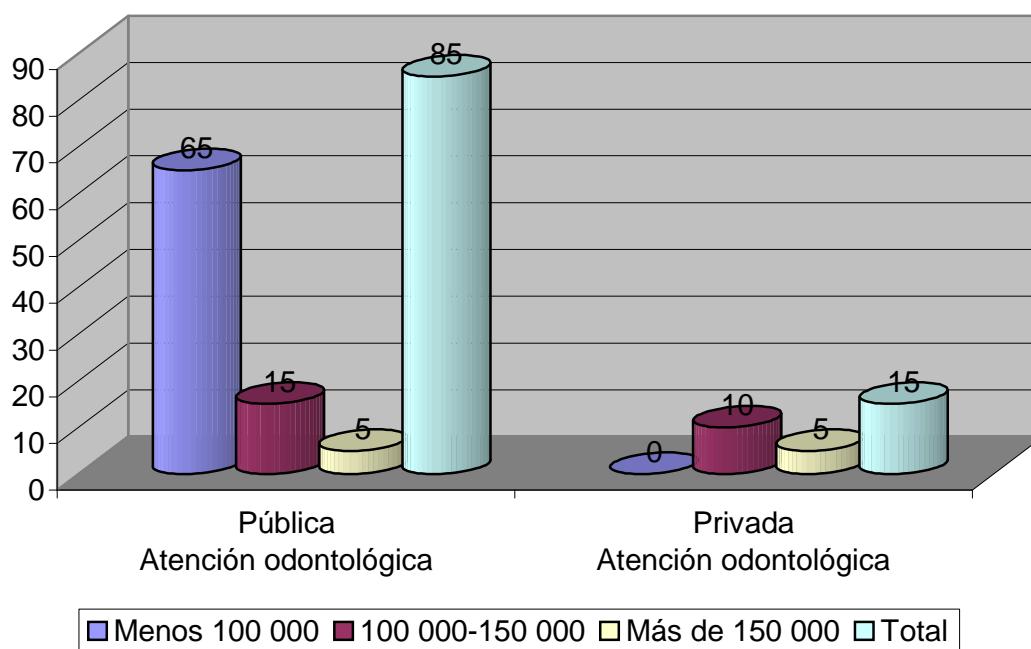
| Nivel de ingresos<br>(colones) | Acceso a la atención oral |    |         |    | Total |     |
|--------------------------------|---------------------------|----|---------|----|-------|-----|
|                                | Pública                   |    | Privada |    | N°    | %   |
|                                | N°                        | %  | N°      | %  |       |     |
| <b>Menos de 100 000</b>        | 13                        | 65 | 0       | 0  | 13    | 65  |
| <b>100 000-150 000</b>         | 3                         | 15 | 2       | 10 | 5     | 25  |
| <b>Más 150 000</b>             | 1                         | 5  | 1       | 5  | 2     | 10  |
| <b>Total</b>                   | 17                        | 85 | 3       | 15 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. Y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la distribución de los casos estudiados según los ingresos económicos familiar. Se observa que el 65% presenta ingresos menores a los 100 000 colones, el 25% presenta ingresos entre los 100 000- 150 000 colones y el 10% presenta ingresos mayores a los 150 000 colones. El 85% asiste a la consulta odontológica pública y el 15% asiste a la consulta odontológica privada.

## Gráfico 9

Distribución según el acceso a la atención odontológico y el nivel de ingresos económicos de las familias de los niños(as) con retardo mental.



**Fuente: cuadro 9.**

Este gráfico muestra el nivel de ingresos económicos de la familia y el acceso a la atención odontológica de la población estudiada, donde el 85% de ellos asisten a la atención odontológica pública y el 15% asisten a la consulta odontológica privada.

## Cuadro 10

Casos estudiados según la frecuencia de visita al dentista de la población estudiada, 2002.

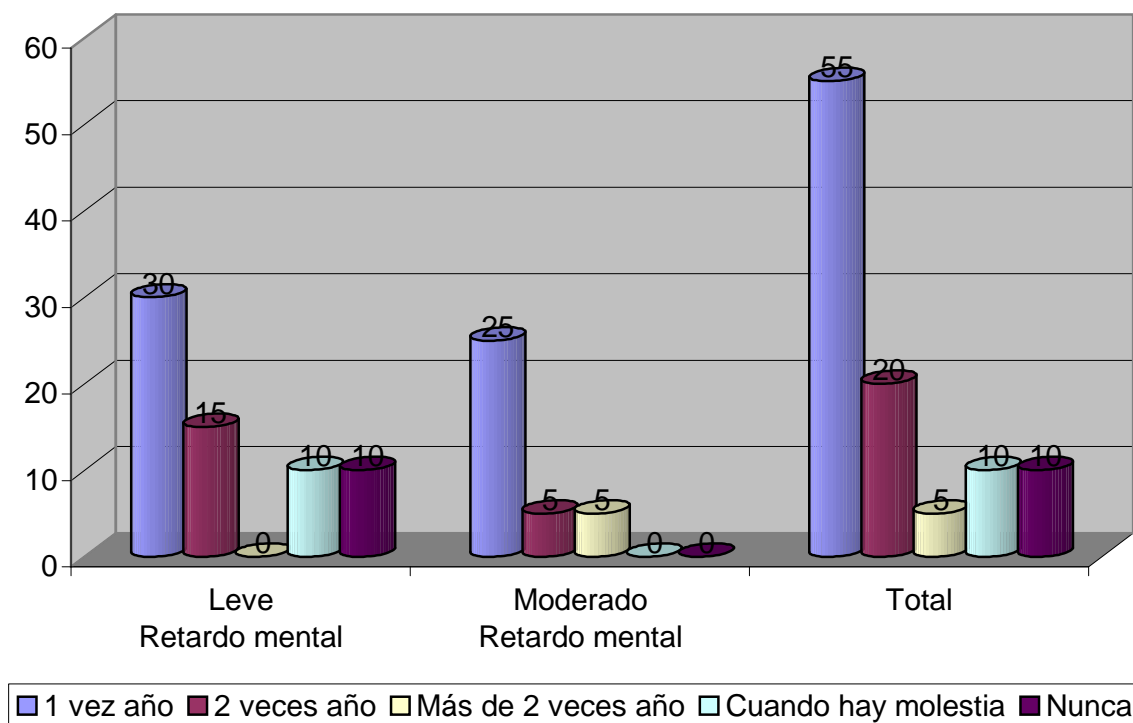
| ¿Con qué frecuencia visita al dentista? | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|---|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|   | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|   | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>1 vez al año.</b>                    | 6                      | 30 | 5        | 25 | 11    | 55  |
| <b>2 veces al año.</b>                  | 3                      | 15 | 1        | 5  | 4     | 20  |
| <b>Más de 2 veces al año.</b>           | 0                      | 0  | 1        | 5  | 1     | 5   |
| <b>Cuando hay molestia.</b>             | 2                      | 10 | 0        | 0  | 2     | 10  |
| <b>Nunca.</b>                           | 2                      | 10 | 0        | 0  | 2     | 10  |
| <b>Total</b>                            | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la frecuencia con que los niños(as) visitan al dentista, el 55% de la población asisten una vez al año al dentista, el 20% dos veces a l año, el 10% cuando hay alguna molestia, el 5% más de 2 veces al año y el 10% nunca han ido al dentista.

## Gráfico 10

Distribución según la visita al odontólogo y el tipo de retardo mental.



Fuente: cuadro 10.

Este gráfico muestra la frecuencia de visita al dentista de la población estudiada; el 55% asiste una vez al año, el 20% dos veces al año, el 5% más de dos veces al año, el 10% cuando hay alguna molestia y el 10% nunca han ido al dentista.

## Cuadro 11

Casos estudiados según la frecuencia de cepillado de la población estudiada, 2002.

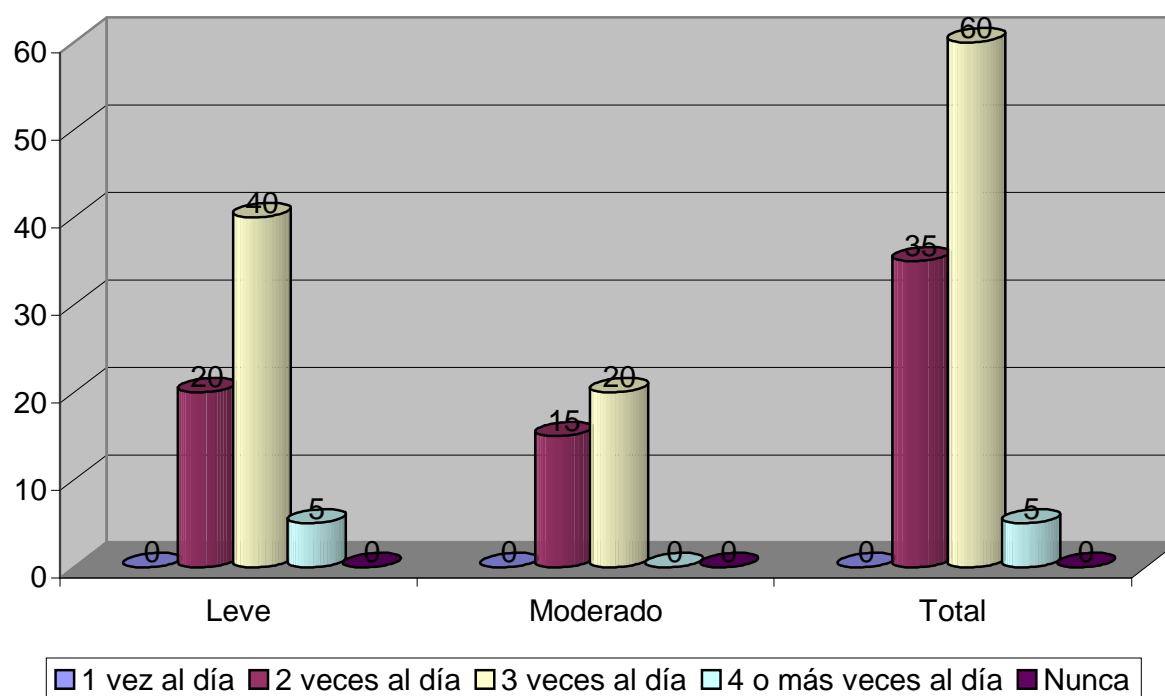
| Frecuencia de cepillado dental | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|--------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                                | Leve                   |    | Moderado |    |       |     |
|                                | N°                     | %  | N°       | %  | N°    | %   |
| <b>1 vez al día</b>            | 0                      | 0  | 0        | 0  | 0     | 0   |
| <b>2 veces al día</b>          | 4                      | 20 | 3        | 15 | 7     | 35  |
| <b>3 veces al día.</b>         | 8                      | 40 | 4        | 20 | 12    | 60  |
| <b>4 o más veces al día</b>    | 1                      | 5  | 0        | 0  | 1     | 5   |
| <b>Nunca.</b>                  | 0                      | 0  | 0        | 0  | 0     | 0   |
| <b>Total</b>                   | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la frecuencia de cepillado por día de la población estudiada; el 35% asiste dos veces al día, el 60% tres veces al día, el 5% 4 o más veces al día.

## Gráfico 11

Distribución según la frecuencia de cepillado dental y el tipo de retardo mental de los niños(as).



Fuente: cuadro 11.

El gráfico muestra la frecuencia del hábito de cepillado de los niños(as), donde el 35% se cepilla dos veces al día, el 60% 3 veces al día y el 5% 4 o más veces al día.

## Cuadro 12

Casos estudiados según la utilización del enjuague bucal de la población estudiada, 2002.

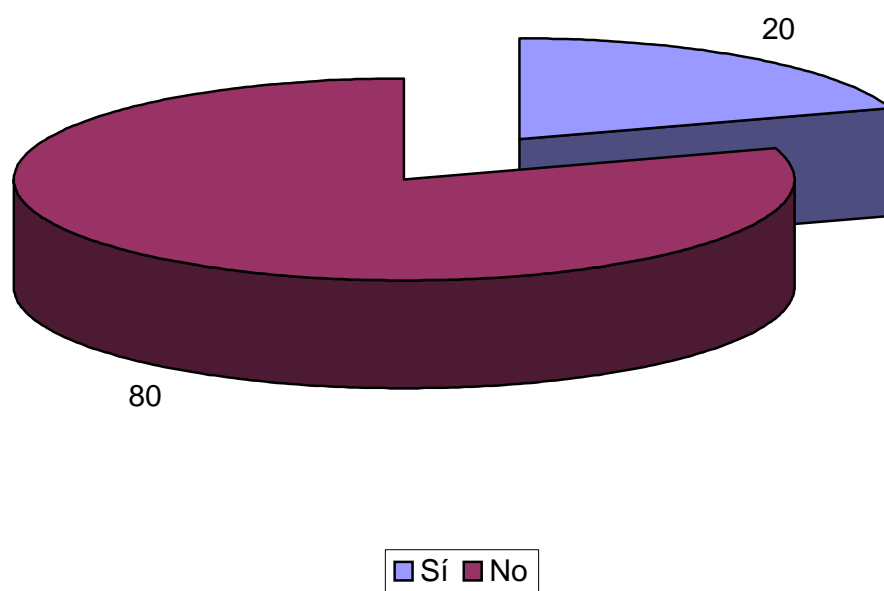
| Utiliza enjuague bucal | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                        | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                        | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>Sí</b>              | 4                      | 20 | 0        | 0  | 4     | 20  |
| <b>No</b>              | 9                      | 45 | 7        | 35 | 16    | 80  |
| <b>Total</b>           | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

Este cuadro muestra el uso del enjuague bucal en los niños(as), donde el 20% sí lo utiliza y el 80% no lo usa.

## Gráfico 12

Utilización del enjuague bucal de los niños(as) con retardo mental leve y moderado.



Fuente: cuadro 12.

El gráfico muestra la distribución del uso del enjuague bucal de los niños; mostrando al 80% de la población que no utiliza el enjuague bucal y el 20% que sí lo utiliza.



### Cuadro 13

Casos estudiados según el uso del hilo dental de población estudiada, 2002.

