



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
Facultad de Odontología
Consejo de Facultad



Nro CFO- 127816

Valencia, 01 de diciembre de 2016

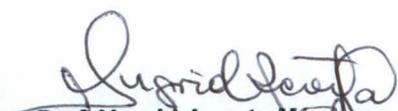
Ciudadana:

Prof. Minerlines Racamonde

Directora General de la Biblioteca Central
de la Universidad de Carabobo.

Para su conocimiento y fines consiguientes, cumplo en informarle que el Consejo de Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, en su sesión ordinaria N° 518 celebrada el día 01/12/2016, aprobó remitir 1 CD de la **Tesis Doctoral** titulada: "**COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD EN NIÑOS CON SINDROME DE DOWN Y RETARDO MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA**", presentado por la **Prof. Marianela Rodríguez Ramírez, C.I. 10.377.525**, como credencial de merito para Ascender a la categoría de **Profesor Asociado**.

Atentamente,


Prof. Yngrid Acosta Marañón
Decana Presidente.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DEL ZULIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS
DOCTORADO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS



**COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD EN NIÑOS CON
SINDROME DE DOWN Y RETARDO MENTAL Y SU RELACION
CON LA CALIDAD DE VIDA**

Tesis para optar al título de Doctora en Ciencias Odontológicas

Doctoranda:

Mgsc. . Marianela Rodriguez Ramírez

Comité Tutorial:

Dra. María Dolores Couto Caridad (Tutora)

Dra. Thais Roja de Morales

Dr. Jorge Luis Balzán Ballesteros

Maracaibo, Febrero 2016



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DEL ZULIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS
DOCTORADO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS

**COMPONENTE BUCAL DE LA SALUD EN NIÑOS CON
SINDROME DE DOWN Y RETARDO MENTAL Y SU RELACION
CON LA CALIDAD DE VIDA**

Firma: _____

Doctoranda

Mgsc. Marianela Rodriguez Ramírez

C.I.V- 10.377.525

Dirección: Urb. Quintas de Naguanagua, Conjunto Coyoacán
Edo. Carabobo. Venezuela.

Teléfonos: 0582415112032 – 0584144145490

Correo electrónico: aniandrea2@hotmail.com

Firma: _____

Tutora

Dra. María Dolores Couto Caridad

C.I.V- 6.229.322

Mgsc. Marianela Rodríguez Ramírez

C.I.V- 10.377.525

Dirección: Urb Las Quintas, Naguanagua, casa 4, residencias Coyoacán
Edo. Carabobo. Venezuela.

Teléfonos: 0582415112032 – 0584144145490

Correo electrónico: aniandrea2@hotmail.com

Dra. María Dolores Couto Caridad

C.I.V- 6.229.322

La felicidad es interior, no exterior; por tanto, no depende de lo que tenemos sino de lo que somos.

Van Dyke (1852-1933)

DEDICATORIA

A mis padres, quienes tanto me estimularon, apoyaron y enseñaron a luchar para lograr lo que solo con esfuerzo se alcanza.

A mi familia, quien me acompañó durante todo este esfuerzo, para arribar la meta.

A la Universidad de Carabobo, sus autoridades, profesores/as, trabajadores/as y estudiantes. A ella le debo mi formación académica y profesional.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Gracias Dios por estar al lado mío en cada paso....

A la **Doctora María Dolores Couto**, mi tutora, por su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de mi tesis, sino en mi formación como investigador.

Al **Doctor Jorge Balzán Ballesteros** por su solidaridad, apoyo y recomendaciones oportunas que enriquecieron mis conocimientos en el camino de la mirada cualitativa.

A la **Doctora Naika Díaz**, mi amiga, por su apoyo incondicional y las oportunas orientaciones dadas durante el desarrollo de mi Tesis Doctoral .

A los **Estudiantes, Profesores y a la Directora María Silva del Instituto “Acapane”** que de manera comprometida y con gran entusiasmo dedicaron horas de su tiempo libre a las actividades propias del proyecto. A los padres y madres de familia que apoyaron la participación de sus hijos y respetaron los compromisos establecidos.

Al **Comité Tutorial** por sus aportes al desarrollo de mi Tesis Doctoral.

A los **Profesores y Profesoras**, que condujeron cada uno de los seminarios doctorales y fueron tejiendo una entramada red de conocimientos, experiencias y vivencias que enriquecieron el trabajo hoy finalizado.

A mis **Compañeros y Compañeras del doctorado**, por la amistad y la solidaridad surgida desde los espacios académicos.

Gracias ...

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	7
Objetivos	11
General	11
Específicos	11
Capítulo I. Aproximaciones epistemológicas de la Salud bucal	12
Cultura de Mesopotamia	13
Cultura Egipcia	15
Bases legales relacionadas a la salud y la calidad de vida	26
Percepción de la salud bucal	32
Capítulo II. Construyendo el camino hacia la calidad de vida	34
Calidad de vida relacionada con la salud bucal	37
Impacto de la salud bucal en la calidad de vida	38
Instrumentos de medición	39
Capítulo III. De la discapacidad a la diversidad funcional	42
Antecedentes	46
Síndrome de Down	48
Alteraciones bucales en pacientes con síndrome de Down	50
Alteraciones faciales en pacientes con síndrome de Down	51
Alteraciones sistémicas en pacientes con síndrome de Down	52
Retardo Mental	52
Alteraciones orofaciales en pacientes con retardo mental	54
Capítulo V. Material y Métodos	56
Precisiones metodológicas en lo cuantitativo	58
La rigurosidad de lo cualitativo	61

Análisis estadístico de los resultados	66
Consideraciones Bioética	67
Presentación y análisis de los resultados	68
Desde los datos	68
Desde los discursos	87
Discusión	112
Conclusiones	123
Recomendaciones	125
Referencias	
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS

1. Cuestionarios calidad de vida relacionada con la salud bucal del niño 39
2. Valores promedios del índice de higiene bucal simplificado (IHOS), y prevalencia de caries dental (CPOD y ceo-d) en la muestra total según discapacidad 68
3. Índice de higiene bucal simplificado (IHOS) de los pacientes examinados de 8 a 14 años según discapacidad 70
4. Índice CPO de la muestra examinada de 8 a 14 años según edad y sus componentes 71
5. Índice CPO de la muestra examinada de 8 a 14 años según discapacidad y edad 72
6. Índice CPO de la muestra examinada de 8 a 14 años según discapacidad y sus componentes 73
7. Índice ceo de la muestra examinada de 8 a 14 años según edad y sus componentes 74
8. Índice ceo de la muestra examinada de 8 a 14 años según discapacidad y edad 75
9. Índice ceo de la población examinada de 8 a 14 años según discapacidad y sus componentes 76
10. Prevalencia de las repuestas de los padres sobre la percepción de salud oral de la muestra total en los últimos tres meses 77
11. Valores promedios de las percepciones de los padres (P-CPQ) sobre la calidad de vida de los niños con relación a la salud oral según discapacidad (n:61) 79
12. Prevalencia (%) de las repuestas de los padres vs respuestas de

los niños (dominio oral y limitación funcional) sobre la percepción de salud oral de la sub-muestra en los últimos tres meses	80
13. Prevalencia (%) de las repuestas de los padres vs respuestas de los niños (dominio emocional) sobre la percepción de salud oral de la sub-muestra en los últimos tres meses	82
14. Prevalencia (%) de las repuestas de los padres vs respuestas de los niños (dominio social) sobre la percepción de salud oral de la sub-muestra en los últimos tres meses (n:20)	83
15. Valores promedios de las percepciones de las respuestas de los padres según FIS y discapacidad de la muestra total	85
16. Prevalencia de las repuestas de los padres según FIS (n:61)	86

Rodriguez R, Marianela **Componente bucal de la salud en niños con síndrome de Down y Retardo Mental y su relación con la calidad de vida.** Maracaibo, 2016. Tesis doctoral

Resumen

Objetivo: Analizar el componente bucal de la salud en niños con síndrome de Down y retardo mental y su relación con la calidad de vida. **Justificación:** Enfermedades bucales alteran el componente bucal generando un impacto sobre la calidad de vida. **Materiales y métodos:** Estudio desde una perspectiva de integración de los paradigmas cualitativo y cuantitativo. Al ubicar la mirada cualitativa esta se enmarcó dentro la perspectiva hermenéutica, para lo cual como herramienta para la recolección de datos se utilizó la observación participante y entrevista semiestructurada. Desde el paradigma cuantitativo se evaluó 61 niños y adolescentes de ambos sexos y sus respectivos padres; en lo cualitativo se entrevistó a 03 padres. El instrumento que se aplicó el cuestionario de El Parenteral – Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) Child Perceptions Questionnaire (CPQ,) familiar Scale Impact Family (FIS). **Resultados:** Se reportó un índice CPOD de 2,16, ceo 1,20; IHOS 1,28., el dominio de mayor impacto en la salud bucal fue limitación funcional y dominio de actividad familiar; Los padres relacionaron la calidad de vida y salud bucal con los espacios construidos. **Conclusión** la salud bucal influyó en la calidad de vida de los niños discapacitados; los impactos fueron prevalentes, pero no severos.