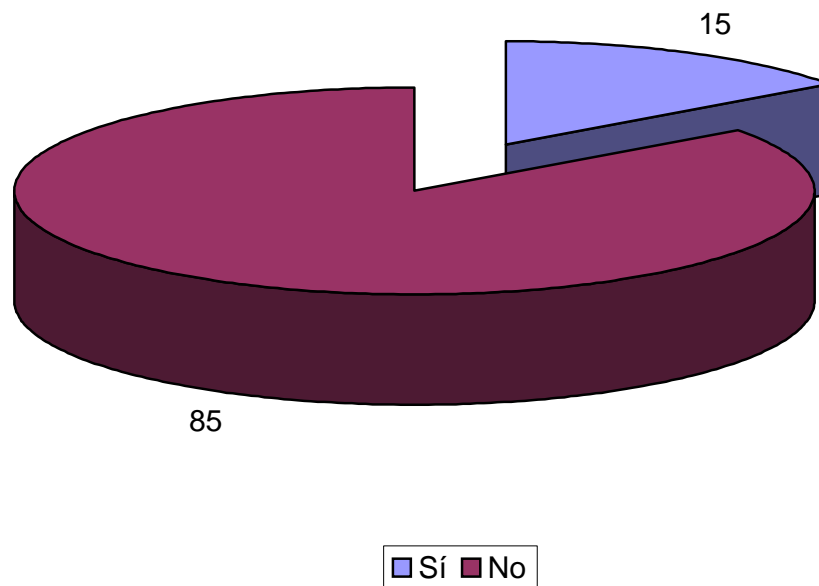
| Utiliza del hilo dental | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|-------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                         | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                         | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>Sí</b>               | 2                      | 10 | 1        | 5  | 3     | 15  |
| <b>No</b>               | 11                     | 55 | 6        | 30 | 17    | 85  |
| <b>Total</b>            | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra el uso del hilo dental en la población estudiada, donde el 15% si utiliza el hilo dental y el 85% no lo utiliza.

### Gráfico 13

Utilización del hilo dental de los niños(as) con retardo mental leve y moderado.



Fuente: cuadro 13.

Este gráfico muestra el resultado de la distribución del uso del hilo dental en la población estudiada; donde el 85% no lo usa y el 15% sí lo utiliza.

## Cuadro 14

Casos estudiados según los hábitos parafuncionales de la población estudiada, 2002.

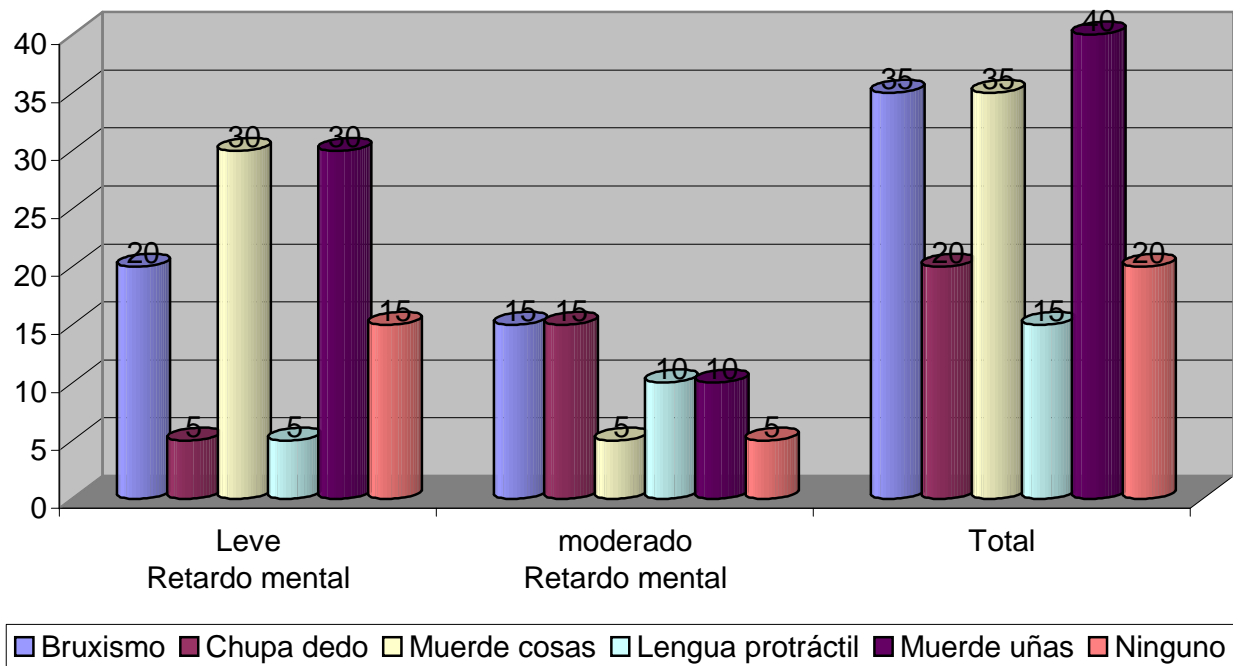
| Hábitos para funcionales | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |    |
|--------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|----|
|                          | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %  |
|                          | N°                     | %  | N°       | %  |       |    |
| <b>Bruxismo</b>          | 4                      | 20 | 3        | 15 | 7     | 35 |
| <b>Chupa dedo</b>        | 1                      | 5  | 3        | 15 | 4     | 20 |
| <b>Muerde cosas</b>      | 6                      | 30 | 1        | 5  | 7     | 35 |
| <b>Lengua protráctil</b> | 1                      | 5  | 2        | 10 | 3     | 15 |
| <b>Muerde las uñas</b>   | 6                      | 30 | 2        | 10 | 8     | 40 |
| <b>Ninguno</b>           | 3                      | 15 | 1        | 5  | 4     | 20 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra los principales hábitos parafuncionales de la población estudiada. El 35% del 100% presentan bruxismo, el 20% del mismo chupa dedo, el 35% muerde objetos, el 15% lengua protráctil, el 40% se muerden las uñas y el 20% no tiene algún hábito parafuncional.

## Gráfico 14

Distribución según los hábitos parafuncionales de los niños(as) con retardo mental.



Fuente: cuadro 14.

El gráfico representa la distribución de la población estudiada según los hábitos parafuncioanles, el 35% bruxismo, el 20% chupa dedo, el 35% muerde cosas, el 15% lengua protráctil, el 40% muerde cosas y el 20% no presenta algún hábito. Todos estos datos son con el 100% de la población.

## Cuadro 15

Casos estudiados según la frecuencia de los hábitos alimenticios,  
2002.

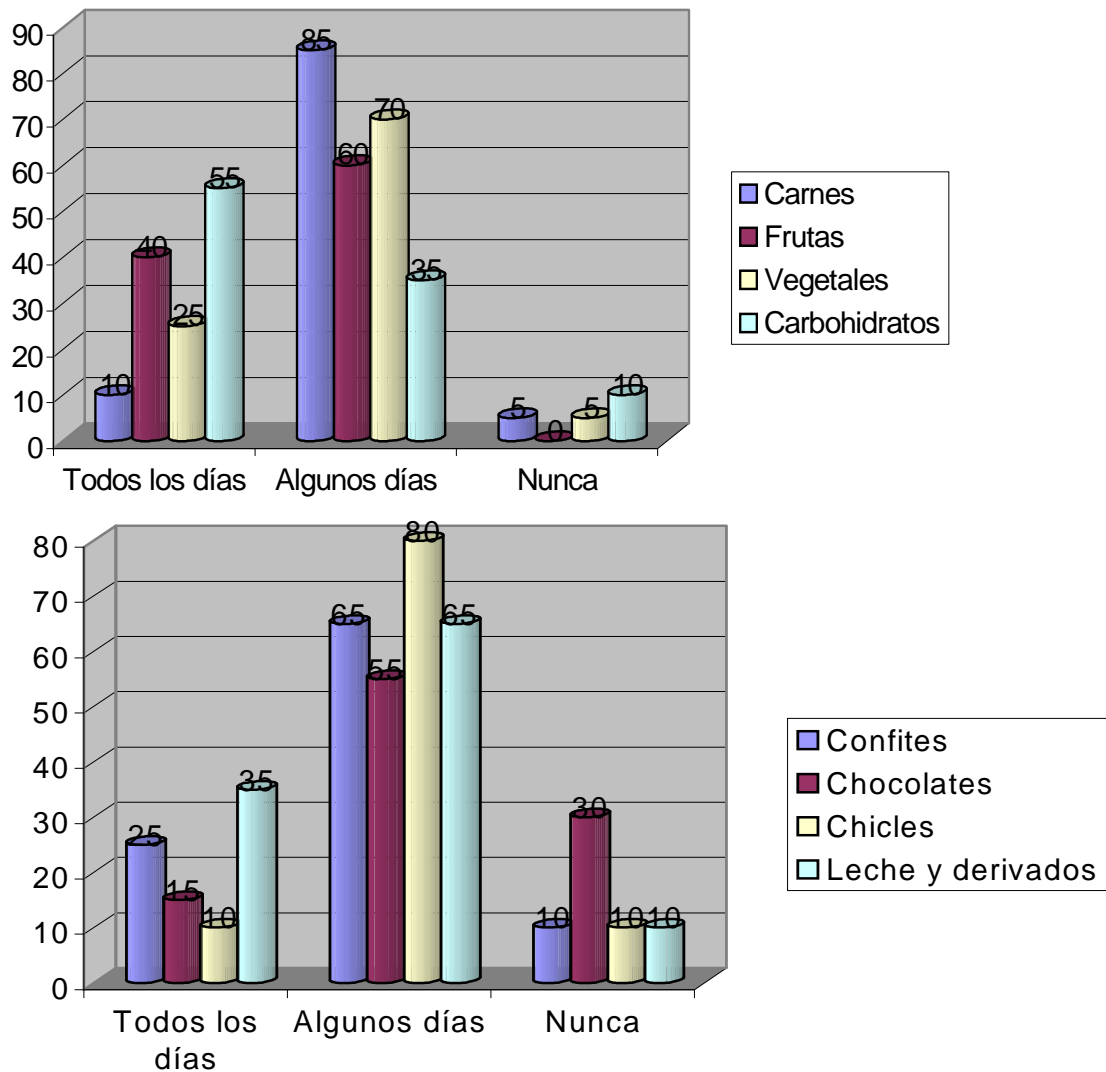
| Tipo de alimento         | Frecuencia de hábitos alimenticios (días) |    |         |    |       |    |
|--------------------------|---|----|---------|----|-------|----|
|                          | Todos                                     |    | Algunos |    | Nunca |    |
|                          | Nº  | %  | Nº      | %  | Nº    | %  |
| <b>Carnes</b>            | 2   | 10 | 17      | 85 | 1     | 5  |
| <b>Frutas</b>            | 8   | 40 | 12      | 60 | 0     | 0  |
| <b>Vegetales</b>         | 5   | 25 | 14      | 70 | 1     | 5  |
| <b>Carbohidrato</b>      | 11  | 55 | 7       | 35 | 2     | 10 |
| <b>Confites</b>          | 5   | 25 | 13      | 65 | 2     | 10 |
| <b>Chocolates</b>        | 3   | 15 | 11      | 55 | 6     | 30 |
| <b>Chicles</b>           | 2   | 10 | 16      | 80 | 2     | 10 |
| <b>Leche y derivados</b> | 7   | 35 | 13      | 65 | 0     | 0  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la frecuencia alimentaria de la población estudiada; donde el 10% del 100% de los niños consumen todos los días carnes, el 40% de ellos consume todos los días frutas, el 25% vegetales, el 55% carbohidratos, el 25% confites, el 15% chocolates, el 10% chicles y el 35% consumen todos los días leche y sus derivados.

## Gráfico 15

Frecuencia de hábitos alimenticios de los niños(as) con retardo mental.



Fuente: cuadro 15

El gráfico muestra la frecuencia alimentaria de la población estudiada; donde el 10% del 100% de los niños consumen todos los días carnes, el 40% de ellos consume todos los días frutas, el 25% vegetales, el 55% carbohidratos, el 25% confites, el 15% chocolates, el 10% chiclos y el 35% consumen todos los días leche y sus derivados.

## Cuadro 16

Casos estudiados según el primer registro de placa bacteriana de los niños(as), 2002.

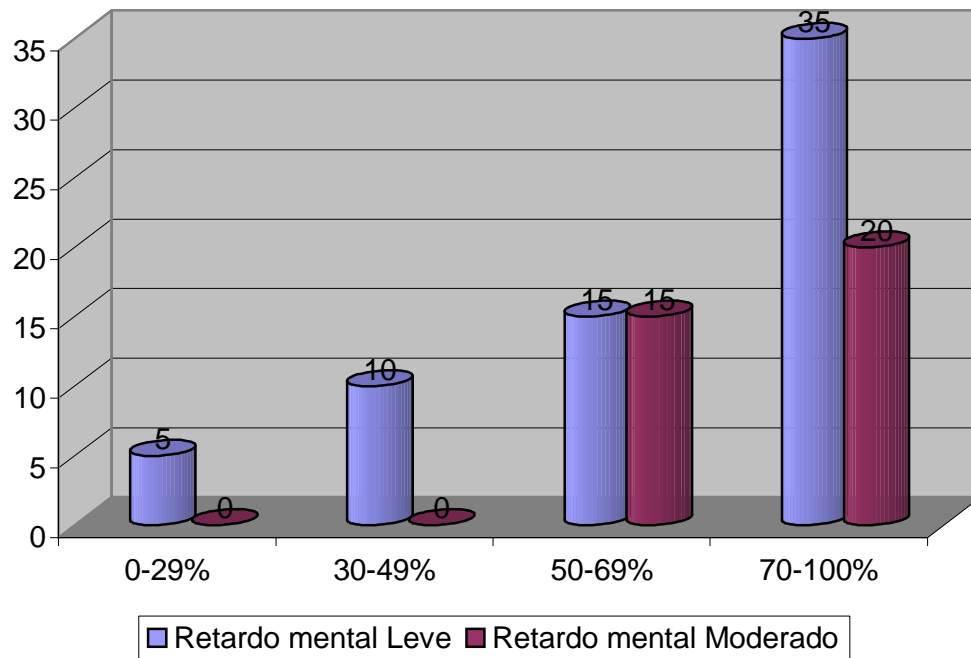
| I índice de placa bacteriana | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                              | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                              | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>0-29%</b>                 | 1                      | 5  | 0        | 0  | 1     | 5   |
| <b>30-49%</b>                | 2                      | 10 | 0        | 0  | 2     | 10  |
| <b>50-69%</b>                | 3                      | 15 | 3        | 15 | 6     | 30  |
| <b>70-100%</b>               | 7                      | 35 | 4        | 20 | 11    | 55  |
| <b>Total</b>                 | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra el índice de placa bacteriana de la población estudiada donde el 5% posee un índice de 0-29%, el 10% un índice de 30-40%, el 30% posee un índice de 50-69% y el 55% un índice de 70-100%.

## Gráfico 16

Primera revisión de placa bacteriana a los niños(as).



Fuente: cuadro 16.

El gráfico representa la primera revisión de placa bacteriana en la población estudiada, donde el 5% de ellos tiene entre los 0-29%, el 10% tiene entre los 30-49%, el 30% tiene entre los 50-69% y el 55% tiene entre los 70-100%.



### Cuadro 17

Casos estudiados según el número de caries dental y el tipo de retardo mental, 2002.

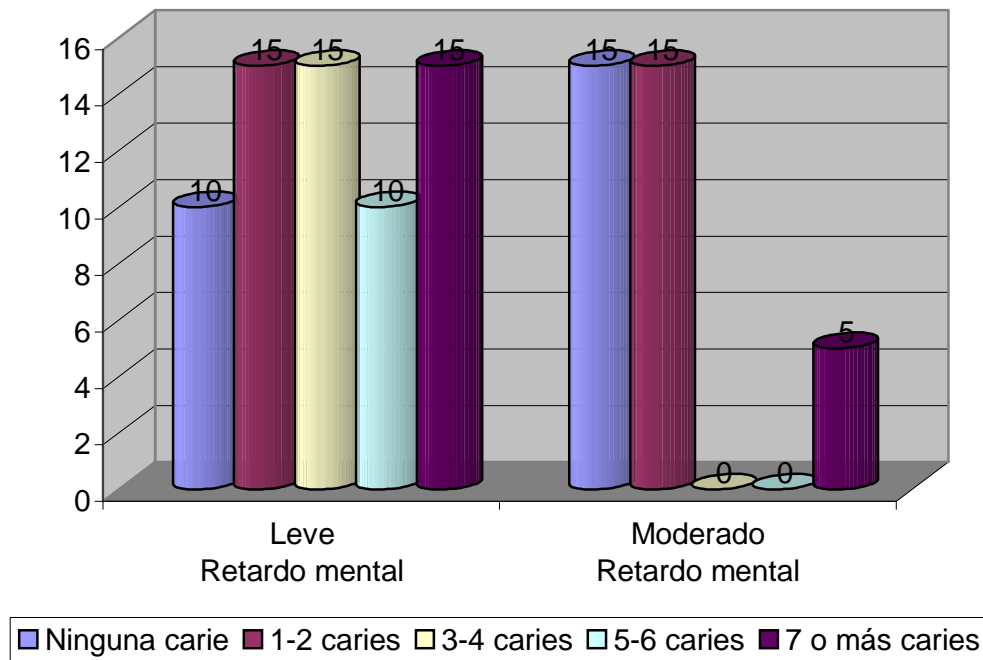
| N° de Caries   | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|----------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>Ninguno</b> | 2                      | 10 | 3        | 15 | 5     | 25  |
| <b>1-2</b>     | 3                      | 15 | 3        | 15 | 6     | 30  |
| <b>3-4</b>     | 3                      | 15 | 0        | 0  | 3     | 15  |
| <b>5-6</b>     | 2                      | 10 | 0        | 0  | 2     | 10  |
| <b>7 o más</b> | 3                      | 15 | 1        | 5  | 4     | 20  |
| <b>Total</b>   | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. Y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra la distribución del tipo de retardo mental según la cantidad de caries. El 30% de la población tiene de 1-2 caries, el 15% tiene de 3-4 caries, el 10% tiene 5-6 caries, el 20% tiene de 7 o más caries y el 25% no tiene caries.

## Gráfico 17

Número de caries según el tipo de retardo mental.



Fuente: cuadro 17

El gráfico representa la cantidad de caries de la población estudiada, donde el 30% tiene entre 1-2 caries, el 25% no presenta caries, el 15% tiene entre los 3-4 caries, el 10% tiene entre los 5-6 caries y el 20% tiene entre 7 o más caries.

## Cuadro 18

Casos estudiados según el número de dientes obturados y el tipo de retardo mental de los niños(as), 2002.

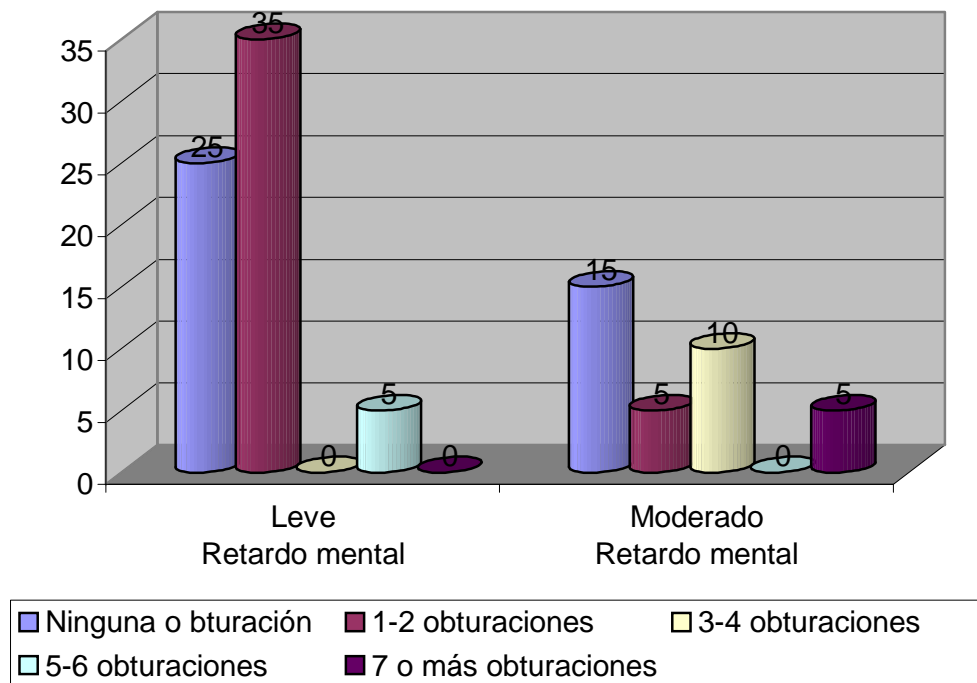
| N° de dientes obturados | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|-------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                         | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                         | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>Ninguno</b>          | 5                      | 25 | 3        | 15 | 8     | 40  |
| <b>1-2</b>              | 7                      | 35 | 1        | 5  | 8     | 40  |
| <b>3-4</b>              | 0                      | 0  | 2        | 10 | 2     | 10  |
| <b>5-6</b>              | 1                      | 5  | 0        | 0  | 1     | 5   |
| <b>7 o más</b>          | 0                      | 0  | 1        | 5  | 1     | 5   |
| <b>Total</b>            | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro muestra la presencia de piezas dentales obturados en los niños(as), el 40% no presenta obturación alguna, el 40% tiene de 1-2 obturaciones, el 10% tiene de 3-4 obturaciones, el 10% tiene de 5-6 caries y el 5% de 7 o más obturaciones.

## Gráfico 18

Número de dientes obturados según el tipo de retardo mental



Fuente: cuadro 18

El gráfico muestra la cantidad de obturaciones de la población estudiada, donde el 40% tiene de 1-2 obturaciones, el 10% tiene de 3-4 obturaciones, el 5% tiene de 5-6 obturaciones, el 5% tiene de 7 o más obturaciones y el 40% no tiene obturaciones.

## Cuadro 19

Casos estudiados según el número de dientes ausentes y el tipo de retardo mental de los niños(as), 2002.

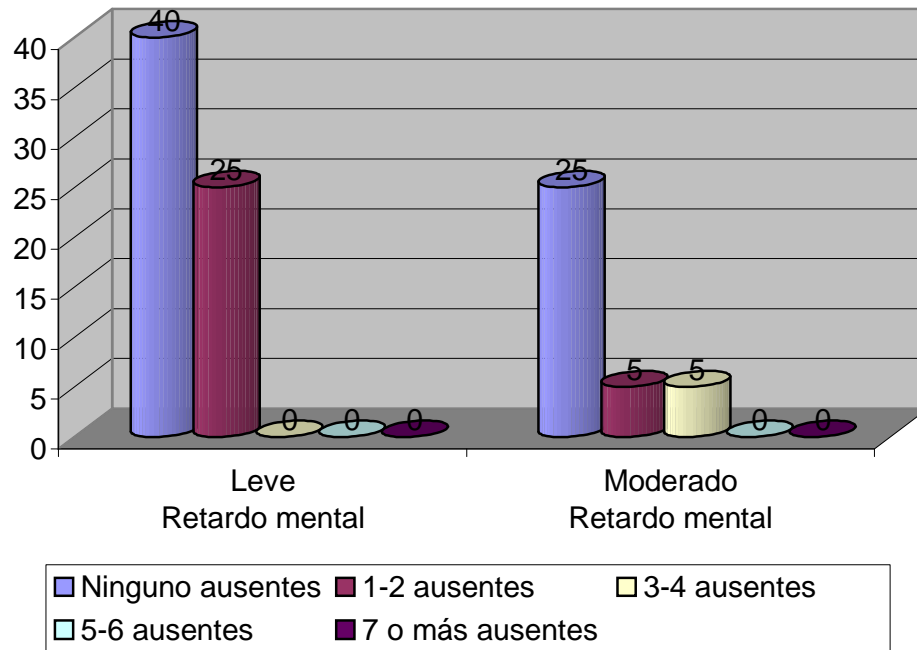
| N° de dientes Ausentes | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                        | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                        | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>Ninguno</b>         | 8                      | 40 | 5        | 25 | 13    | 65  |
| <b>1-2</b>             | 5                      | 25 | 1        | 5  | 6     | 30  |
| <b>3-4</b>             | 0                      | 0  | 1        | 5  | 1     | 5   |
| <b>5-6</b>             | 0                      | 0  | 0        | 0  | 0     | 0   |
| <b>7 o más</b>         | 0                      | 0  | 0        | 0  | 0     | 0   |
| <b>Total</b>           | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. Y González T, datos propios del estudio.**

Este cuadro representa la cantidad de piezas dentales ausentes de la población estudiada, donde el 65% no ha perdido ninguna pieza dental, el 30% ha perdido de 1-2 caries, el 5% ha perdido de 5-6 caries.

## Gráfico 19

Número de dientes ausentes según el tipo de retardo mental.



Fuente: cuadro 19

El gráfico representa a la cantidad de piezas dentales ausentes de la población estudiada; donde el 65% no ha perdido ningún diente, el 30% ha perdido de 1-2 dientes y el 5% de 5-6 dientes.

## Cuadro 20

Casos estudiados según la segunda revisión de placa bacteriana de la población estudiada, 2002.

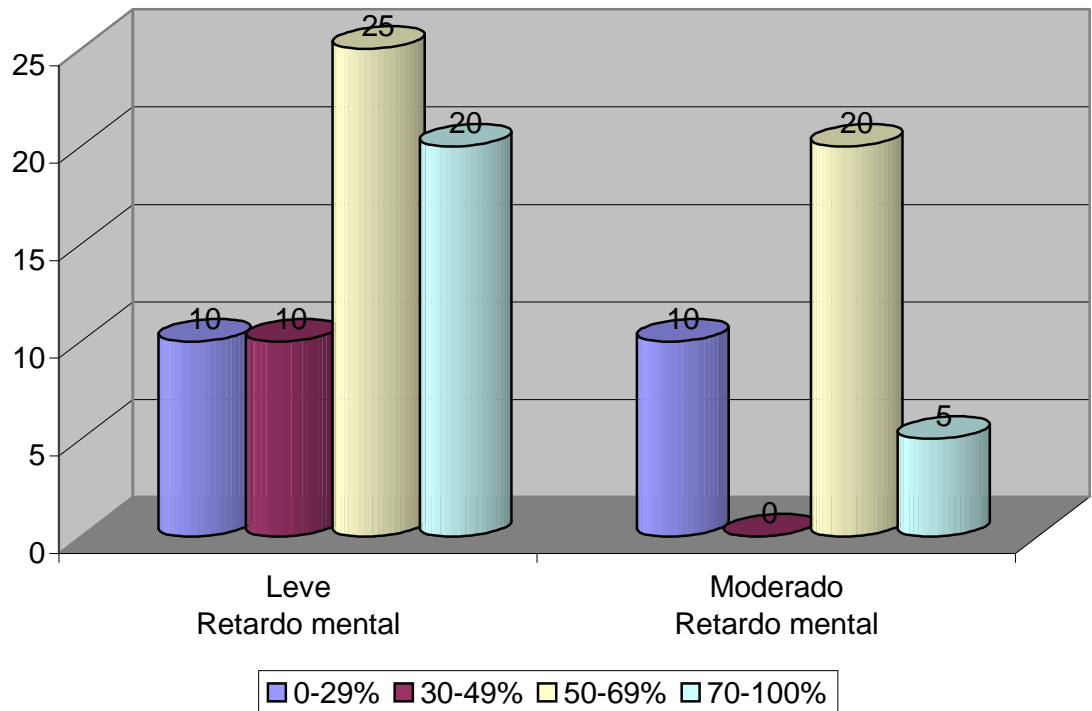
| II índice de placa bacteriana | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|-------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                               | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                               | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>0-29%</b>                  | 2                      | 10 | 2        | 10 | 4     | 20  |
| <b>30-49%</b>                 | 2                      | 10 | 0        | 0  | 2     | 10  |
| <b>50-69%</b>                 | 5                      | 25 | 4        | 20 | 9     | 45  |
| <b>70-100%</b>                | 4                      | 20 | 1        | 5  | 5     | 25  |
| <b>Total</b>                  | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro presenta la segunda revisión de placa bacteriana de la población estudiada; donde el 20% posee un índice de 0-29%, el 10% un índice de 30-49%, el 45% un índice de 50-69% y el 25% un índice de 70-100%.

## Gráfico 20

Segunda revisión de placa bacteriana de los niños con retardo mental.



Fuente: cuadro 20.

El gráfico muestra la segunda revisión de placa bacteriana de la población estudiada; donde el 20% posee un índice de 0-29%, el 10% un índice de 30-49%, el 45% un índice de 50-69% y el 25% un índice de 70-100%.



### Cuadro 21

Casos estudiados según el tercer índice de placa bacteriana de los niños(as) con retardo mental, 2002.