Palabras clave: *Calidad de Vida, salud bucal, discapacidad, Síndrome de Down, Retardo Mental.*

Correo electrónico: aniandrea2@hotmail.com

Rodriguez R, Marianela **Component of the oral Health in children Downs Syndrome and mentally retarded and his relation with the quality of life..** Maracaibo, 2016. Tesis doctoral

Abstract

Objetivo: analyze Component of the oral health in children with Down's syndrome and mentally retarded and his relation with the quality of life.

Justification: Oral diseases alter the Oral component generating an impact on the quality of life. **Methods and materials** I study from a perspective of integration of the paradigms qualitatively and quantitatively. On having located the qualitative this look the hermeneutic perspective places inside, for which as tool for the compilation of information will be in use the observation participant and semistructured .From the quantitative paradigm there will be evaluated 61 children and teenagers of both sexes y sus respective parents.

The qualitatively interviewed 03 parents. The instrument The questionnaire was applied Parenteral - Caregiver Perceptions Questionnaire (P- CPQ) Child Perceptions Questionnaire (CPQ) Family Impact Scale (FIS) . **Results:** DMFT index of 2.16 was reported, dmf 1.20; IHOS 1.28 , mastering the greatest impact on oral health was functional limitation and control of family activity , parents related quality of life and oral health built spaces .

Conclusion oral health affects the quality of life of disabled children the impacts were prevalent, but not severe.

Palabras clave: *Quality of life, Oral health, dissability , Sindrome de Downs, mentally Retarded.*

Correo electrónico: aniandrea2@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La salud es el estado de bienestar físico, psicológico y social en las que se desarrolla el individuo, con la finalidad de lograr un nivel de calidad de vida adecuado. La salud es un derecho social, que no solo afecta a individuos sino afecta al conjunto de la sociedad. Por lo que la salud pública constituye una de las principales preocupaciones de los ciudadanos en nuestro país. Se entiende por salud pública, el esfuerzo organizado de la sociedad para prevenir la enfermedad y promover y restaurar la salud. La salud pública debe ser entendida como la salud de la población en todo un conjunto y su calidad de vida, y aunque hay evidencia científica en las mayores ganancias en salud, se deben a la acción de la salud pública que ésta permanece invisible y desconocida en nuestra sociedad.

A lo largo de la historia, profundos cambios en la concepción de salud enfermedad habían conseguido sensibilizar a algunos sectores de la profesión odontológica que hasta el momento habían permanecido estrechamente ligados al juicio clínico y al empirismo profesional en su forma de prevenir, diagnosticar y tratar. Desde estos sectores odontológicos, afines a la medicina holística y opositores recalcitrantes de la odontología mecanizada, se reclamaba la necesidad de valorar al paciente como un individuo cuyo bienestar físico, psicológico y social estaba amenazado por una determinada dolencia de nuestro campo estomatognático, en lugar de verlo como una unidad “dientes” cuyas desviaciones de la normalidad habría que tratar para poder restaurar el equilibrio estomatognático.

Era tal enajenación sanitaria que habría sufrido nuestro gremio odontológico con el paso del tiempo, que se realizaban tratamientos estereotipados en cada patología, aplicándose las mismas pautas terapéuticas en todas aquellas situaciones que nuestro empirismo profesional identificaba como defecto, sin personalizar los tratamientos y sobre todo sin conocer el beneficio en salud y bienestar que estas terapias generan al individuo y no al diente. A partir de esta coyuntura algunos equipos científicos

vinculados a la Salud pública dental habían confeccionado una serie de cuestionarios encaminados a valorar el efecto que las condiciones orales producen en el bienestar físico, psicológico y social, teniendo como referentes otros cuestionarios de la calidad de vida general y una serie de corrientes teóricas formuladas para adaptar al campo estomatognático las teorías impulsadoras.

Los cuestionarios de calidad de vida en salud oral han ido perfeccionándose en la última década hasta el punto que hoy en día se utilizan de forma sistémica tanto a nivel descriptivo como analítico en diferentes países, siempre como medida complementarias de la información que nos aportan los valiosos índices clínicos.

Una de las consecuencias inmediatas de la determinación de los estados de salud oral y calidad de vida de los individuos, sería la estimación de las necesidades de tratamiento. Las necesidades sanitarias también son complejas de definir y de clasificar porque derivan precisamente de estos conceptos abstractos no bien definidos. Desde una perspectiva humanitaria deberíamos considerar como necesidades sanitarias todas aquellas entidades patológicas que afectan al ser humano y que requieren intervención terapéutica para su resolución.

Se debe resaltar la Taxonomía de Bradshaw (1972) que por su sencillez y perspectiva social se ha utilizado ampliamente en Salud Pública Dental. Según Bradshaw existen 4 tipos de necesidades: las necesidades normativas son aquellas definidas por los profesionales, expertos o científicos para cualquier condición, las necesidades percibidas son aquellas estimadas por los propios sujetos con respecto a su salud; las necesidades expresadas provienen de las necesidades percibidas pero han sido expresadas verbalmente y las necesidades comparativas son aquellas en las que se tiene en cuenta las diferencias asistenciales entre individuos, entre sociedades por motivos económicos y de accesibilidad¹. En definitiva la toma de decisiones terapéuticas debe basarse en el juicio clínico, la percepción del paciente, la propensión individual, accesibilidad de recursos, para poder ajustar el mejor tratamiento a cada paciente.

En el ámbito de las Ciencias de la Salud, se ha llegado a proponer el término: *Calidad de vida relacionada con la salud*, considerándose como “un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social”.²

La salud no puede verse aislada de la calidad de vida, más aún, implicar a la salud desde la perspectiva de la calidad de vida, involucra la generación de acciones que tienden a analizar y proponer programas y proyectos de salud que promuevan la salud y mejoren las condiciones de vida de la población.³

En este sentido, la calidad de vida se ha llegado a considerar un indicador de salud y algunas veces, como parte del diagnóstico integral, que incluye no sólo el diagnóstico de las entidades mórbidas, sino también la percepción que el sujeto tenga de su calidad de vida y aspectos idiográficos relacionados con la salud, la enfermedad y expectativas de recuperación.⁴

El siglo XXI se presenta como aquél en el que el vocablo “calidad de vida”, como criterio de excelencia, coloreará las intenciones y acciones de individuos, que día a día deberán gozar cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optar por una vida de mayor calidad, así como también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos.

El hombre como ser social, necesita de los demás para sobrevivir, crecer, desarrollarse y desempeñar diferentes roles dentro de una sociedad cada vez más compleja y cambiante.⁵ Todas las personas sin distinción de raza, creencias o religión, tienen el derecho de vivir con dignidad y calidad; en especial, aquellas que presentan alguna discapacidad para realizar determinadas actividades, sin importar el origen de la causa, sea esta genética o adquirida. La discapacidad, puede ser definida como “toda reducción total o parcial de la facultad para realizar una actividad compleja o integrada, representada en tareas, aptitudes y conductas”.⁶ Esta reducción de la capacidad puede

ser considerada como una deficiencia cognitiva, auditiva, visual, destreza motora, del habla y lenguaje asociada a la edad.⁷

sujetos con discapacidad son potencialmente pacientes de riesgo odontológico. El estado de salud bucal de las personas discapacitadas se caracteriza por presentar insuficiente nivel de higiene bucal, lo cual ocasiona acúmulo de placa bacteriana, ocasionando inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal.⁸

Las características de las condiciones buco dentarias de las personas con discapacidad son las alteraciones congénitas, defectos en el desarrollo de las estructuras y tejidos bucales, mayor incidencia de maloclusiones, deficiencias funcionales orofaciales, como alteraciones de la masticación, deglución y fonación; hábitos nocivos como el bruxismo, dietas monótonas, excesivamente blandas y azucaradas, favoreciendo la xerostomía (sensación subjetiva de boca seca) y la hiposialia (hiposecreción salival). Una de las características más importantes, es la falta de higiene bucal que facilita la acumulación de placa bacteriana y permite el desarrollo de la enfermedad caries dental y enfermedad periodontal.⁹

Una buena salud bucal favorece la calidad de vida de los individuos, sobre todo de su componente fisiológico, psicológico y social, es por ello, que se han creado indicadores para ser utilizados específicamente en odontología.¹⁰ Estos tipos de indicadores de calidad de vida relacionada con la salud bucal, permiten estimar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, traducir sus hallazgos en medidas clínicas objetivas y evaluar la efectividad de los tratamientos odontológicos, siendo todas estas medidas de gran utilidad para mejorar la calidad de vida de los niños discapacitados.¹¹

Es importante comprender la calidad de vida y su componente bucal, en pacientes discapacitados, para determinar si es posible mejorar su calidad de vida a través de la rehabilitación bucal del paciente. Unas buenas condiciones de salud bucal en pacientes discapacitados, constituirá un componente importante para lograr devolver física y psicológicamente la calidad de vida del paciente.