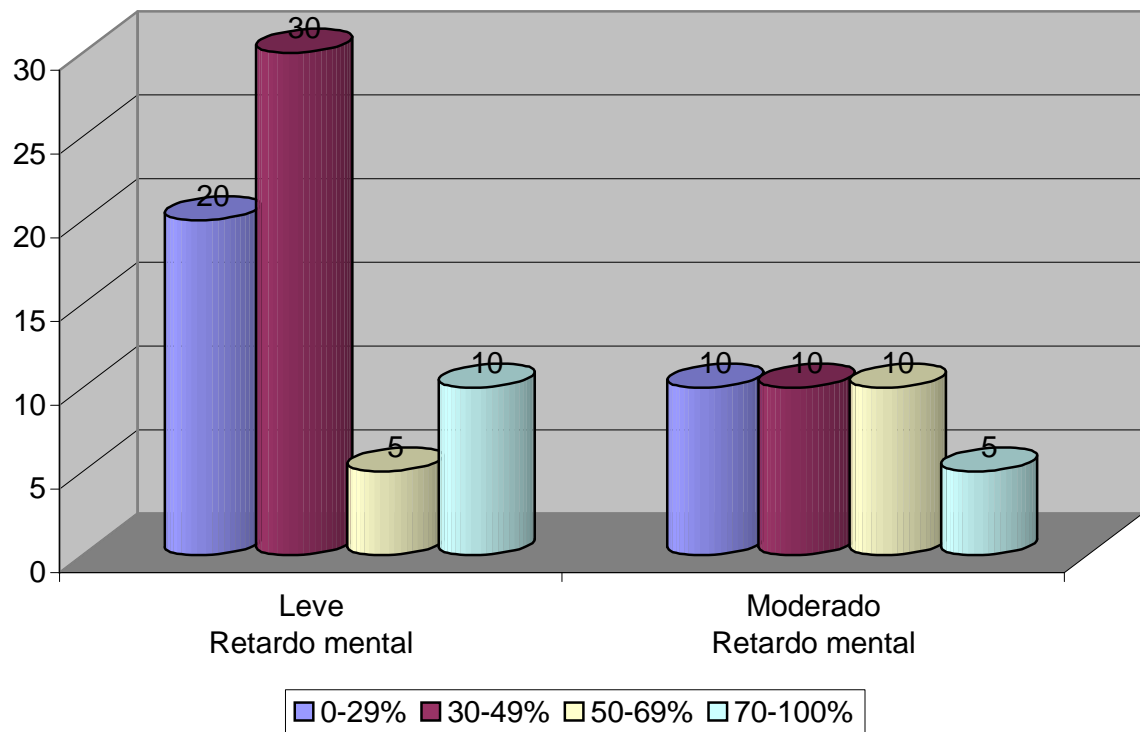
| III índice de placa<br>bacteriana | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|-----------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                                   | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                                   | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>0-29%</b>                      | 4                      | 20 | 2        | 10 | 6     | 30  |
| <b>30-49%</b>                     | 6                      | 3  | 2        | 10 | 8     | 40  |
| <b>50-69%</b>                     | 1                      | 5  | 2        | 10 | 3     | 15  |
| <b>70-100%</b>                    | 2                      | 10 | 1        | 5  | 3     | 15  |
| <b>Total</b>                      | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la tercera revisión de placa bacteriana de la población estudiada; donde el 30% posee un índice de 0-29%, el 40% de 30-49%, el 15% un índice de 50-69% y el 15% un índice de 70-100%.

## Gráfico 21

Tercera revisión de placa bacteriana de los niños(as) con retardo mental.



Fuente: cuadro 21

El gráfico muestra la tercera revisión de placa bacteriana de la población estudiada; donde el 30% posee un índice de 0-29%, el 40% de 30-49%, el 15% un índice de 50-69% y el 15% un índice de 70-100%.

**Cuadro 22**  
Casos estudiados según la identificación de objetos de los niños(as) con retardo mental, 2002.

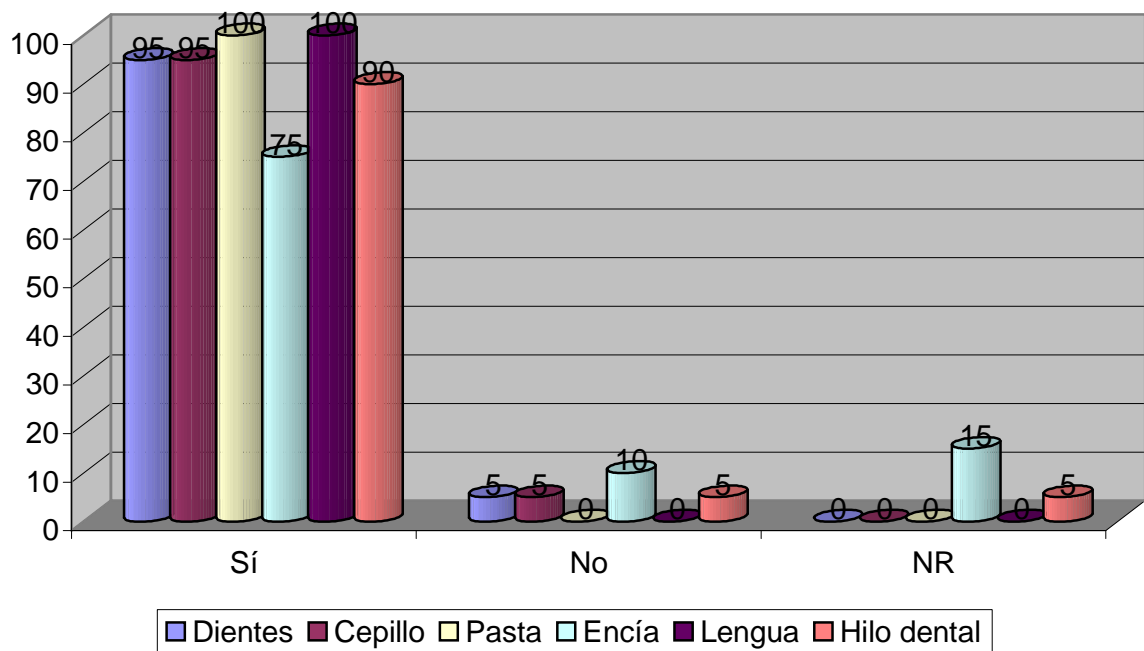
| Reconoce           | Tipo de retardo mental |    |    |    |    |   |          |    |    |   |    |    | Total |     |    |    |    |    |
|--------------------|------------------------|----|----|----|----|---|----------|----|----|---|----|----|-------|-----|----|----|----|----|
|                    | Leve                   |    |    |    |    |   | Moderado |    |    |   |    |    | Sí    |     | No |    | NR |    |
|                    | Sí                     |    | No |    | NR |   | Sí       |    | No |   | NR |    |       |     |    |    |    |    |
|                    | N                      | %  | N  | %  | N  | % | N        | %  | N  | % | N  | %  | N     | %   | N  | %  | N  | %  |
| <b>Dientes</b>     | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 6        | 30 | 1  | 5 | 0  | 0  | 19    | 95  | 1  | 5  | 0  | 0  |
| <b>Encía</b>       | 11                     | 55 | 2  | 10 | 0  | 0 | 4        | 20 | 0  | 0 | 3  | 15 | 15    | 75  | 2  | 10 | 3  | 15 |
| <b>Lengua</b>      | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 7        | 35 | 0  | 0 | 0  | 0  | 100   | 0   | 0  | 0  | 0  | 0  |
| <b>Cepillo</b>     | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 6        | 30 | 1  | 5 | 0  | 0  | 19    | 95  | 1  | 5  | 0  | 0  |
| <b>Pasta</b>       | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 7        | 35 | 0  | 0 | 0  | 0  | 20    | 100 | 0  | 0  | 0  | 0  |
| <b>Hilo dental</b> | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 5        | 25 | 1  | 5 | 1  | 5  | 18    | 90  | 1  | 5  | 1  | 5  |

**Fuente: Wright A. Y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la identificación del diente, cepillo, pasta, encía, lengua y el hilo dental, donde el 95% identifica los dientes, el 95% identifica el cepillo dental, el 100% identifica la pasta dental, el 75% reconoce la encía, el 100% reconoce la lengua y el 90% el hilo dental.

## Gráfico 22

**Distribución de acuerdo a la identificación de objetos de los niños con retardo mental.**



**Fuente: cuadro 22.**

El gráfico muestra la identificación del diente, cepillo, pasta, encía, lengua y el hilo dental donde el 95% identifica los dientes, el 95% identifica el cepillo dental, el 100% identifica la pasta dental, el 75% reconoce la encía, el 100% reconoce la lengua y el 90% el hilo dental.

## Cuadro 23

Casos estudiados según la habilidad del niño(a) para cepillarse los dientes y usar el hilo dental, 2002.

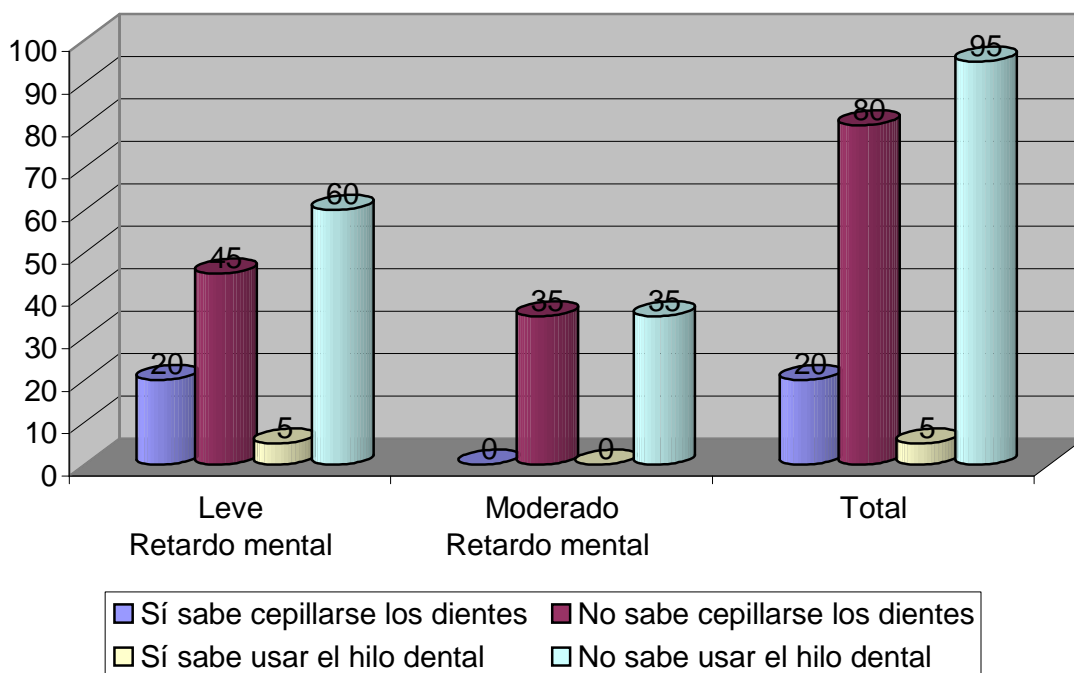
| El niño(a) sabe:              | Tipo de retardo mental |    |    |    |          |   |    |    | Total |    |    |    |
|-------------------------------|------------------------|----|----|----|----------|---|----|----|-------|----|----|----|
|                               | Leve                   |    |    |    | Moderado |   |    |    | Sí    |    | No |    |
|                               | Sí                     |    | No |    | Sí       |   | No |    |       |    |    |    |
|                               | N°                     | %  | N° | %  | N°       | % | N° | %  | N°    | %  | N° | %  |
| <b>Usar el hilo dental</b>    | 4                      | 20 | 9  | 45 | 0        | 0 | 7  | 35 | 4     | 20 | 16 | 80 |
| <b>Cepillarse los dientes</b> | 1                      | 5  | 12 | 60 | 0        | 0 | 7  | 35 | 1     | 5  | 19 | 95 |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

El cuadro muestra la habilidad del niño para cepillarse los dientes, el 5% lo hace correctamente y el 95% lo realiza en una forma incorrecta. En cuanto a la utilización del hilo dental el 20% lo realiza en forma correcta y el 80% lo hace en forma incorrecta.

## Gráfico 23

Distribución de acuerdo al conocimiento de los niños(as) con retardo mental



Fuente: cuadro 23

El gráfico muestra la habilidad del niño para cepillarse los dientes, el 5% lo hace correctamente y el 95% lo realiza en una forma incorrecta. En cuanto a la utilización del hilo dental el 20% lo realiza en forma correcta y el 80% lo hace en forma incorrecta.

## Cuadro 24

Casos estudiados según el conocimiento básicos de los niños(as)  
con retardo mental, 2002.

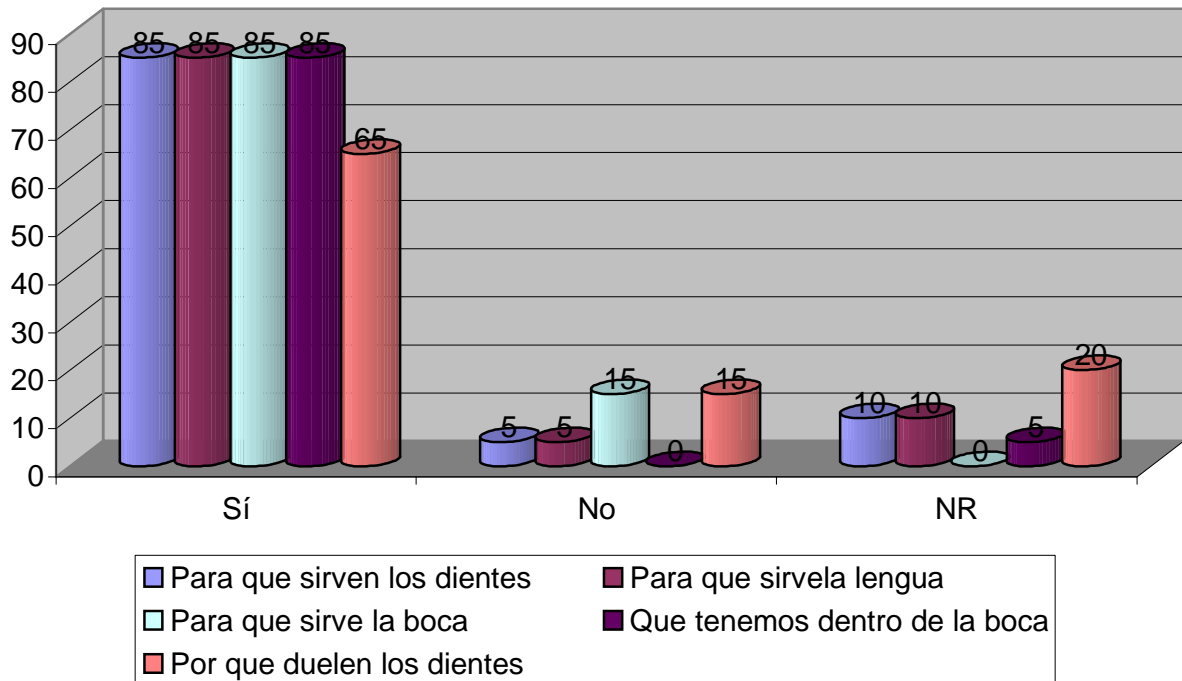
| Sabe<br>(Conoce)             | Tipo de retardo mental |    |    |    |    |   |          |    |    |    |    |    | Total |    |    |    |    |    |    |  |  |
|------------------------------|------------------------|----|----|----|----|---|----------|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|--|--|
|                              | Leve                   |    |    |    |    |   | Moderado |    |    |    |    |    | Sí    |    |    | No |    |    | NR |  |  |
|                              | Sí                     |    | No |    | NR |   | Sí       |    | No |    | NR |    |       |    |    |    |    |    |    |  |  |
|                              | N°                     | %  | N° | %  | N° | % | N°       | %  | N° | %  | N° | %  | N°    | %  | N° | %  | N° | %  |    |  |  |
| ¿Para qué sirve los dientes? | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 4        | 20 | 1  | 5  | 2  | 10 | 17    | 85 | 1  | 5  | 2  | 10 |    |  |  |
| ¿Para qué sirve la lengua    | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 4        | 20 | 1  | 5  | 2  | 10 | 17    | 85 | 1  | 5  | 2  | 10 |    |  |  |
| ¿Para qué sirve la boca?     | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 4        | 20 | 3  | 15 | 0  | 0  | 17    | 85 | 3  | 15 | 0  | 0  |    |  |  |
| ¿Que hay en la boca?         | 13                     | 65 | 0  | 0  | 0  | 0 | 4        | 20 | 0  | 0  | 3  | 15 | 17    | 85 | 0  | 0  | 3  | 15 |    |  |  |
| ¿Por que duelen los dientes? | 11                     | 55 | 2  | 10 | 0  | 0 | 2        | 10 | 1  | 5  | 4  | 20 | 13    | 65 | 3  | 15 | 4  | 20 |    |  |  |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro representa el conocimiento acerca de algunos conceptos de la población estudiada, donde el 85% conoce para qué sirven los dientes, el 85% sabe para qué sirve la lengua, el 85% conoce para qué sirve la boca, el 85% sabe qué hay dentro de la boca y el 65% sabe por qué duelen los dientes.

## Gráfico 24

Distribución de acuerdo al conocimiento de los niños(as) con retardo mental.



Fuente: cuadro 24.

El gráfico representa el conocimiento acerca de algunos conceptos de la población estudiada, donde el 85% conoce para qué sirven los dientes, el 85% sabe para qué sirve la lengua, el 85% conoce para qué sirve la boca, el 85% sabe qué hay dentro de la boca y el 65% sabe por qué duelen los dientes.



## Cuadro 25

Casos estudiados según la cuarta revisión de placa bacteriana de los niños(as), 2002.

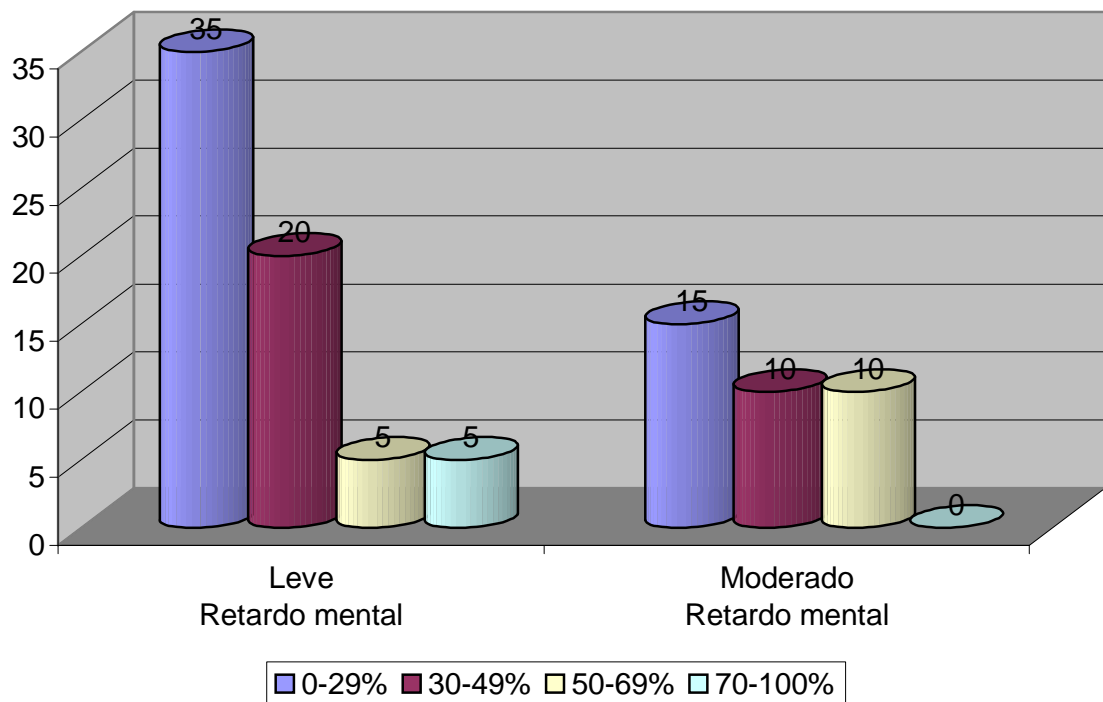
| IV índice de placa<br>bacteriana | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|----------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                                  | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                                  | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>0-29%</b>                     | 7                      | 35 | 3        | 15 | 10    | 50  |
| <b>30-49%</b>                    | 3                      | 15 | 2        | 10 | 5     | 30  |
| <b>50-69%</b>                    | 1                      | 5  | 2        | 10 | 3     | 15  |
| <b>70-100%</b>                   | 1                      | 5  | 0        | 0  | 1     | 5   |
| <b>Total</b>                     | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la cuarta revisión de placa bacteriana de la población estudiada, donde el 50% de la misma está entre los 0-29%, el 25% entre los 30-49%, el 20% entre los 50-69% y el 5% entre los 70-100%.

## Gráfico 25

Cuarta revisión de placa bacteriana de los niños con retardo mental.



Fuente: cuadro 25.

El gráfico muestra la cuarta revisión de placa bacteriana de la población estudiada, donde el 50% de la misma está entre los 0-29%, el 25% entre los 30-49%, el 20% entre los 50-69% y el 5% entre los 70-100%.

## Cuadro 26

Casos estudiados según las enfermedades orales encontradas en la población estudiada, 2002.

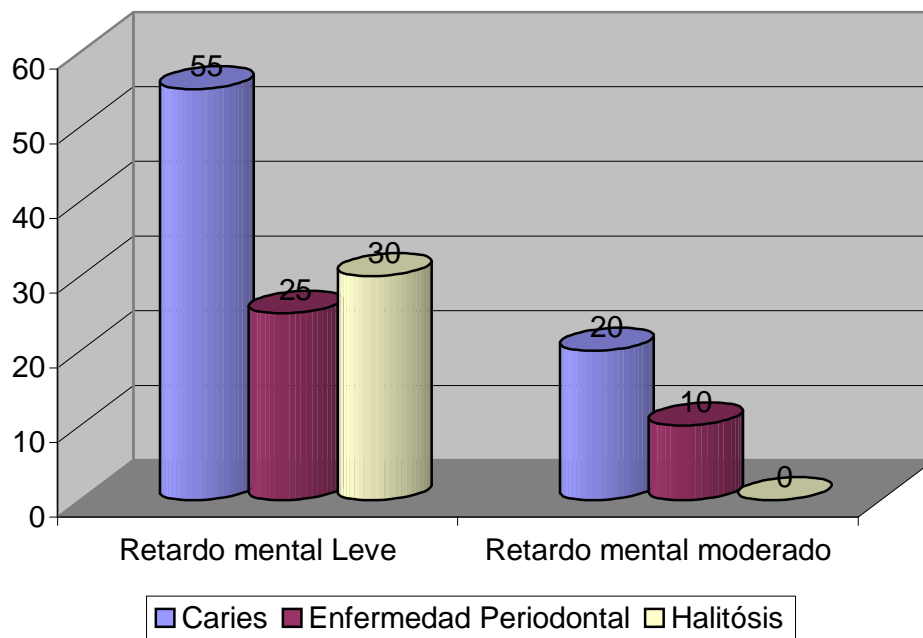
| Enfermedades orales encontradas | Tipo de retardo mental |    |    |    |          |    |    |    | Total |    |    |    |
|---------------------------------|------------------------|----|----|----|----------|----|----|----|-------|----|----|----|
|                                 | Leve                   |    |    |    | Moderado |    |    |    | Sí    |    | No |    |
|                                 | Sí                     |    | No |    | Sí       |    | No |    |       |    |    |    |
|                                 | N°                     | %  | N° | %  | N°       | %  | N° | %  | N°    | %  | N° | %  |
| <b>Caries</b>                   | 11                     | 55 | 2  | 10 | 4        | 20 | 3  | 15 | 15    | 75 | 5  | 25 |
| <b>Enfermedad periodontal</b>   | 5                      | 25 | 8  | 40 | 2        | 10 | 5  | 25 | 7     | 35 | 13 | 65 |
| <b>Halitosis</b>                | 6                      | 30 | 7  | 35 | 0        | 0  | 7  | 35 | 6     | 30 | 14 | 70 |

Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.

El cuadro muestra las enfermedades orales más encontradas en la población estudiada, en donde el 75% de los niños tienen caries, un 35% de los niños tienen enfermedad periodontal y el 30% de los mismos presentan halitosis.

## Gráfico 26

Distribución según las enfermedades orales presentes en los niños(as) .



**Fuente: cuadro 26**

El gráfico representa las enfermedades orales más encontradas en la población estudiada, en donde el 75% de los niños tienen caries, un 35% de los niños tienen enfermedad periodontal y el 30% de los mismos presentan halitosis.

## Cuadro 27

Casos estudiados según la asistencia de los padres de familia a la primera sesión de capacitación de la salud oral, 2002.

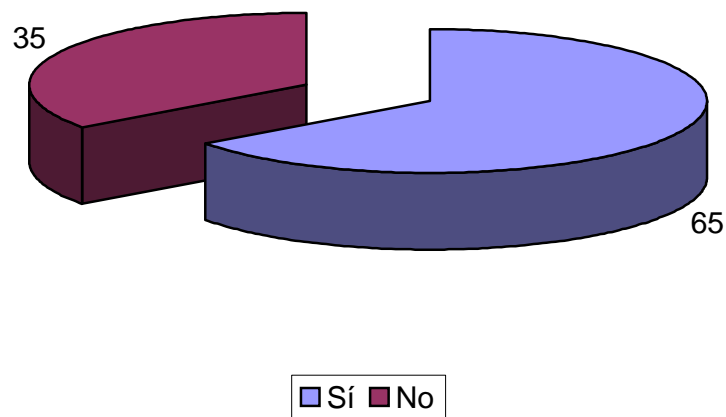
| Asistencia del padre de familia | Tipo de retardo mental |    |          |    | Total |     |
|---------------------------------|------------------------|----|----------|----|-------|-----|
|                                 | Leve                   |    | Moderado |    | N°    | %   |
|                                 | N°                     | %  | N°       | %  |       |     |
| <b>Sí</b>                       | 7                      | 35 | 6        | 30 | 13    | 65  |
| <b>No</b>                       | 6                      | 30 | 1        | 5  | 7     | 35  |
| <b>Total</b>                    | 13                     | 65 | 7        | 35 | 20    | 100 |

**Fuente: Wright A. y González T, datos propios del estudio.**

El cuadro muestra la asistencia de los padres de familia a la segunda sesión, donde el 65% de los mismos asistieron y el 35% no.

## Gráfico 27

Distribución según la asistencia de los padres de familia a la segunda sesión.



Fuente: cuadro 27

El gráfico muestra la asistencia de los padres de familia a la segunda sesión, donde el 65% de los mismos asistieron y el 35% no.

### **8.3.1 RESULTADOS:**

1. La población de niños(as) con retardo mental presenta su mayor frecuencia en el sexo masculino que en el femenino. Entre los 10-12 años. La mayor parte de la población presenta retardo mental leve.
2. La asistencia de los padres de familia a la primera capacitación fue del 50% de la población estudiada. Durante la segunda capacitación asistió el 65% de los mismos.
3. Los antecedentes patológicos personales más frecuentes son el trastorno del lenguaje y el trastorno visual.
4. Las alteraciones psicopatológicas que más presenta la población estudiada es la hiperactividad y la ansiedad.
5. El mayor porcentaje de los niños(as) no toma medicamentos y no presentan alergias a los mismos.
6. La situación económica en la población estudiada es muy marcada hay mayor frecuencia de familias con ingresos económicos menores o iguales a los 150 000 colones.
7. El mayor número de niños(as) acuden a la atención odontológica pública y visitan al dentista una vez al año.
8. El hábito de cepillado está establecido en toda la población estudiada, la mayor parte de ésta se cepilla los dientes 3 veces al día, utilizando una técnica incorrecta. La mayor parte de la población utiliza el hilo dental en una forma incorrecta; El enjuague bucal no es utilizado por muchos.
9. Los hábitos parafuncionales presentes en la población son la onicofagia, el bruxismo y la colocación de objetos en la boca ( muerden cosas).
10. La ingestión de alimentos básicos para el desarrollo del niño(a) es inadecuado en la mayoría de los caso y el consumo de alimentos cariogénicos es considerable en los mismos.
11. Las enfermedad oral más encontrada es la carie dental.
12. El mayor porcentaje de los niños(as) presenta con caries y dientes con obturaciones.
13. La mayoría de los niños(as) identificaba los dientes, encía, lengua, cepillo de dientes, pasta dental y el hilo dental. Además, la mayoría conoce para qué sirven los dientes, la lengua, boca y por qué duelen los dientes.

14. En cuanto a las revisiones de placa bacteriana muestra que la población de niños (as) ha evolucionado positivamente:

|

La primera revisión se centra entre los 70-100% de placa bacteriana.

La segunda revisión se centra entre el 50-69% de placa bacteriana.

La tercera revisión se centra entre el 30-49% de placa bacteriana.

La cuarta revisión se centra entre los 0-29% de placa bacteriana.

### **8.3.2 CONCLUSION:**

1. La mayor parte de la población presenta retardo mental leve, la mayoría son varones entre los 10-12 años.
2. La asistencia de los padres de familia y de los maestros a las capacitaciones marcaron la diferencia en los resultados.
3. La mayor parte de la población de los niños con retardo mental, presentan una condición económica baja.
4. La población estudiada no consume muchos alimentos cariogénicos.
5. La mayoría de los niños se cepillan los dientes tres veces al día con una técnica incorrecta y no utilizan coadyuvantes de la higiene oral.
6. La caries dental es la enfermedad oral más encontrada en la población estudiada.
7. Los registros de placa bacteriana muestran un cambio significativo durante el desarrollo del programa.



### **8.3.2 RECOMENDACIONES:**

- 1.** El éxito del programa de educación y prevención oral en niños(as) con retardo mental se basa en la adecuación del mismo a las características físicas, mentales y económicas del niño(a).
- 2.** La capacitación de padres de familia y de maestros es un aspecto decisivo para la educación y la prevención oral en niños(as) con retardo mental.
- 3.** La preparación del odontólogo para la atención a niños(as) con retardo mental es esencial para el éxito de un programa educativo y preventivo.
- 4.** La C.C.S.S debe darle prioridad a programas y proyectos educativos para la prevención de las enfermedades orales a niños(as).
- 5.** Las Universidades deben de fomentar la ejecución de proyectos de investigación que brinden información para la atención a niños.
- 6.** Es necesario desarrollar otras investigaciones, con el fin de atender en una forma integral a los niños(as) con retardo mental (con un enfoque trans e inter disciplinario).
- 7.** Se debe dar seguimiento a esta investigación para mantener actualizado los aciertos y diferencias del mismo.