El presente estudio pretende analizar el componente bucal de la salud en niños síndrome de Down y retardo mental y su relación con la calidad de vida.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General

Analizar el componente bucal de la salud en niños con síndrome de Down y retardo mental y su relación con la calidad de vida.

Específicos

- Identificar el Índice de higiene Oral Simplificado (IHOS) de la muestra estudiada.
- Determinar el índice de los dientes ceod y CPOD en la muestra estudiada.
- Medir la percepción de los padres sobre el componente de la salud bucal de los niños evaluados.
- Medir la percepción de los niños sobre la salud bucal.
- Medir la percepción de los niños vrs los padres sobre su salud bucal en una submuestra.
- Determinar el impacto del componente de salud bucal sobre la vida familiar.
- Relacionar la percepción de la calidad de vida con el componente bucal de la muestra estudiada.

CAPITULO I

APROXIMACIONES EPISTEMOLÓGICAS DE LA SALUD BUCAL

El transcurrir histórico de la salud bucal y su relación con la calidad de vida exigen una mirada retrospectiva, que permita hacer una travesía desde la historia hasta la actualidad para comprender el recorrido de la salud general, bucal y el devenir del bienestar humano.

La salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, formando parte de las estructuras socio culturales, desde cada época bajo enfoques mágico- religioso, naturalista, positivista, reduccionista, comunitario entre otros, que desconstruye y construye supuestos teóricos de forma dinámica a partir de valores semánticos y transformándose en paradigmas contextuales⁸. No obstante, el término de salud proviene de *salus- utis* que significa el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas las funciones y que se ha relacionado con enfermedad, sin embargo en la actualidad nuevas perspectivas consideran la calidad de vida y el estado del bienestar del individuo.

En la antigüedad el concepto de salud se vinculó a la existencia divina, a los hechiceros y a explicaciones mágico-religiosas y tratamientos con hierbas, brebajes, ceremonias y rituales. Se creía que las enfermedades eran infligidas por los demonios y se intentaban curarlas con actos de hechicería.

La existencia del hombre sobre la tierra se remonta a unos treinta mil años. Durante los primeros veinticinco mil, en la prehistoria el avance de la medicina fue muy lento, predominaba los conceptos mágicos; pinturas con imágenes de hechiceros, representando los primeros médicos que empleaban rituales mágicos para combatir los espíritus malignos causados por las enfermedades.

“Se creía que las enfermedades eran infligidas por los demonios y se intentaban curarlas con actos de hechicería.”

En las civilizaciones antiguas se creía que las enfermedades eran causadas por la furia de los dioses; que era desencadenada por los pecados del hombre. Esta concepción dio origen a sistemas de curación basados en oraciones, ritos especiales y sacrificios que buscaban calmar la furia de esos dioses.

Cultura de Mesopotamia

En la *cultura de Mesopotamia*, el proceso de curación consistía en averiguar el pecado cometido por el enfermo para poder invocar al dios adecuado. Existía una relación de la impureza moral o pecado con la impureza física o enfermedad y todos los enfermos eran apartados de la comunidad. La ciencia estaba concebida como una revelación de los dioses y, en consecuencia, se debía admitir y aplicar determinados principios sin tener derecho a comprenderlos. La magia, la superstición y sus ideas religiosas eran inseparables y dominadas por la idea del pecado; por este motivo, la vida estaba penetrada por el temor a lo sobrenatural y lo misterioso.¹²

La sociedad mesopotámica era altamente teocrática. El enfermo era visto como pecador, cuya enfermedad era un castigo por transgredir las normas. El tratamiento a sus males consistía en procedimientos que conjugaban lo religioso-ritual-penitenciario. Existía una relación de la impureza moral o pecado con la impureza física o enfermedad y todos los enfermos eran apartados de la comunidad

Entendida la enfermedad como un castigo divino o una maldición por parte de los dioses iracundos, se daba lugar a la aparición de sanadores entre los cuales sobresalían (*Ninib* y *Niengishzida*) y demonios responsables de la enfermedad Neregal para la fiebre; Tin, dolor de cabeza; Namtaru, dolor de garganta; Lamasu, fiebre puerperal; Ahhazu afecciones del Hígado, órgano central que para ellos era la sede del alma, el cual los dioses hacían inscripciones para controlar el curso de la salud del paciente.

El médico "asam" era un sacerdote sanador, regulada por una práctica médica de 10 preconceptos que hacían el *Código de Hamurabi* publicado en el año 1700 a.C. Se

incluían sanciones y fuertes castigos para el médico que cometía errores graves contra la salud del paciente, sanciones que iban desde el “ojo por ojo” hasta la amputación de una mano.

El *código de Hammurabi*, recopiló, entre otros aspectos, leyes y normas que regulaban la práctica de la medicina y el arte dentario en Babilonia; igualmente, establecía las responsabilidades hacia los practicantes de la medicina y el arte dentario en el inadecuado ejercicio de su profesión. Se enunciaban claramente los castigos y las recompensas reservados a los practicantes de la medicina: “[...] Ley 200. Si alguien arranca el diente de un igual, se le mutilará su propio ojo. Ley 201. Si alguien arranca el diente a un inferior, se le multará con un tercio *de mina* de plata”.¹³ (Ring, 1989:27). Las prescripciones anteriormente enunciadas, permiten establecer la importancia que se daba a la dentadura, observándose que la extracción dentaria representaba una gran pérdida y se penaba al que cometiera algún error.

La condición de salud bucodental en los babilonios, era uno de los parámetros utilizados para determinar la génesis y el curso de una enfermedad. El rechinar de los dientes era considerado de gran riesgo para la salud, además de patognomónico. Así se decía que “si hace rechinar los dientes durará largo tiempo”, igualmente que “si hace rechinar los dientes continuamente, y su cara está fría, ha contraído la enfermedad de la mano de la diosa Istar” (op.cit). Ello denota la concepción sistémica y holística que se tenía para la época, en el sentido que la salud bucal formaba parte de la salud integral del individuo. Reveladora huella de una mirada amplia e integral de la salud. La patología a nivel de la cavidad bucal ejercía influencia en el resto del cuerpo y viceversa, la afección del cuerpo se manifestaba a nivel bucal.

Los mesopotámicos padecieron las mismas afecciones dentarias y periodontales que existen actualmente, confundidas en una sola manifestación patológica: el dolor de muelas. El dolor dental es la primera referencia conocida, atribuida al gusano dentario. Este era la corporificación del demonio *Tiamet*, que socava y destruye los dientes. En Babilonia fue documentada por vez primera, la leyenda del gusano causal de la caries dental, que evoluciona como verdad científica hasta el siglo XVIII d.C., cuando Pierre

Fauchard discute y ridiculiza la creencia, al tiempo que ofrece una explicación más racional de tal proceso.¹²

La higiene bucal era considerada muy importante en la clase privilegiada. Usaban escarbadientes de oro y plata, así como remedios naturales, principalmente botánicos y medidas dietéticas a fin de preservar la salud bucodental.

La extracción dentaria era una práctica común. Se hacía de forma manual y limitada a dientes con movilidad. Tal procedimiento es indicador que la civilización mesopotámica se adelantó empíricamente, cerca de tres milenios, a la moderna interpretación de la infección focal de Guillermo Hunter (1910). Nuevamente observamos un ejemplo de la visión holística que se tenía de la salud y la enfermedad bucal como parte de la salud-enfermedad general.¹²

Cultura Egipcia

En la *cultura egipcia* la enfermedad tenía una cultura de aspecto mágico –religioso. Isis era adorada como diosa de la salud y fueron muchos templos erigidos en su honor y que eran considerados centros de curación. Diferentes dioses controlaban la salud Hathor, protectora de mujer durante el parto; Keket era la diosa de la fertilidad; Seth era uno de los causantes de enfermedades. No obstante aparecieron aspectos nuevos en cuanto a la aparición de las causas de la enfermedad, basados en la observación y experiencia, como lo revelan distintos papiros escritos a partir del año 3000.a.C. Los principales son el de Georg Ebers y el de Edwin Smith llamados así en honor a sus descubridores. Éste último data del año 2000 a.C. relata procedimientos quirúrgicos; el de Ebers del año 1500 a.c. trata de temas terapéuticos a base de hierbas. El papiro de Kahun 1900 a.C. se relaciona con afecciones ginecológicas.