**PROPUESTA  
DEL PROGRAMA  
DE  
EDUCACIÓN  
Y PREVENCIÓN ORAL**

## **9. Propuesta**

Las personas con discapacidad son iguales a los demás miembros de su familia y de su comunidad; tienen características diferentes pero todas las personas lo somos. Además tienen todo el derecho de ser felices.

Integrar a niños(as) con retardo mental no es más ni menos que aceptarlos y reconocerlos como miembros con pleno derecho de nuestra condición humana.

Cada persona con discapacidad puede ser rehabilitada si está motivada. La motivación es clave para el buen resultado del tratamiento.

El odontólogo cuando atiende a niños(as) con retardo mental debe utilizar la colaboración de su equipo e involucrar a especialistas de su rama y otros profesionales que interfieren en el desarrollo social y mental de estos niños(as). Además, es importante que el odontólogo se capacite en áreas como la social, mental, educacional, familiar y médica para brindar una atención integral a los mismos.

### **9.1 Objetivo general:**

Proporcionar al odontólogo métodos para la educación y la prevención oral en niños(as) con retardo mental leve y moderado en edad escolar.

### **9.2 Objetivos específicos:**

1. Describir el procedimiento para el manejo de la conducta de niños(as) con retardo mental.
2. Resumir los aspectos básicos para la educación oral de niños(as) con retardo mental.
3. Definir los aspectos básicos para la prevención oral de niños(as) con retardo mental.

El siguiente documento está respaldado teóricamente por los siguientes autores: Ana Grace Woodley (15), Hernán Aguilar (16), Ralph Mc Donald (5), Antonio Bascones (9) (10), M.E.P (23), Suee Fallas (1), Katz (4), Pinkham (18).

### **9.3 Manejo de la conducta del niño(a) con retardo mental.**

- ☺ El odontólogo debe capacitarse en áreas relacionadas a la atención social, mental, educacional, familiar, médica u odontológica, para que se sienta cómodo(a), preparado(a) y seguro(a).
- ☺ Proporcionar un ambiente cálido, relajado y cómodo.
- ☺ Comprender la conducta del niño(a) y la de sus padres. Puntualizar las áreas fuertes y débiles del niño(a).
- ☺ La comunicación es la llave para guiar la conducta y se ha de fomentar para que el niño se sienta físico u emocionalmente seguro y responsable de su comportamiento.
- ☺ Ganar la confianza del niño, hablar claro, despacio y sin engaños. Decirle lo que se va a realizar con precisión sin prometerle demasiado o demasiado poco.
- ☺ Respetar la zona de proximidad del niño. Esta zona abarca unos 45 cms pero varía dependiendo del niño.
- ☺ Nunca saludar a un niño llevando puesta la mascarilla y los guantes; se debe de hacer inicialmente por delante y a la altura de sus ojos.
- ☺ Se deben de dar una instrucción a la vez para asegurar que se lleve a cabo con éxito el tratamiento. Si reciben muchas instrucciones se pueden desconcentrar.
- ☺ También hay que tener cuidado con la comunicación no verbal: la mirada, la postura, la gestualidad y la vestimenta. La vestimenta influye por el color de la gabacha, debido a que la blanca transmite en éstos miedo, dolor o inseguridad; es preferible utilizar colores pasteles porque no les altera el estado de ánimo.

- ☺ Para controlar al niño es importante que la voz suene amistosa, el timbre de la voz es el instrumento más útil para controlar al mismo. Ejemplo: Si el niño llora no se debe aumentar automáticamente el tono de la voz, porque su efecto puede ser significativo para el paciente.
- ☺ Hay que procurar que el niño se familiarice con los instrumentos que se vayan a usar. Permitir que el niño manipule algunos objetos dentales (espejo- explorador- pinza, etc) ayuda a disminuir la ansiedad y el temor porque se sienten involucrados dentro del tratamiento.
- ☺ El odontólogo puede reducir el temor primero diciéndole al niño lo que va a hacer en ella luego mostrarle el nuevo ambiente y finalmente haciendo lo que se le dijo (técnica de decir-mostrar-hacer).
- ☺ La utilización de reforzadores aumenta la posibilidad de que en el futuro se mantenga una buena conducta. Este se da después de que se ha realizado la conducta deseada.

#### **9.4 Aspectos básicos para la educación oral de niños(as) con retardo mental.**

La educación para la salud es la disciplina que se ocupa para iniciar, orientar y organizar los procesos que han de interferir favorablemente en los conocimientos, actitudes, prácticas del individuo con respecto a la salud. Hay que dedicarles tiempo en la consulta odontológica (educar al niño y a sus padres) tratar de que se tome conciencia en el hogar que con estas rutinas se pueden evitar problemas en un futuro.

- ☺ Todos los niños(as) incluyendo los que tienen retardo mental utilizan los sentidos como medio de aprendizaje; esto se produce a través de una combinación del ver, oír, degustar y tocar. Los niños necesitan de muchas actividades para aprender Ejemplo: el juego.

- ☺ Los temas y métodos de educación oral deben de estar adecuados a la edad mental del niño(a). Además la enseñanza debe de ser personalizada.
- ☺ Utilizar instrucciones sencillas, pocas palabras, hablar en forma clara y despacio..
- ☺ El material didáctico es un importante auxiliar, se recomienda que sea abundante, atractivo, manipulable por el niño y que esté al nivel de su edad mental. El material audiovisual es de gran importancia, el odontólogo lo debe utilizar con frecuencia: grabadoras, videos, murales y otros.
- ☺ Las actividades del día deben durar aproximadamente 45 minutos; para no aburrir al niño(a).
- ☺ Se debe procurar que los padres participen en el desarrollo de programa, porque son claves en el desarrollo cognocitivo, socio afectivo del niño; son fuente de información valiosa respecto a las características particulares del niño. Ellos varían en conocimiento, habilidades, disposición y estilos de vida; se motivan al ser tomados como parte del programa.
- ☺ Es importante capacitar al niño(a) acerca de: partes de la boca, importancia de la boca y de los dientes, las enfermedades orales básicas y los coadyuvantes de la higiene oral. También es importante capacitar al padre de familia y al maestro.

### **9.5 Aspectos básicos para la prevención oral en niños(as) con retardo mental.**

Debido a que la salud general de estos niños(as) es deficiente en muchos casos los padres y profesionales le dan poca atención a la salud oral si estar conscientes de que manteniendo esta en condiciones óptimas se está contribuyendo a la buena salud general. Es obligación del odontólogo enseñar los métodos preventivos al niño y a los padres de familia.

- ☺ No sobreproteger al niño, ayudarlo cuando lo necesite para que logre poco a poco su independencia. Ejemplo: que se cepille solo los diente, luego se le ayuda.

- ☺ Es necesaria la supervisión de los padres de familia en esta etapa.
  
- ☺ Cepillado dental: el cepillo debe de ser de cerdas blandas o suaves cuando son menores de 12 años, de 12 años en adelante se utiliza cepillo semiduro o mediano. Se puede modificar el mango del cepillo dental engrosando el mismo para que el niño pueda agarrarlo. Otra opción es el uso del cepillo eléctrico dependiendo del nivel económico de los niños(as) ya que estos niños no pueden realizar muy bien los movimientos necesarios.
  
- ☺ No es recomendable la implementación de una técnica de cepillado determinada diaria (3 veces como mínimo). **"Es más fácil que el paciente se cepille varias veces los dientes que utilice una técnica de cepillado específica" (Mc Donald, 1998).**
  
- ☺ El revelado de placa bacteriana ayuda a identificar el mismo con facilidad, se puede hacer con sustancia reveladora tópica o en pastilla. Es importante aconsejar al padre de familia que utilice estos para la limpieza, de los dientes de los niños(as); una forma económica, casera y accesible es la utilización de la remolacha licuada con poco agua, para teñir la placa bacteriana.
  
- ☺ La utilización de una pasta con flúor es esencial.
  
- ☺ Es recomendable enseñar al padre de familia las técnicas de inmovilización para el cepillado dental de los niños(as) con discapacidad:
  - \*El niño de pie o sentado frente al adulto de manera que este le pueda sujetar la cabeza con una mano mientras utiliza la otra para cepillarle los dientes.
  - \*El niño se acuesta en el sofá o en la cama con la cabeza inclinada hacia atrás, sobre el regazo del adulto, se le sujeta la cabeza con una mano mientras la otra le cepilla los dientes.
  - \*El niño sentado colocado frente al adulto que le atiende de forma que este último pueda rodearle con sus manos para sujetar la cabeza y cepillarle los dientes.

- ☺ Una vez que se cierran los puntos de contacto de los dientes primarios es recomendable el uso de hilo dental, el niño necesita de la ayuda del padre de familia para llevar a cabo este procedimiento.
  
- ☺ El enjuague bucal se utiliza de igual forma en un niño(a) con retardo mental, si sabe escupir. Si hay dificultad para realizar éste, se puede aplicar el enjuague bucal en un vaso, humedecer el cepillo dental y aplicarlo a los dientes.
  
- ☺ El flúor en gel se puede aplicar en estos niños, colocándolo sobre el cepillo dental (como la crema dental) y aplicarlo sobre las superficies de los dientes.
  
- ☺ El odontólogo es la persona adecuada para cumplir con el programa de asesoramiento sobre la dieta. Es importante solicitar un diario alimenticio durante 7 días para evaluar el contenido nutricional de su dieta. Una vez realizado, se procede a discutir con los padres los resultados obtenidos para presentarles propuestas de sustitución o modificación del mismo.
  
- ☺ Se debe de preparar al niño(a) y al padre de familia a recibir adecuadamente un tratamiento dental (profilaxis, sellante de fosas y fisuras, etc).



# BIBLIOGRAFÍA

## 10.1 BIBLIOGRAFIA CITADA:

1. Abarca M, Sonia; Psicología del niño de edad escolar; Editorial Universidad Estatal a Distancia, primera edición; Costa Rica, 1992.
2. Aguilar S. Hernán, Tratamiento odontológico en el niño retrasado menta; UCR, Costa Rica, 1974.
3. Arce De Wantland, Silvy; Retraso mental; Editorial Piedra Santa; Guatemala; 1997.
4. *Barber K. Thomas, Luke S. Luke; Pediatric dentistry; Volume 17; USA, 1982.*
5. Barrantes Echeverría, Rodrigo; Investigación un camino al conocimiento; Editorial Universidad estatal a la distancia; Costa Rica; 1999.
6. Bascones Antonio; Tratado de odontología; Tomo II; tercera edición; Editorial Avances Médicos dentales; Madrid, 2000.
7. Bascones Antonio; Tratado de odontología; Tomo III; tercera edición; Editorial Avances Médicos dentales; Madrid, 2000.
8. Cruickshank M. William; El niño con daño cerebral en la escuela, hogar y comunidad. 1981.
9. De Cháves, Eugenia; Integración Directa de niños con retardo mental; Ministerio de Educación Pública, Unicef, Costa Rica, 1991.
10. Fallas V. Suee, Ruíz Q. Luis; "Necesidades de prevención oral en niños(as) con retardo mental en las aulas integradas de la escuela Miguel Obregón Lizano, Tibás"; ULACIT, Costa Rica, 1999.

11. Guzzo C, Raúl; Taller escolar de salud; Editorial Cincel; Madrid; 1989.
12. Hirsh K. Ronald; “Atención odontológica del niño mentalmente retardado y físicamente impedido”; UCR, Costa Rica, 1963.
13. *Holloway P, Swallow J; Child dental health; 3th edition, USA, 1982.*
14. Jasso Luis; El niño Down realidades y mitos; 3ª impresión, editorial Manual Moderno; México; 1991.
15. Katz, Mc Donald, Stookey; Odontología preventiva en acción; 3ª edición, Editorial Panamericana; México, 1993.
16. Mc Donald Ralph, Avery R. David; Odontología pediátrica del adolescente. 6ª Edición, Editorial Harcourt Brace, Estados Unidos, 1998.
17. *Mc Donald Ralph; Dentistry for the child and adolescent; second edition; USA, 1974.*
18. MEP; Normas y procedimientos para la atención educativa de la población con retardo mental; versión preliminar; Costa Rica; 2000.
19. ONU, Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, Nueva York, 1994.
20. Pinkham J; Odontología pediátrica; 2da edición; Editorial interamericana Mc Jaw Hill; USA, 1996.
21. Rodríguez C. Mario; Prestaciones odontológicas al niño excepcional situación actual estudio preliminar; UCR, 1978.
22. Smith, Romaine; Niños con retardo mental; Editorial trillas; México;1999.

23. UNICEF; Década de las personas con discapacidad; versión preliminar, Naciones Unidas, Costa Rica, 1983-1992.
  
24. UNICEF; La década de las personas con discapacidad en Centro América; 1983-1992.
  
25. Woodley Lewis. Ana Grace; La atención a la discapacidad dentro de la reforma del sector salud una propuesta de atención integral para la Región Atlántica; UCR, Costa Rica, 1999.

## **10.2 BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

1. Camerón A.; Manual de odontología pediátrica; primera edición; editorial Harcourt brace; Madrid, 1998.
2. Gamboa Espinoza, Olga; La integración familiar como base para prevención y la integración de la persona con discapacidad a la comunidad; 1998.
3. González de Volio, Lorena; Discapacidad y derechos humanos, construcción de un modelo de capacitación, 1985.
4. González Fernández, Yenny; Influencia de los patrones de crianza en el desarrollo de la persona del niño con déficit intelectual, que recibe educación especial en el IPHE, Panamá, 1996.
5. Kolucki Barbara; Manual sobre la discapacidad infantil; UNICEF.

### **10.3 BIBLIOGRAFÍA INTERNET**

1. [www.discibilityworld.org](http://www.discibilityworld.org)
2. [www.webodontologica.com](http://www.webodontologica.com)
3. [www.odontologia.online.com](http://www.odontologia.online.com)
4. [www.discapacidad.org.ar](http://www.discapacidad.org.ar)
5. [www.oralB.com](http://www.oralB.com)

### **10.4 ENTREVISTAS:**

1. Odontopediatra: Ronald Hirsh
2. Psicóloga infantil: Jenny González Fernández
3. Técnica en Nutrición: Mayela Rodríguez.
4. Maestra educación especial: Martha Austin Reid.
5. C.E.N.A.R.E: Ana Grace Woodley.

# **ANEXOS**

## Anexo 1

San José, 11 de Junio del 2000.

Señor(a):  
Director(a) de la Escuela Miguel Obregón Lizano, Tibás.  
San José-Costa Rica.

Estimado Señor(a):

Reciba un fraternal saludo, el motivo de la presente es informarle a usted que Amigzarith Wright Willis y Tatiana González Fernández, quienes son estudiantes del último año de la Escuela de Odontología de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología; las cuales han seleccionado como proyecto de graduación el tema **“Educación y Prevención Oral a niños con Retardo Mental”**, bajo la dirección de la Doctora Xinia Salazar Madrigal cédula 3-331 868, la cual es catedrática de la misma universidad.

Mucho agradecería, la colaboración que pueda brindarle a estas estudiantes para su trabajo final de graduación.

Atentamente,

---

Dr. Rafael Porras  
Director de la Escuela de Odontología  
Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología.



## Anexo 2

### Plan de intervención

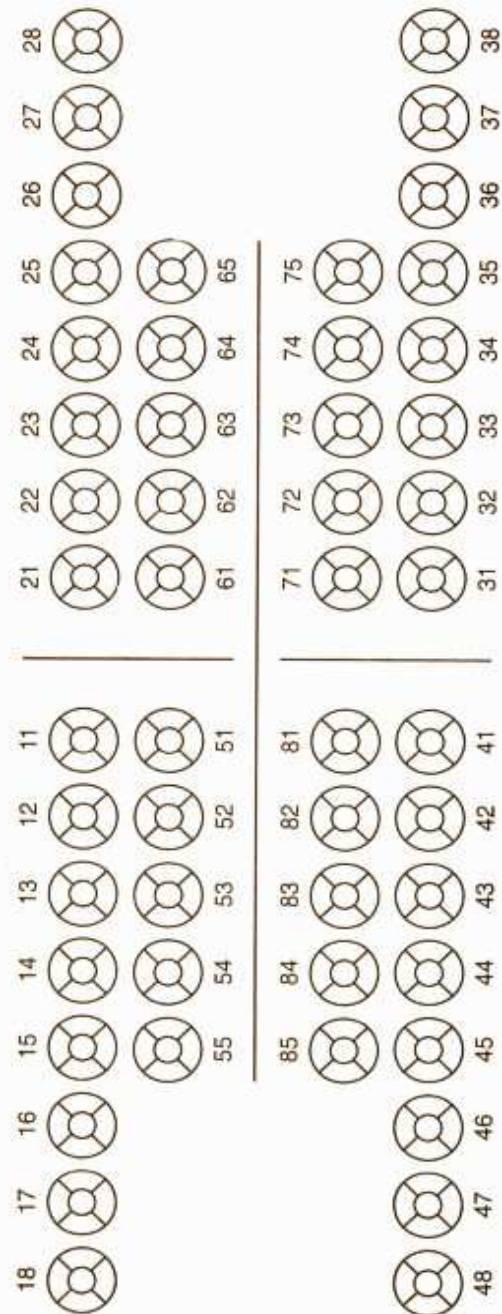
| Objetivo  | Actividades   | Recursos  | Fecha   |
|---|---|---|---|
| <b>Sesión 1</b>   |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar el motivo del plan.</li> <li>- Efectuar el índice de placa bacteriana.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación sencilla sobre el propósito de nuestra visita.</li> <li>- Examen clínico.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conversatorio</li> <li>- Set de diagnóstico.</li> <li>- Revelador de placa bacteriana.</li> <li>- Registro de higiene oral.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 26 de noviembre 2001</li> </ul>  |
| <b>Sesión 2</b>   |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realización de odontograma.</li> <li>- Enviar carta a los padres de familia.</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exámen clínico intraoral.</li> <li>- Enviar cuestionario clínico al hogar.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lápices de color.</li> <li>- Odontograma.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 21 de noviembre 2001</li> </ul>  |
| <b>Sesión 3</b>   |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar al padre de familia al plan.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicación del propósito del plan a los padres de familia</li> <li>- Aclarar dudas y finalizar el cuestionario junto a los padres.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expediente Clínico.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 22 de noviembre 2001.</li> </ul> |
| <b>Sesión 4</b>   |   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llenar cuestionario de observación.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación de objetos. (cepillo, pasta dental, hilo dental, etc).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario de observación.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 22 de noviembre 2001.</li> </ul> |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p style="text-align: center;"><b>Sesión 6</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demostración del uso del hilo dental.</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los niños demostrarán la técnica por ellos.</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espejo de mano</li> <li>- Hilo dental.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 23 de noviembre 2001</li> </ul>  |
| <p style="text-align: center;"><b>Sesión 7</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar información a los padres de familia, acerca del resultado del plan.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunión con los padres de familia, explicación individual del resultado del plan.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes escritos acerca de:</li> <li>- Índice de caries y registro de higiene oral en forma cualitativa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 04 de diciembre 2001.</li> </ul> |

**Nota:** Este plan de intervención es el utilizado durante el “Programa de Necesidades; prevención y educación de la Salud Oral en niños con retardo mental”; elaborado por la doctora Suee Fallas y el doctor Luis Ruiz. En el presente sólo se utilizó la parte demostrativa para analizar el grado de conocimiento acerca de la Salud Oral.

## Anexo 3

### ODONTOGRAMA



## Anexo 4

### REGISTRO DE HIGIENE ORAL

Paciente: \_\_\_\_\_ Estudiante: \_\_\_\_\_ Docente: \_\_\_\_\_

Índice de hemorragia gingival (IHG) \_\_\_\_\_ Índice de placa (IP) \_\_\_\_\_

|             | 18          | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21         | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|-------------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Sangrado    |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Placa       |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
|             | 48          | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31         | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Sangrado    |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Placa       |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Fecha _____ | IHG _____ % |    |    |    |    |    |    |    | IP _____ % |    |    |    |    |    |    |    |

|             | 18          | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21         | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|-------------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Sangrado    |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Placa       |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
|             | 48          | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31         | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Sangrado    |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Placa       |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Fecha _____ | IHG _____ % |    |    |    |    |    |    |    | IP _____ % |    |    |    |    |    |    |    |

|             | 18          | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21         | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|-------------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Sangrado    |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Placa       |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
|             | 48          | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31         | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Sangrado    |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Placa       |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Fecha _____ | IHG _____ % |    |    |    |    |    |    |    | IP _____ % |    |    |    |    |    |    |    |

|             | 18          | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21         | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|-------------|-------------|----|----|----|----|----|----|----|------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Sangrado    |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Placa       |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
|             | 48          | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31         | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| Sangrado    |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Placa       |             |    |    |    |    |    |    |    |            |    |    |    |    |    |    |    |
| Fecha _____ | IHG _____ % |    |    |    |    |    |    |    | IP _____ % |    |    |    |    |    |    |    |

## Anexo 5

### ☺ Expediente Clínico ☺



#### Parte A

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
 Años cumplidos: \_\_\_\_\_  
 Padre o Persona encargada: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la habitación: \_\_\_\_\_

Otras señas:

- ☺ Habita casa:     propia             alquilada             prestada  
 ☺ Total de ingresos:     menos a ₡100.000     ₡100.000 a ₡150.000     mayor a ₡150.000  
 ☺ Número de personas mayores de edad: \_\_\_\_\_  
 ☺ Condición socioeconómica:     baja             media             alta  
 ☺ Acceso a la atención odontológica:     pública             privada



#### Parte B

##### Historia Médica:

☺ Antecedentes Patológicos Familiares  
 Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_  
 Vivo / Enfermedad: \_\_\_\_\_  Vivo / Enfermedad: \_\_\_\_\_  
 Fallecido / Causa: \_\_\_\_\_  Fallecido / Causa: \_\_\_\_\_  
 Otros: \_\_\_\_\_

☺ Antecedentes Patológicos Personales

|                                       |                                       |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis     | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Nefropatías  | <input type="checkbox"/> SIDA         | <input type="checkbox"/> Cardiopatías     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Asma         | <input type="checkbox"/> Epilepsia        |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Anemia       | <input type="checkbox"/> Hepatitis        |



Ha sufrido alergias a:  Aspirina  Penicilina  Sulfas  Anestesia local dental

Tiene dificultades de:  Lenguaje  Visión  Audición

⊙ Antecedentes Psicopatológicos

Ha sufrido de:  Ansiedad  Depresión  Hiperactividad

## Parte C

### Historia Dental

⊙ ¿ Con qué frecuencia visita el niño (a) al dentista?

Una vez al año  Dos veces al año  Más de dos veces al año  Nunca

⊙ Su último examen dental fue hace:

Menos de seis meses  Más de seis meses - Menos de un año  
 Más de un año - Menos de dos años  Dos años o más

⊙ Su experiencia anterior donde el Dentista fue:

Buena  Regular  Mala

⊙ Tipos de tratamientos Odontológicos anteriores:

Profilaxis  Prótesis  Extracciones  
 Ortodoncia  Obturaciones  Mantenedores de Espacio  
 Aplicaciones de flúor

### Higiene Bucal

⊙ ¿ Cuántas veces se cepilla?

1 vez al día  2 veces al día  3 veces al día  Más de 3 veces  Nunca

⊙ Método de cepillado:

Correcto  Incorrecto

⊙ ¿ Ha recibido instrucciones de cepillado?  Sí

No

⊙ ¿Usa enjuague dental?

Sí

No

⊙ ¿ Usa hilo dental?

Sí

No



## Parte E

### Examen extraoral

Antecedentes médicos y revisión de sistemas ( ampliar las respuestas afirmativas ).

☺ Registro cabeza y cuello:

---

---

☺ Músculos:

---

---

☺ Ganglios:

---

---

☺ ATM:

---

---



## Parte F

### Examen intraoral

Número de dientes presentes: \_\_\_\_\_ Número de dientes ausentes:  
\_\_\_\_\_

Oclusión:  Normal  Cruzada  Abierta  Sobremordida



## Anexo 6

Jueves 22 de Noviembre del 2001.

Señores:  
Padres de Familia  
San José - Costa Rica.

Estimados señores:

Reciban un cordial saludo de nuestra parte, la siguiente es para informarle que a su hijo(a) se le están realizando revisiones dentales para conocer su estado oral, para complementar este proyecto les estamos enviando un documento llamado **“Ficha Clínica”**, para que usted lo llene.

Les rogamos por favor que sean lo más detallados posible, deben de llenar hasta la parte D; la E y la F serán complementadas por nosotros y si tienen alguna duda con gusto lo aclararemos el día martes 4 de diciembre del 2001. Favor enviar el documento lo más antes posible. Muy agradecidas por su colaboración.

Atentamente:

\_\_\_\_\_  
Tatiana González Fernández

\_\_\_\_\_  
Amigzarith Wright Willis

\_\_\_\_\_  
Maestra.

## Anexo 7

“Necesidades de Prevención y Educación Oral en Niños(as) con Retardo Mental”.

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

1. ¿El niño(a) puede identificar el fregadero o el lavamanos?

Sí ( )

No ( )

2. ¿Puede el niño(a) reconocer un cepillo de dientes?

Sí ( )

No ( )

3. ¿Identifica el niño(a) una pasta dental?

Sí ( )

No ( )

4. ¿Es capaz el niño(a) de reconocer donde están los dientes?

Sí ( )

No ( )

5. ¿Sabe el niño(a) para que le sirven los dientes?

Sí ( )

No ( )

6. ¿Puede el niño(a) reconocer la lengua?

Sí ( )

No ( )

7. ¿Sabe el niño(a) para que le sirve la lengua?

Sí ( )

No ( )

8. ¿Identifica el niño(a) sus encías?

Sí ( )

No ( )

9. ¿Sabe cepillarse los dientes correctamente?

Sí ( )

No ( )

10. ¿Sabe utilizar el hilo dental correctamente?

Sí ( )

No ( )

## Anexo 8

Nombre: \_\_\_\_\_

Informe al hogar de “La revisión Oral” que se le realizó a su hijo(a) en la escuela; por  
Tatiana González y Amigzarith Wrieth.

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 9

San José, 5 de Abril del 2002.

Señor (a):  
Director (a) de la Escuela República de Haití.  
San José, Costa Rica.

Estimado Señor(a):

Reciba un cordial saludo, el motivo del presente es presentar a usted a Amigzarith Wriarth Willis y Tatiana González Fernández, quienes son estudiantes de último año de la Escuela de la Odontología de la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología; las cuales han seleccionado como proyecto de graduación “ **La Educación y Prevención Oral en Niños(as) con Retardo Mental**”. Bajo la dirección de la doctora Xinia Salazar Madrigal cédula 3 331 868, la cual es catedrática de la misma universidad.

El objetivo de la tesis es plantear nuevas opciones para la educación y prevención oral a éstos niños(as). Mucho agradecería la colaboración que pueda brindarle a las estudiantes.

Atentamente,

---

Dr. Rafael Porras.  
Director de la Escuela de Odontología.  
Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología.

## Anexo 10

San José, 5 de Abril del 2002.

Señora:  
Patricia Cruz.  
Colgate Palmolive  
Heredia, Costa Rica.

Estimada Señora:

Reciba un cordial saludo, el motivo del presente documento es para solicitar su colaboración para el proyecto de graduación de las estudiantes Amigzarith Wriarth Willis y Tatiana González Fernández cuyo tema es: **“Educación y Prevención Oral en Niños(as) con Retardo Mental”**. Esta investigación se realizará en la Escuela República de Haití, con una población de 30 niños(as) con retardo mental. Para llevar a cabo el mismo es necesario 30 cepillos dentales, crema dental, hilo dental y enjuague bucal.

El objetivo de la tesis es plantear nuevas opciones para la educación y prevención oral a éstos niños(as). Mucho agradecería la colaboración que pueda brindarle a las estudiantes.

Atentamente,

---

Dr. Rafael Porras.  
Director de la Escuela de Odontología.  
Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología.

## Anexo 11

“Programa de Educación y Prevención Oral en Niños(as) con Retardo Mental”.

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

Tipo de Retardo: \_\_\_\_\_

1. ¿Puede el niño(a) reconocer un cepillo de dientes?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

2. ¿Identifica el niño(a) una pasta dental?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

3. ¿Es capaz el niño(a) de reconocer donde están los dientes?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

4. ¿Sabe el niño(a) para que le sirven los dientes?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

5. ¿Puede el niño(a) reconocer la lengua?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

6.¿Sabe el niño(a) para que le sirve la lengua?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

7.¿Identifica el niño(a) sus encías?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

8.¿Sabe el niño que es el hilo dental?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

9.¿Sabe usar el hilo correctamente?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

10.¿Sabe cepillarse los dientes correctamente?

Sí ( )

No ( )

No responde ( )

11.¿Sabe para que le sirve la boca?

Sí ( )

No ( )



No responde ( )

12.¿Qué tenemos dentro de la boca?

---

13.¿Porqué nos duelen los dientes?