El primer Médico Hesire, jefe de médicos y odontólogos durante el reinado de Zoser, en 2300 a.C. Luego aparece Imhotep que además de medico es arquitecto responsable de la construcción de pirámides de Sakkarah, donde acudían los enfermos en busca de curación

Los egipcios le dieron más importancia a la limpieza corporal más por razones religiosas que de salud pública. La enfermedad se debía a causas sobrenaturales como maleficios o castigos de dioses.

Las afecciones dentarias padecidas por el pueblo egipcio coinciden con las que afectan a las poblaciones en la modernidad, sin distinción entre ricos y pobres. Es evidente la estrecha relación entre el régimen alimenticio y las distintas patologías bucodentarias. Las observaciones de los cráneos de las momias han dado a conocer que la caries en sí no era el problema principal de salud bucodental de este pueblo. Ello puede ser motivado, entre otros a una dieta rudimentaria y vegetariana, rica en alimentos fibrosos que propiciaban una aceptable autolimpieza. Por lo contrario, la muy frecuente práctica de consumir restos de arena con los platos principales y de restos de piedra pulverizada en la harina del trigo, eran causas de las afecciones dentales, entre otras, una terrible atrición en las coronas de los dientes, de tal manera, que las pulpas quedaban expuestas y sujetas a la infección por los gérmenes habituales de la flora bucal, generando abscesos apicales que infligían terribles dolores. (op.cit.)

El arte dentario en el antiguo Egipto, fue una especialidad de la medicina tanto en su doctrina como en su práctica. Se ha señalado que uno de los médicos especialistas de más antigüedad es Hesi-Ré, jefe de los dentistas y médico del Palacio Real en la época de Zoser (2780-2720 a.C.), a quién se le ha considerado como el primer dentista más antiguo conocido en la historia, según grabados de su tumba. Igualmente, Hesi-Ré ha sido denominado “el más grande de los médicos que tratan los dientes”. (op.cit.:33). Encargado de resolver y mitigar las dolencias dentales de los faraones, y quién señaló la importancia de la asociación entre la medicina y el arte dentario. Su elevada posición muestra la reputación y respeto del que disfrutaban los médicos encargados de las enfermedades dentarias. Del mismo modo, han sido encontradas otras tumbas de médicos-dentistas correspondientes a la V, VI y XXVI Dinastías.¹⁴

Otra de las patologías constantes de este pueblo fue la osteomielitis de la mandíbula. Para aliviarla, se realizaban drenajes de abscesos dentarios, con tratamientos a base de medicamentos caseros dirigidos a extraer los gusanos que se consideraban factor

etiológico de este padecimiento. Se empleaban el trépano, el cauterio y el cuchillo de bronce; posteriormente utilizaron el hierro. La cauterización tenía una aplicación clara en la cirugía, a fin de eliminar tumores y quistes superficiales. El punzón de fuego, según los papiros, era el instrumento quirúrgico por excelencia, aunque también se contaba con otro tipo de instrumental.¹³

Había pruebas de excelente cirugía bucal, mencionadas en el papiro de Smith, pero ésta se debe considerar más bien como manifestación de un avanzado criterio quirúrgico, que como un recurso sistemático de tratamiento. Se demuestra la aplicación de un criterio científico de tratamiento, al intentar suprimir por medios racionales la causa del proceso, en oposición a la doctrina teúrgica para entonces imperante.

En relación a la extracción dentaria, existen contradicciones entre los historiadores. Febres Cordero (1987), señala que los egipcios no practicaban la exodoncia. Fundamenta su versión, en el hecho registrado que los maxilares humanos correspondientes a la época, aparecen con dientes y periodontos muy destruidos, pero todavía en su lugar. Adicionalmente, en ninguno de los papiros se menciona tal intervención. Contrariamente, Saturno (1996) afirma que la extracción dentaria constituía la forma más frecuente de alivio para las afecciones; igualmente, éstas eran utilizadas como castigo.^{12,15}

La terapia odontológica se caracterizó por la gran variedad de remedios y la extravagancia de los mismos, más no por su calidad. En el papiro de Ebers, se mencionan fórmulas compuestas de incienso, comino, miel, cebolla, leche de vaca, azafrán, lentejas, dátiles, cerveza dulce y numerosas plantas desconocidas preparadas en forma de colutorios, masticatorios o aplicaciones directas en los dientes.

A pesar de que los egipcios practicaban una rigurosa higiene a nivel individual, colectivo y ambiental, no existen informaciones ciertas acerca de medios y prácticas empleadas en la limpieza de la dentadura. La higiene bucal no parece haber preocupado a los egipcios. Gran cantidad de artículos cosméticos y de aseo se han encontrado, no obstante, no se han localizado en las excavaciones y tumbas ningún cepillo u otro

objeto de limpieza bucal. Saturno (1996), relata la utilización de compuestos fricativos como pastas dentales, compuesto que se frotaba a los dientes con una especie de estropajo, que pudiese considerarse como un antecedente del cepillo dental. Del mismo modo, usaban diversas técnicas para curar las enfermedades de los dientes como limpiezas con fórmulas a base de miel y arena para fortalecer los dientes.¹⁵

En ambas culturas empiezan aparecer escrituras cuneiformes como en la jeroglífica sobre tratados médicos en los que hacían énfasis en el estudio de las enfermedades, sin alejarse de la relación pecado-enfermedad. El chamán, curandero o jaibaná empieza a ser reemplazado por una especie de sacerdote médico como Imhotep en Egipto y Esculapio en Grecia.

¿Tendrá la enfermedad causas naturales?

En la Antigua Grecia el dilema de la salud y la enfermedad aparece expresado en los mitos de Esculapio (Asklepios) e Higieia. Esculapio fue el primer médico conocedor de las prácticas de salud de la época, quien fue transformado por los historiadores y poetas en una divinidad. Higieia conocida en Roma como Salus, divinidad del bienestar introdujo la higiene en las prácticas preventivas de enfermedades entre los griegos.¹⁶ y la influencia del medio externo en la conformación de la salud y la enfermedad así como la importancia de las características individuales.¹⁷ En esta época, comenzaba a nacer la visión naturalista acerca de la enfermedad, de modo que ésta era entendida sobre todo como una mancha corporal o física (en contraposición a la mancha moral con que la enfermedad era concebida anteriormente).

Hipócrates de Cos (460-380 a.C.), es señalado por Platón como un médico perteneciente a los seguidores de Asclepiades. Su nombre se asocia con uno de los descubrimientos más importantes en toda la historia de la medicina: la enfermedad es un fenómeno natural. Para explicar los estados de salud y enfermedad, Hipócrates propuso una teoría naturalista del cuerpo humano y de la enfermedad, no como un conjunto de partes, sino como un todo unitario. La naturaleza se concebía constituida por cuatro elementos: el frío, el calor, la sequedad y la humedad. Postuló la existencia de cuatro fluidos fundamentales: sangre, flema, bilis negra y amarilla. Esta teoría

naturalista, constituye el primer paso hacia una comprensión más racional de las causas y distribución de la problemática de salud-enfermedad. Para esta teoría o ley natural, la enfermedad era entendida como el desequilibrio de la naturaleza del cuerpo humano y la salud como el equilibrio de estos fluidos y cualidades ¹⁷. La total elaboración de esta primera medicina científica, que llamamos *medicina hipocrática*, duró alrededor de trescientos años a partir del siglo VI a.C.

Esta manera de comprender la salud y la enfermedad permitió el nacimiento de la medicina como un *saber técnico*, como *téckne iatriké*, como *ars medica* de los hipocráticos. Acontecimiento más importante de la historia universal de la medicina, donde la salud era concebida como el principal bien que posee el hombre, significando belleza, justicia, fortaleza, orden, equilibrio, y según Gadamer el *holon* de la naturaleza, es decir, “lo sano, lo entero, lo que por su propia vitalidad autónoma y autorregenerante se ha incorporado al todo de la naturaleza” ¹⁸(Gadamer, 1996:105).

Se considera a Hipócrates de Cos el "padre de la medicina" y se le atribuye la autoría del llamado *Juramento Hipocrático*, de un popular libro sobre *Aforismas*, de cierto número de los textos que forman el *Corpus Hipocraticum*, así como el hecho de insistir en la observación como base de la práctica clínica, o sea el *método hipocrático*. Hipócrates les enseñaba a los alumnos que tomaba el arte de la medicina. ¹⁹

En la especificidad del arte dentario, Hipócrates es considerado como un gran médico que domina este arte. Describe el método de avulsión de dientes dolorosos y móviles con la ayuda de pinzas especiales y posterior cauterización. Tenía la creencia que los problemas bucodentales eran ocasionados por la predisposición natural o una debilidad inherente. En este sentido, Hipócrates y Aristóteles, escribieron sobre ungüentos y procedimientos de esterilización. También hicieron mención sobre la extracción dentaria y el uso de alambre para estabilizar fracturas maxilares y ligar dientes perdidos. ²⁰

Acerca del dolor dentario Hipócrates señalaba que “si los dientes están gastados o se mueven, hay que arrancarlos; pero si no se mueven ni están gastados y duelen hay, hay que aplicarles fuego” ¹⁹(Guzmán, 2006:15). Igualmente, formuló el término ‘muela

del juicio', así como los diversos trastornos causados por ella, tales como los abscesos alveolares y necrosis maxilares, aunque la terapéutica era muy rudimentaria. Asimismo, hizo referencias a la mal posición dentaria, la existencia de los vasos dentarios, consideró al frío como enemigo de los dientes, atribuyó a los restos alimenticios acumulados como causa de la caries dental. Del mismo modo, describió el periodo de erupción dentaria en los niños, al igual que hizo señalamientos de las periostitis agudas de los maxilares y sus consecuencias, las que ponían en peligro la vida de las personas. Reconoció la fractura de la mandíbula y recomendó aparatos para su reducción. Trataba las fracturas con ligaduras de dientes entre sí, por medio de seda y alambres de oro y cuando la fractura era de la mandíbula, la sostenía con tablas. (op.cit.).

La práctica de la higiene bucal tardó en implantarse en Grecia y un discípulo de Aristóteles, Teofrasto de Ereso (372-287 a.C.) consideraba el tener los dientes blancos una virtud. No obstante, hasta que Grecia no pasó a ser provincia romana, el cuidado de los dientes no llegó a poseer importancia para ellos. Bajo la influencia de Roma, los griegos comenzaron a utilizar sustancias para la limpieza dentaria, entre ellas el talco de pómez, entre otros. Para los griegos, los dientes fuertes eran considerados como signo de buena salud, así como los dientes largos y afilados eran símbolo de ferocidad y poder para así alejar las malas influencias.¹³ En relación a la limpieza bucal, Hipócrates recomendaba realizar fricativos en los dientes con carbón animal para una limpieza mecánica; igualmente, a las mujeres les estimulaba el uso de grasa de lana con miel y una mezcla de anís con mirra en vino blanco para mantener el aliento fresco y los dientes resplandecientes Hoy en día se sabe del poder astringente de la mirra, del vino como antiséptico y del anís como desodorante. En esa época existieron también las obturaciones de metal. Las prótesis dentarias se efectuaban empleando dientes tallados de sicómoro o higuera y posteriormente de plomo, detenidos con hilos de alambre.¹⁹

Subsiguientemente, Aristóteles (384 a.C-322 a.C), el gran filósofo de la antigüedad examinó la anatomía dentaria y estableció: "los incisivos cortan, los molares trituran y los caninos participan de las dos funciones". (op.cit.:16). Para Aristóteles la posible

causa de la caries dental, era la consistencia blanda y pegajosa de los alimentos, que hacía que éstos se alojaran con facilidad dentro de las fisuras y defectos anatómicos de los dientes, convirtiéndose ello en focos de putrefacción. Del mismo modo, describió un instrumento que servía para la extracción y que estaba construido con dos palancas, aplicadas la una contra la otra y con un fulcro común, que se movían en sentido contrario entre sí, con lo que era fácil mover el diente. Se han encontrado evidencias de instrumentos como los fórceps dentales, realizados en hierro, conocidos con el nombre de *odontagra*. Según los escritos hipocráticos, la práctica dental era realizada por el médico general.

Por otra parte, en el Imperio Romano, Galeno presento una visión más realista de la salud ya que introducen la observación clínica de los fenómenos fisiológicos. Se aferró dogmáticamente a las ideas de los filósofos griegos en relación al origen de las enfermedades, actitud que paralizó por más de mil años el avance de la medicina. Posteriormente Paracelso y Fracastoro destacan el humanismo y la salud pública respectivamente dentro de la concepción de salud.

En relación a la extracción dentaria, esta era practicada por los romanos como castigo para quienes habían cometido alguna falta. La pérdida dentaria por otras razones podía subsanarse con la colocación de dientes artificiales, previa autorización y otorgamiento de un salvoconducto. Al igual que los etruscos, los romanos practicaban uniones con hilos de oro y usaban dientes artificiales¹⁹

También los avances técnicos- científicos desarrollados durante la revolución industrial permitieron profundizar en los aspectos biológicos de las enfermedades como la identificación de causas en el medio ambiente e introducir la visión biologicista que se fortaleció durante el siglo XIX, sin embargo, surgió la génesis de la dimensión social y política de los fenómenos de la enfermedad con propuestas teóricas más racionales que favorecieron la comprensión del proceso salud- enfermedad desde modelos multicausal que cuestionaron el modelo biologicista.²¹

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la década de los cuarenta con la influencia causal, aceptó dentro del concepto de la salud la ausencia de

enfermedad, pero en 1978 propone un enfoque más universal y complejo considerándola como bienestar, físico, mental y social ²². La incorporación del factor “social” como determinante de la salud, además de los factores, “físico” y “mental”, tradicionalmente considerados, supuso un cambio sustancial porque la salud dejó de depender en exclusiva del mundo de la sanidad para integrarse también en el mundo social. Esta concepción muestra a la salud como un estado de bienestar y normalidad en la propia esfera del ser y su relación con el mundo que lo rodea en donde su sistema es susceptible a factores externos e internos del ser humano en estos términos esta definición se considera utópica, porque no existe un estado completo de salud y subjetiva porque la idea de estar bien depende del propio individuo y su ajuste a la existencia, es decir depende de su percepción.

Además, esta concepción de la salud de la OMS propone lineamientos y normativas específicos de acción en el marco de las políticas de salud ²² que más que tener metas proporciona un marco para establecer objetivos de salud” ²³(Rodríguez y Goldman, 1996, p. 12). Inclusive se plantea que la salud es un fin y un medio; Como fin revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona y como medio se manifiesta como un componente del desarrollo social dependiente de la estructura económica, del nivel cultural y del grado de bienestar de la sociedad. ²⁴ (Plan Decenal de Salud de las Américas, 1970). Esta concepción permite la interrelación del ser humano con la comunidad, de manera cambiante, dinámica y no estática, donde cualquier condición dada puede alterar el equilibrio biológico o bienestar completo de la salud.

Mas aun el aspecto subjetivo de sentirse bien y el aspecto objetivo de capacidad funcional, en la que se consideran distintos grados de salud y se separa el término de enfermedad y el de malestar, ya que es posible que coexista el sentirse bien y la enfermedad, es decir que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más allá de lo físico y se opone a la visión dinámica y cambiante que tiene el flujo de la vida (y de la salud), aunque es coincidente con la visión mecanicista y reduccionista tan característica con la concepción hegemónica de la medicina tradicional. En consecuencia entiende a la salud no como

un estado sino como un proceso complejo y dialéctico, biológico y social, alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, culturales, vitales e históricas.²⁵

La salud bucal representa un componente del estado de salud general de los individuos o grupos sociales; como evento de vida, contempla elementos constitutivos que ocurren siempre en la sociedad y en cultura, dándole una características de historicidad. Este proceso se siente y se interpreta tanto por individuo sano y enfermo. Como afirma Chaves (1962)²⁶, es una abstracción útil, un estado de armonía o normalidad de la boca, que sólo adquiere significación plena cuando es acompañada en grado razonable de la salud general del individuo.

En este orden de ideas se sostiene, que la salud bucal es un constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo y tiene consecuencias fisiológicas; aún más complejas porque pueden llegar a menoscabar la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental²⁷(Barnes, 1994; Reyes, 1996).