---

## Anexo 12

Programa de educación y prevención

Nombre: \_\_\_\_\_

### Horario de dieta

|                  | <b>Desayuno</b> | <b>Almuerzo</b> | <b>Cena</b> | <b>Entre comidas</b> |
|------------------|-----------------|-----------------|-------------|----------------------|
| <b>Lunes</b>     |                 |                 |             |                      |
| <b>Martes</b>    |                 |                 |             |                      |
| <b>Miércoles</b> |                 |                 |             |                      |
| <b>Jueves</b>    |                 |                 |             |                      |
| <b>Viernes</b>   |                 |                 |             |                      |

|                |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|
| <b>Sábado</b>  |  |  |  |  |
| <b>Domingo</b> |  |  |  |  |

## Anexo 13

### Circular

**Estimados Padres de Familia:**

Por medio de la presente se les comunica que el día\_\_\_\_ mes\_\_\_\_ del\_\_\_\_, se realizará una reunión de padres de familia; la reunión será a las\_\_\_\_. Con el motivo de informarles el estado de la salud oral de sus niños(as) y a la vez brindarles una pequeña capacitación para el cuidado oral de sus hijos(as).

Se les ruega su asistencia, porque es por el bienestar de sus hijos(as) y así resolver los pequeños o grandes problemas que puedan tener.

En espera de su visita y le agradece de antemano;

---

Maestra

Tatiana González F.

Amigzarith Wright W

---

### Circular

**Estimados Padres de Familia:**

Por medio de la presente se les comunica que el día\_\_\_\_ mes\_\_\_\_ del\_\_\_\_, se realizará una reunión de padres de familia; la reunión será a las\_\_\_\_. Con el motivo de informarles el estado de la salud oral de sus niños(as) y a la vez brindarles una pequeña capacitación para el cuidado oral de sus hijos(as).

Se les ruega su asistencia, porque es por el bienestar de sus hijos(as) y así resolver los pequeños o grandes problemas que puedan tener.

En espera de su visita y le agradece de antemano;

## Anexo 14

### Boletín Informativo para Padres de Familia

El cuidado de la salud oral debe ser parte importante de nuestras actividades cotidianas. La educación y prevención de las enfermedades orales, antes de su inicio constituye la mejor fórmula de garantizar una buena salud dental en cualquier persona. Es obligación del dentista, enseñar los métodos preventivos a los niños, padres y maestros. Estos métodos incluyen:

**Los niños de 6-12 años:** El niño empieza a aceptar responsabilidades, como por ejemplo la higiene oral, la que debe de estar bajo supervisión de los padres. Es necesario la supervisión regular de los dientes de los niños, debe de aumentarse la frecuencia y la calidad del cepillado de los dientes y el uso de la seda dental.

**Adolescentes de 12-15 años:** Aunque los adolescentes son capaces de llevar a cabo la higiene oral el mayor problema es el incumplimiento, malos hábitos dietéticos y los cambios hormonales de la pubertad; esto aumenta el riesgo de los adolescentes de presentar caries e inflamación de las encías. Tanto padres como odontólogos deben de ayudar a los jóvenes en este estado de la vida, para que acepten su papel; es útil destacarles sus responsabilidades que tienen como adultos, pero sin adoptar un carácter autoritario. Para motivar estos pacientes es aconsejable aumentar sus conocimientos sobre el control de la placa dental y de las enfermedades orales, así como interesarse en su aspecto.

## **Herramientas para el Control de la Placa Dental.**

### **Cepillo Dental:**

- ☺ Es el método más utilizado y eficaz para eliminar la placa bacteriana de la boca.
- ☺ El cepillo debe ser suave para los niños y semi- duro para los adolescentes.
- ☺ En niños con discapacidad es importante modificar el mango del cepillo, para lograr fácil acceso y para que pueda manipularlo mejor.
- ☺ Se debe cepillar los dientes después de cada comida (mínimo 3 veces al día).
- ☺ En niños excepcionales es más importante la frecuencia de cepillado que la técnica de cepillado.
- ☺ La sustancia reveladora de placa es un ayudante auxiliar para detectar la placa; para conseguir este resultado de forma casera se puede utilizar remolacha licuada con un poquitito de agua.

### **Pasta Dental:**

- ☺ Ayuda a eliminar manchas y la placa dental.
- ☺ Una buena pasta dental debe tener flúor.
- ☺ La pasta dental se puede escoger en base a la edad.

### **Hilo Dental:**

- ☺ Elimina la placa bacteriana que se encuentra entre los dientes.
- ☺ Se corta un trozo de unos 45-46 centímetros.
- ☺ Se enrolla alrededor de los dedos medios del paciente o del padre.
- ☺ Con los pulgares y los medios se hace un movimiento de sierra y uno de arriba hacia abajo, entre los dientes al limpiar.
- ☺ Al terminar se desliza el hilo entre los dientes para retirarlo de la boca.

### **Enjuague Bucal:**

- ☺ Ayuda a la limpieza bucal.

- ☺ Se utiliza como mínimo una vez al día.
- ☺ Para evitar que el niño no se trague, puede aplicarse con el cepillo dental.

**Flúor:**

- ☺ Remineraliza los dientes y evita la formación de caries.
- ☺ Es utilizado en el consultorio dental.
- ☺ Está presente en el agua y en la sal.

Técnicas de inmovilización para el cepillado dental en niños(as) con discapacidad.

Posición del paciente: Se le debe enseñar a los padres o al tutor técnicas de cepillado que permitan sujetar al niño siempre que sea necesario:

- ☺ El niño de pie o sentado frente del adulto de manera que éste pueda sujetar su cabeza con una mano mientras se utiliza la otra para cepillar los dientes.
- ☺ El niño se recuesta en un sofá o en la cama con la cabeza inclinada hacia atrás, sobre el regazo del adulto. De nuevo se le sujeta la cabeza con la mano mientras se cepillan los dientes con la mano.
- ☺ El niño se sienta en el regazo de uno de sus padres, mirándole al tiempo que su cabeza y hombros se apoyan en las rodillas de su otro progenitor permitiendo de esta forma que el primero de ellos cepille los dientes.
- ☺ Los pacientes extremadamente difíciles deben ser atendidos en una habitación espaciosa, y se deben recostar sobre el regazo de la persona que va a realizar el cepillado. Entonces un ayudante sujeta al paciente mientras la otra persona efectúa las maniobras de higiene adecuadas. Cuando el niño no puede ser sujetado, por una sola persona, puede ser necesaria la participación de ambos padres e incluso los hermanos para complementar los cuidados dentales en el domicilio.

- ☺ El niño que se puede mantener de pie y que presenta resistencia se debe colocar del adulto que le atiende de forma que este último pueda rodearle con sus piernas el dorso mientras utiliza las manos para sujetar la cabeza y cepillar los dientes.

### **Importancia de la nutrición y la dieta en la salud oral.**

La caries dental es una enfermedad relacionada con la dieta y el desorden nutricional. Esta sin embargo juega un papel importante en el desarrollo de los dientes y los tejidos orales en el periodo pre y post natal, antes de la erupción de los dientes. En este periodo la nutrición puede influenciar la composición, el tamaño y la forma de los dientes, así como la cantidad y composición de la saliva. Se acepta generalmente que durante los periodos “críticos” del desarrollo oral, con deficiencias menores de nutrientes, tales como proteínas, vitaminas A, C y D; calcio, fósforo y zinc; se producirán daños permanentes en los dientes, con el resultado de que en los años futuros serán menos resistentes a la acción de los microorganismos.

Una vez que los dientes han erupcionado en la cavidad oral, la dieta se vuelve un factor de importancia en el proceso de las caries. Existe evidencia científica de que los carbohidratos y azúcares en la dieta contribuyen a la formación de las caries, porque le sirven de alimento a las bacterias de la placa que producen ácidos.

Muchos alimentos que contienen almidones también contienen azúcares fermentables; lo que puede aumentar la cariogenicidad del alimento debido que los almidones se retienen mas tiempo en la boca.

Se piensa que lo más importante en el desarrollo de las caries es la frecuencia se tomen los alimentos y no la cantidad. Los alimentos pegajosos, tales como los caramelos que tienen mucho azúcar y se adhieren a los dientes durante mas tiempo que otros tipos de dulces, por lo tanto promueven por mas tiempo la formación de ácidos, con esta existe mas peligro de caries.

### **Plan de Alimentación (C.C.S.S; 1999).**

El ser humano necesita distribuir su alimentación durante el día, de manera que ésta, le proporcione todas las sustancias nutritivas y la energía necesaria para mantener una buena nutrición y calidad de vida.



Es importante por lo tanto, la forma como se distribuye los alimentos en el día es decir, los horarios de comida: desayuno- almuerzo- media tarde- comida o cena.

Cuando no cumplimos la distribución de horario nos sentimos fatigados o agotados al terminar el trabajo del día.

El cumplimiento de su plan de alimentación le permitirá tener mejor salud.

### **1. Leche y sus derivados**

Cada opción equivale a una porción. Tiene 2 porciones permitidas al día.

#### **Permitidos**

Leche 2% grasa: 1 taza

Leche descremada: 1 taza

Leche agria descremada: 1 taza

Leche en polvo descremada: 2 cucharadas

Yogurt natural: 1 taza

Leche de soya: 1 taza

### **2. Vegetales**

Cada opción equivale a una porción. Usted tiene permitidas 3 porciones al día.

Ayote tierno, berenjena, repollo, tomate, berro, brócoli, flor de itabo, chayote tierno, vainica, zanahoria, coliflor, lechuga, frijoles nacidos, espinacas, hojas de mostaza, hojas de cebolla, pepino, rábano, zapallito, palmito, hongos, espárragos y puerros.

#### **Condimentos naturales libres:**

Culantro, orégano, cebolla, laurel, tomillo, apio, alfalfa, chile dulce, ajo y otros...

### **3. Frutas**

Cada opción equivale a una porción. Usted tiene permitidas 3 porciones al día.

Guayaba: 2 unidades pequeñas

Nísperos: 7 unidades

Banano: 1 pequeño o ½ grande

Uvas: 10 unidades

Caimito, durazno, cas: 1 pequeño  
Tamarindo: 5 unidades  
Melocotón, granadilla: 1 pequeña  
Papaya: 1 taza  
Limón dulce: 1 pequeño  
Mandarina, naranja: 1 pequeña  
Mango: 1 pequeño.  
Pasas: 2 cucharadas  
Ensalada de frutas: 1 taza  
Sandía, fresas: 1 taza  
Melón: 1 taza  
Ciruelas: 3 medianas  
Jugo de naranja: ½ taza  
Toronja: ½ pequeña  
Jugo de piña: ½ natural  
Manzana: 1 pequeña  
Higos sin azúcar: 2 unidades medianas.  
Piña: 1 tajada  
Jocotes: 4 unidades  
Anonas: ¼ unidad  
Zapote: ¼ unidad  
Nances: 20 unidades.

#### **4. Harinas**

Cada opción equivale a una porción. Usted tiene permitida 8 porciones al día.

##### **Permitidos**

Arroz blanco o integral: 4 cucharadas o ½ taza  
Pan bollito: 1 unidad  
Pan cuadrado pequeño: 2 tajadas  
Pan cuadrado integral: 1 tajada  
Tortillas: 2 pequeñas  
Galletas de soda: 1 paquetito

Galleta María: 4 unidades  
 Avena: 2 cucharadas  
 Macarrones: ½ taza  
 Frijoles, garbanzos, lentejas, arvejas: ½ taza  
 Gallo Pinto: ½ taza  
 Puré de papa: ½ taza  
 Pan de hamburguesa: ½ unidad  
 Maíz: ½ taza  
 Elote: 1 pequeño o ½ grande

### **Restringidos**

Pejiballe: 2 unidades  
 Germen de trigo: 3 cucharadas  
 Guineo: 1 unidad  
 Papa o camote: 1 unidad pequeña  
 Cereal en hojuelas: ¾ taza  
 Plátano maduro: ¼ unidad  
 All Brand: ½ taza  
 Yuca: 1 trozo pequeño  
 Cereal inflado: 1 ½ taza  
 Cereal en polvo: 1/3 taza  
 Cereal en hojuela: ¾ taza  
 Ayote sazón: ½ taza

## **5. Carnes y Sustitutos**

Cada opción equivale a una porción. Usted tiene permitidos 5 porciones al día.

### **Permitidos**

Carne de res sin grasa, pollo sin piel: 30 g.  
 Pescado, mariscos: 30 g  
 Quesos blancos: 30 g  
 Huevo: 1 unidad  
 Atún, sardina (sin aceite): 2 cucharadas, ¼ taza  
 Carne molida: 2 cucharadas sin grasa

**Restringidos**

Cerdo: 30 g

Mortadela: 1 tajada de 30 g

Salchicha: 1 unidad pequeña

Quesos amarillos: 1 tajada de 30 g

Hígado, mondongo, lengua: 30 g

**Nota:** una onza = 30 g

30 g = 2 cucharadas de carne de pollo, res o pescado.

1 bistec o filete del tamaño de la palma de la mano = 2 porciones.

1 muslo mediano o ½ pechuga sin piel = 2 porciones.

**6. Grasas**

Cada opción equivale a una porción. Usted tiene permitidas 9 porciones al día.

**Permitidos**

Aceite: 1 cucharadita.

Margarina liviana: 1 cucharadita

Aguacate: 1/8 de unidad

**Restringidos**

Mantequilla: 1 cucharadita.

Coco rayado: 2 cucharaditas.

Natilla: 1 cucharadita.

Crema para café (polvo): 4 cucharaditas.

Mayonesa: 1 cucharada.

**Ejemplo de Menú****Desayuno:**

1 porción de leche 2%: 1 taza de leche con dulce

2 porciones de harina: 2 bollitos de pan.

2 porciones de grasa: 2 cucharaditas de natilla

1 porción de carne: 1 huevo.

**Merienda:**

2 porciones de frutas.

**Almuerzo:**

Refresco natural.

3 porciones de harinas: 1 taza de arroz blanco y ½ taza de frijoles.

2 porciones de carne: 1 muslo de pollo

3 porciones de grasa: usar 3 cucharaditas de aceite para preparar alimento.

1 ½ porción vegetal: 1 taza de ensalada verde o picadillo.

**Merienda:**

1 porción de fruta.

1 porción de harina: 1 bollito de pan.

1 porción de grasa: 1 cucharadita de mantequilla.

1 porción de azúcar: 1 cucharadita de mermelada.

1 porción de leche 2%: 1 taza de leche con dulce.

**Cena:**

Refresco natural.

2 porciones de harina: ½ taza de arroz, 2 cucharadas de comer de frijoles.

2 porciones de carne: ½ pechuga deshuesada.

3 porciones de grasa

1 porción de vegetal: ½ taza de picadillo.

## Anexo 15