Con base a estas consideraciones conceptuales, la salud bucal debe ser concebida como un estado constante de cambios dinámicos, con implicaciones que van más allá de un disturbo meramente biológico, ya que involucra aspectos sociales. Lo más significativo dado a su naturaleza cambiante, es el conflicto permanente que se genera entre sus dos expresiones, la salud y enfermedad. Resulta sumamente difícil en un momento dado, deslindar la salud de la enfermedad, considerando que ambos conceptos están interconectados e interrelacionados. El análisis epistemológico del proceso salud enfermedad, entra en una dimensión diferente que va más allá de la tendencia curativista y asistencialista que subyace en ella, por lo tanto conforma una trama compleja que envuelve aspectos sociales, ideológicos, económicos y biológicos. Existen numerosas evidencias de la influencia de la salud bucal en la calidad de vida de los individuos, se hace refleja alrededor de las importantes funciones del sistema estomatognático. Primero en torno a las funciones fisiológicas destinadas al desgarrar de los alimentos, masticación, conformación del bolo alimenticio e inicio de los procesos

de nutrición y deglución, así como humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa inmunológicas, el sentido del gusto. Las segundas funciones, están relacionadas con la interacción social como la comunicación por medio de palabras, gestos, reír o sonreír ²⁸ (García, 1998). La presencia o ausencia de estas grandes funciones alteran la esfera biológica y psicosocioefectiva del individuo.

Esta reflexión, obliga a los profesionales del área de la salud, de las ciencias humanas y sociales a recontextualizar a la salud bucal y sus implicaciones. En esta nueva contextualización, el profesional del área debe conocer y comprender el contexto socio-estructural donde están implícitas las relaciones, cultura y costumbres entre otras.

Constituye un llamado, a fin de enfrentar un nuevo abordaje de la salud bucal desde un paradigma complejo, superando las miradas reduccionistas y simplistas; aun cuando en lo esencial el espacio de la salud bucal este dominado por el mercado del mundo capitalista, generando un modelo que se caracteriza por ser mercantilista, burocrático y con concentración de poder.

Hoy en día, la salud bucal debe asumirse como un fenómeno social en construcción permanente, que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales, que comprometen todas las relaciones del ser humano y, por lo tanto, de su vida misma. De allí, que sea necesario que la odontología como disciplina y profesión de las ciencias de la salud, aborde su objeto de estudio, la salud bucal, desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta, además de los aspectos biológicos que influyen en el cuidado del individuo, los aspectos psicosociales que favorecen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto del individuo como de la comunidad a la que pertenece, y la investigación es uno de los vehículos idóneos para tal fin.

En términos de salud pública, se destaca que la salud bucal es una prioridad para los países desarrollados y en vías de desarrollo, pues tiene que ver con la calidad de vida. A pesar de que se reconoce a la salud bucal como un componente fundamental de la salud y de la calidad de vida, existe una distancia entre la forma de concebirla y la manera de abordarla.

La salud bucal como proceso social precisa de nuevas tendencias en su abordaje, lo cual, requiere de un trabajo interdisciplinario en el que se profundice el énfasis en la prevención de la salud bucal, dándole prioridad desde las instituciones a las acciones de promoción y a la educación masiva de la población, para mantener a las personas sanas. Se requiere además, consolidar un cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos que permitan abordar el componente bucal de la salud desde sus dos dimensiones: la social y la biológica, para sustituir las metas basadas en la enfermedad, por metas sustentadas en la salud, desarrollando una práctica odontológica con sentido de totalidad.

Repensar una salud bucal colectiva orientada a mejorar las condiciones de vida y los perfiles de enfermedad bucodental de las poblaciones y de las individualidades se ha convertido en una necesidad, haciendo énfasis en la promoción y la educación en salud. Se debe penetrar en la dinámica de la complejidad, para visualizar una salud bucal colectiva, que considere una multiplicidad de determinantes e interacciones, que marcan las diferencias y las particularidades. Existe la necesidad de refundar el pensamiento en salud como un proceso social, con la finalidad de aprehender la constitución de lo biológico, lo psíquico y el contexto socio-cultural, por medio de la articulación con otros procesos sociales, siendo el colectivo, donde resulta posible el nexo biopsíquico humano. (Castellanos en González, 2005). En otras palabras, se requiere de un saber y una práctica en salud bucal que tome en consideración las relaciones entre el concepto de salud bucal, los modos de producción y las formaciones socio-económicas; las investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica-odontológica, así como la definición epistemológica entre las ciencias sociales y biológicas en concordancia con este modelo emergente.²⁹ (González, 2005:65).

Existe la necesidad de replantearse la forma de abordar la salud bucal, así como, de encontrar posturas epistemológicas con las cuales poder acceder de manera fidedigna a la realidad de su problemática desde una perspectiva que conjugue el paradigma de las ciencias sociales con el de las ciencias naturales, tendiendo a la inter y a la

transdisciplinariedad, y así poder dar solución a la problemática de salud bucal a nivel individual y colectivo.

Se asume hoy en día, que tenemos ante nosotros el desafío de comprender la salud y la enfermedad bucal como proceso social. Este hecho implica concederle un nuevo papel a las ciencias sociales en salud bucal, integradas desde la perspectiva de la aproximación histórica al estudio de las diversas problemáticas sanitarias. Se trata de construir una epidemiología histórica-social y una nueva semiología que se encuentre en la búsqueda de superar el signo físico-químico y trascender al signo como realidad social, cultural y económica.³⁰ Razonar y lograr comprender que cada individuo pertenece a un proceso de historia local concreta, y de qué forma en ella se estipula una manera específica de vivir en el contexto general de una economía-mundo.

Bases legales relacionadas a la salud y la calidad de vida

Las propuestas en relación a la salud en Venezuela, apuntan a un sistema único de salud, con principios de solidaridad, equidad, accesibilidad y universalidad; los controles de racionamiento o racionalidad económica se deben dar después de concebir el servicio como un derecho humano fundamental en estrecha conexión con la vida.³¹

En la actualidad, en nuestro país, el Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social (MPPS), ha implementado políticas públicas dirigidas a impactar en la calidad de vida y salud de la población, invocando a la universalidad, igualdad y equidad, como principios rectores.³²

Un instrumento de planificación de políticas de salud y desarrollo social, fue el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007, cuyo objetivo principal estuvo enfocado en transformar las condiciones de vida de la población venezolana, con un nuevo orden social dando respuestas a las necesidades sociales, y en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida³³(PDESN, 2001).

La estrategia de promoción de la calidad de vida, es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de los individuos y colectividades, a fin de hacer efectivos los derechos y el logro de la equidad. (op.cit.)

Para el período 2007-2013, se formula en nuestro país el Proyecto Nacional Simón Bolívar en su Primer Plan Socialista -PPS- del Desarrollo Económico y Social de la Nación. Este proyecto, tiene como punto de partida la construcción de una estructura social incluyente, formando una nueva sociedad de incluidos, como un instrumento de planificación de políticas de salud y desarrollo social, en la búsqueda de la suprema felicidad social, la cual es su visión de largo plazo.³⁴

Este proyecto, está dirigido a crear un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno, orientado a producir transformaciones en las condiciones de vida de todos los venezolanos, con un nuevo orden social de justicia y bienestar para las comunidades, dando respuestas a las necesidades de todas las personas y colectivos. Esta nueva institucionalidad pública de gestión social está en función del interés colectivo, quedando implícita la salud bucal como derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas.

El componente bucal de la salud dentro de la gestión institucional de salud bucal del Estado venezolano, se ha caracterizado porque en los años 50 se daba inicio a la prevención, en los años 70 se hacía énfasis en programas preventivos en escolares y embarazadas, sin embargo, continuaba el predominio curativo. Durante los años 80, existe un auge curativista, asistencialista, con un crecimiento del número de hospitales. Hacia los años noventa ocurre una privatización del sector salud en general. Es a inicios del año 2000 cuando ocurren cambios en lo político, social, jurídico y económico, y la salud comienza a considerarse como un derecho³⁵.

A partir de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela³⁶(1999), el derecho a la salud pasa a convertirse en un derecho social fundamental. El Estado pasa a ejercer la rectoría y a gestionar un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo; dando prioridad a la promoción

de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando un tratamiento oportuno y una rehabilitación de calidad. En su artículo 83 establece

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo organizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (p.16).

También es preciso señalar que la atención de la salud de las persona con discapacidad ha de considerarse dentro de la perspectiva Ley para las Persona con Discapacidad capítulo I título II, artículo 10 que establece:

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad es responsabilidad del ministerio con competencia en materia de salud, que la prestará mediante el Sistema Público Nacional de Salud. El ministerio con competencia en materia de salud forma y acredita el personal técnico y especializado en clasificación, valoración y métodos para calificar la condición de discapacidad. Asimismo podrá emitir recomendaciones sobre organización y funcionamiento del sistema Nacional de Atención integral a las personas con discapacidad.³⁷

El Ministerio del Poder Popular para la Salud y Desarrollo Social ³⁸ (MSDS), tiene como objetivo prioritario el logro de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Sin embargo, la salud bucal en el contexto del *Modelo de Atención Integral* (MAI) en nuestro país, el cual constituía el sistema operativo de la estrategia de APS, la menciona únicamente en la oferta básica de servicios, expresando que “incluye la profilaxis de la caries dental (aplicación de sellantes y enjuagues de flúor en escolares),

y la obturación, limpieza y extracción de piezas”. (Rodríguez, 1999:19)³⁹. En los decretos del MAI, se observa como la promoción sigue estando totalmente ignorada, asumiendo como norte fundamental la curación y rehabilitación, más que la prevención y promoción.

El estudio de la situación actual del sistema de salud venezolano, permite evidenciar que se experimentan significativas transformaciones, pero el alcance o no de los objetivos no se cristalizarán en el corto plazo, ya que las estrategias implantadas requieren de muchos recursos, voluntad política y tiempo para ser asimiladas y consolidadas en beneficio de la salud de la colectividad. Se pone en evidencia que cualquier enfoque para mejorar la salud debe estar articulado dentro de un contexto económico, social y político más amplio, y debe posibilitar el trabajo con múltiples actores y sectores. Testa (citado en Feo, 2003) afirma que transformar las actuales condiciones de salud es en definitiva, un problema de poder, de igual forma, refiere que para poder diseñar políticas acertadas de salud, se deben conocer y comprender a profundidad los determinantes de la crisis, y contar con el poder político, técnico y administrativo para superar la crisis⁴⁰.

Tradicional e históricamente los pacientes han acudido a los responsables de realizar la práctica odontológica, cuando han estado en presencia del dolor. (Otero & Otero, citados en Couto, Esser & Antúnez, 2007).⁴¹ La mayoría de los enfermos asistían a la consulta odontológica, únicamente para ser aliviados de sus dolencias a través de un procedimiento quirúrgico denominado exodoncia, que consiste en la extracción de la unidad dentaria. Ante el problema del dolor, la importancia de la estética pasa a un segundo término, pero no ha sido del todo ignorada. Actualmente, muchos pacientes concurren para resolver problemas estéticos, y hacer que su dentadura sea más blanca, alineada y/o simétrica, con el fin de hacerla más atractiva, según los cánones imperantes. Estos cambios de conducta ante la consulta odontológica, obedecen en buena parte a que la sociedad demanda de sus integrantes cada vez más una mejor imagen corporal, y la boca se ha constituido en parte muy importante de esa imagen agradable y saludable de las personas.

La odontología como rama de las ciencias de la salud, con su elevado contenido científico y su trascendencia social, debe actuar en beneficio del hombre y la mujer, para mejorar su calidad de vida. Artículo 16⁴¹:

Los profesionales que ejerzan la odontología deberán estar debidamente capacitados y legalmente autorizados según esta Ley para prestar sus servicios a la comunidad, contribuir al progreso científico y social de la odontología, aportar su colaboración para la solución de los . Cuando su ejercicio se aparta de estos lineamientos, pierde todo su valor intrínseco y puede llegar a convertirse en un vulgar negocio de venta de servicios de salud. Ningún odontólogo/a desea llegar al extremo de ser conceptuado como un mercantilista de la tecnología, pues se ha formado para desarrollarse en un entorno respetuoso de la sociedad, del hombre y la mujer y de los principios morales y deontológicos.(Otero & Otero, citados en Couto, Esser & Antúñez, 2007).⁴²

Los alcances logrados por la profesión hasta hoy en día, no son suficientes y en eso siempre se debe estar de acuerdo. Las necesidades sociales no deben tener un carácter secundario al ejercicio del quehacer, sino que deben ser el reflejo de la esencia misma de nuestras propias exigencias. No se debe olvidar que la ciencia está al servicio del ser humano, y que los adelantos científicos y tecnológicos se persiguen y se logran para que hombre y mujer vivan mejor. En tanto que, lo que debe ser esencia de la profesión odontológica, es el bienestar humano y no sólo el progreso de la ciencia. Hasta los actuales momentos, la odontología como profesión no ha generado un diálogo intenso con su entorno comunitario; los profesionales y las profesionales han sido por mucho tiempo silenciosos testigos de las patologías bucales individuales y colectivas (op.cit.).

La práctica odontológica es disciplina y ciencia, destreza y precisión, arte y tecnología así como mano artesana que combina el cuidado y restitución de la salud, asumiendo el encanto de lo bello y lo perfecto según los cánones más exigentes de la cultura

occidental. Es importante señalar que la práctica odontológica dirigida al niño y al adolescente debe estar regida bajo dos marcos legales ; por una lado La Ley Orgánica de Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA, 1998) ⁴³ en su artículo 41

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. (p.25) Parágrafo Primero: El Estado debe garantizar a todos los niños y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad. (p.26)

Artículo 43 la LOPNA (ob.cit.), dictamina que todos los niños tienen el derecho de ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención y a la vez, recibir información veraz y oportuna sobre su condición de salud o enfermedad. Conforme a tal disposición, la realización de programas destinados a educar desde la institución preescolar a los niños y sus familias en materia de salud bucal, además de ser una necesidad, es un derecho social.

La percepción de salud y de salud bucal se construye a partir de un patrón socio-cultural, que debería cambiar de una época a otra y de un contexto a otro, aunque en la actualidad y gracias a la globalización aparecen los fenómenos de transculturización y aculturación que han dado el puntillazo definitivo a las culturas autóctonas y sus propios desarrollos.

Percepción de la salud bucal

Percibir es categorizar o agrupar los datos del entorno con base en cualidades; ⁴⁴ llevando a crear categorías simples para formar abstracciones (pregnancia). La mente agrupa los elementos cercanos en el espacio y el tiempo (proximidad), con base a similitudes o características ya conocidas de los objetos como forma, tamaño, color, brillo.

La psicología de la Gestalt es una corriente de la psicología moderna que surge en Alemania a principios del siglo XX, cuyos exponentes más reconocidos han sido los teóricos Max Wertheimer, Wolfgang Kohler, Kurt Koffka y Kurt Lewin. El término Gestalt proviene del alemán y se entiende como “forma o figura”. La mente establece por medio de leyes determinadas, configuraciones de los objetos externos, los cuales llegan a ella a través de canales sensoriales o de la memoria. Los objetos se perciben como un todo organizado y no cada parte del objeto como una parte independiente de este; ya que esta teoría considera que el todo es más que la suma de todas sus partes.

La teoría Gestalt considera la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes⁴⁴; Es un proceso inicial de la actividad mental, donde las actividades psicológicas como: el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, dependen de un adecuado funcionamiento de la organización perceptual que hace el individuo a través de sus sensaciones.

El individuo mediante la percepción determinan la entrada de información para crear estados internos como juicios, categorías, ideas, conceptos, abstracciones, atribuyéndoles cualidades que permitan un concepto del objeto estableciendo una descripción tanto en su composición como de su naturaleza.

La percepción en salud es un constructo asociado a variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y depresión.⁴⁵ Y en la salud bucal se usa para describir diferentes formas de mediciones por ejemplo: como indicador de calidad de vida y su satisfacción, como limitación para la conversación debido a problemas dentales, de sus prótesis y de su estética. Y de la satisfacción de su apariencia., representa la dimensión de la percepción de la salud oral, en la que se enfatiza la importancia que representa la salud de su propia imagen.

Las enfermedades bucales influyen en la calidad de vida afectando diversos aspectos del diario vivir como son: la función masticatoria y fono articular, la apariencia física, las relaciones interpersonales e incluso las oportunidades de trabajo. Dentro de las enfermedades bucales más frecuentes se encuentran la caries dental, la enfermedad periodontal y las maloclusiones.

El impacto negativo de la enfermedad periodontal en el niño es inflamación gingival, sangramiento y halitosis que le produce irritabilidad, sensibilidad que le imposibilita comer.

La caries dental es considerada la enfermedad más común de la Infancia. El impacto negativo de la caries dental sobre la vida de los niños incluye: mayor experiencia de sensación de dolor, dificultad para masticar, disminución del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir, alteración en el comportamiento (irritabilidad y baja autoestima), pérdida de días de escuela y/o disminución del rendimiento escolar.

El impacto de la maloclusión sobre la calidad de vida es psicosocial, la dificultad de sonreír debido a la posición de los dientes ha sido considerada como uno de los motivos de mayor impacto en la CVRSB de niños.⁴⁶

En los traumatismos graves, ocurre una alteración del color en los dientes antero superiores, teniendo un impacto negativo en la vida de los niños, principalmente en lo que se refiere al dominio de auto-imagen y autoestima.⁴⁶

CAPÍTULO II

CONSTRUYENDO EL CAMINO HACIA LA CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un constructo dinámico, polémico, que aún no ha tenido una definición clara y precisa. No es un término nuevo, por el contrario, se ha venido aplicando a diversos campos a lo largo de los años, hasta el punto que se ha convertido en uno de los de mayor uso en el lenguaje común. Concepto que abarca todos los

aspectos de la vida, tal como es experimentado por las personas, incluyendo aspectos como la salud física, el equilibrio físico, la autonomía mental y la responsabilidad social.

En términos generales, la calidad de vida se define según la OMS, como la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses, los cuales están relacionados entre sí, de forma compleja, con la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y las creencias religiosas.⁴⁷

Ardilla⁴⁸ la asume desde una mirada integradora como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de las personas; posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. En este sentido, la considera una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, que incluye como aspectos subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva, y como aspecto objetivo, involucra el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.

Desde el ámbito de la salud, la calidad de vida se concibe con un sentido global de bienestar, incluyendo aspectos de felicidad y satisfacción con la vida como un conjunto⁴⁹. Desde el aspecto social, es considerada como el bienestar físico, emocional y social de las personas, así como, la capacidad de las mismas para desenvolverse y desarrollar las tareas típicas de la vida cotidiana.⁵⁰ Se considera, desde el punto de vista psicológico, como una combinación de factores objetivos y subjetivos.

La calidad de vida y salud tienen una doble relación: la salud es una dimensión importante de la calidad de vida y, a la vez, un resultado de ella. Frecuentemente cuando es usada como estado de salud, estado funcional o evaluación de necesidades, es lo que se conoce como *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS)⁵¹. Se asume como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que éstos tiene sobre su estado de salud.⁵¹

La evaluación de la calidad de vida se emplea como un indicador de la evolución de cada paciente en particular, lo que requiere cada vez más la consideración del impacto del tratamiento sobre la salud funcional, psicológica, espiritual y social del paciente enfermo, es decir, de la evolución de su calidad de vida.

Dentro de las dimensiones de la calidad de vida se mencionan: el funcionamiento físico, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social, percepción general de la salud.

El funcionamiento físico, incluye los aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, así como, la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud.⁴⁹ Algunos autores, denominan el bienestar psicológico como dimensión mental, recogiendo la repercusión del funcionamiento cognitivo. La capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, e igualmente, la capacidad de pensar con claridad son conceptos típicos de esta dimensión. También involucra la vitalidad o energía, y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.⁴⁹

Entre las otras dimensiones de la calidad de vida, se encuentran, el estado emocional, que suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional, del bienestar psicológico, incluyendo también, la medición de las preocupaciones. Por su parte, el dolor, evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana. Aunque el dolor podría considerarse una parte de la dimensión “funcionamiento físico”, lo habitual es tratarlo por separado, por la gran variabilidad existente entre individuos en cuanto a la percepción del dolor y la tolerancia al mismo.

Es importante resaltar, que el funcionamiento social como dimensión de la calidad de vida, evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.

La percepción general de la salud que tiene la persona, incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la misma y de las creencias relativas a la salud. Esta

dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud

Para estudiar estas dimensiones, se diseñan instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, estos instrumentos suelen ser cuestionarios validados, que con frecuencia contienen varias escalas que se corresponden con las distintas dimensiones que conforman el constructo “Calidad de vida relacionada con la salud” (CVRS). Estos cuestionarios, permiten medir la calidad de vida en distintos grupos de personas, dadas las diferencias entre grupos y las circunstancias a las que se enfrentan cada grupo en particular, como por ejemplo en los niños, adultos con tratamiento oncológico, en enfermos crónicos, en pacientes con problemas cardiovasculares, entre otros.

Para Rajmil se dividen en instrumentos genéricos y específicos. Los instrumentos genéricos ofrecen una visión general del problema de salud y se aplican en poblaciones sanas, sirviendo como base para diversos estudios epidemiológicos, por el contrario, los instrumentos específicos se enfocan en el impacto de un determinado problema de salud (asma, cáncer, epilepsia, entre otras enfermedades crónicas), su sintomatología, así como, el funcionamiento asociado.⁵²

Entre los instrumentos Genéricos, se encuentran: The health related Quality of Life: HRQOL, Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ), The Childhood Health Assessment Questionnaire Disability (CHAQ-DI); The Childhood Health Questionnaire CHAQ.⁵³ Por su parte, entre los instrumentos específicos son considerados: The Quality of life in Childhood Epilepsy QOLCE; The pediatrics Asth, The Quality of life in childhood epilepsy QOLCE; The oral health related Quality of life Questionnaire: OHRQOL, aplicado a los niños y sus padres. Este último instrumento, se aplica a niños y adolescentes a fin de evaluar su condición de salud bucal y calidad de vida.⁵³

Calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB)

La salud bucal representa un componente del estado de salud general de los individuos o grupos sociales; como evento de vida, contempla elementos constitutivos que ocurren siempre en sociedad y en cultura, dándole una características de historicidad. Este proceso se siente y se interpreta tanto por individuo sano y enfermo. Como afirma Chaves (1962), es una abstracción útil, un estado de armonía o normalidad de la boca, que sólo adquiere significación plena cuando es acompañada en grado razonable de la salud general del individuo.³⁴

La salud bucal es un constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo y tiene consecuencias fisiológicas; aún más complejas porque pueden llegar a menoscabar la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental.²⁷

La salud bucal de las personas discapacitadas se caracteriza por presentar un bajo nivel de higiene oral que ocasiona la retención prolongada de partículas de comida en la boca que ocasiona inflamación gingival, caries y enfermedad periodontal.⁸

Con base a estas consideraciones conceptuales, la salud bucal debe ser concebida como un estado constante de cambios dinámicos, con implicaciones que van más allá de un disturbo meramente biológico, ya que involucra aspectos sociales. Lo más significativo dado a su naturaleza cambiante, es el conflicto permanente que se genera entre sus dos expresiones, la salud y enfermedad. Resulta sumamente difícil en un momento dado, deslindar la salud de la enfermedad, considerando que ambos conceptos están interconectados e interrelacionados. El análisis epistemológico del proceso salud enfermedad, entra en una dimensión diferente que va más allá de la tendencia curativista y asistencialista que subyace en ella, por lo tanto conforma una trama compleja que envuelve aspectos sociales, ideológicos, económicos y biológicos.

Existen numerosas evidencias de la influencia de la salud bucal en la calidad de vida de los individuos, se hace refleja alrededor de las importantes funciones del sistema estomatognático. Primero en torno a las funciones fisiológicas destinadas al desgarrar de los alimentos, masticación, conformación del bolo alimenticio e inicio de los procesos

de nutrición y deglución, así como humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa inmunológicas, el sentido del gusto. Las segundas funciones, están relacionadas con la interacción social como la comunicación por medio de palabras, gestos, reír o sonreír.²⁸ La presencia o ausencia de estas grandes funciones alteran la esfera biológica y psicosocioefectiva del individuo.

La calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) se refiere al impacto que la salud o enfermedad bucal tiene en las actividades diarias de los individuos, en su bienestar o calidad de vida.⁵⁴ La OMS la define como la percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acordes al sistema de valores dentro del contexto sociocultural.

La calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB) engloba cuatro categorías: factores funcionales, factores psicológicos, factores sociales y la existencia de molestias o dolor.

Impacto de la salud bucal en la calidad de vida

Los instrumentos utilizados para medir CVRSB, generalmente son contruidos bajo la forma de cuestionarios compuestos por preguntas las cuales intentan medir por medio de respuestas organizadas, bajo la forma de escalas numéricas, los aspectos de la vida de las personas en los dominios de síntomas bucales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y social, actividades diarias, condiciones psicológicas, entre otros, que pueden verse afectados por las condiciones de salud⁵⁵

Instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud bucal

En las últimas tres décadas se han desarrollado numerosos instrumentos para medir la calidad de vida relacionada con la salud bucal (CVRSB),son contruidos bajo la forma de cuestionarios compuestos por preguntas las cuales intentan medir por medio de respuestas organizadas, bajo la forma de escalas numéricas, los aspectos de la vida

de las personas en los dominios de síntomas bucales, limitaciones funcionales, bienestar emocional y social, actividades diarias, condiciones psicológicas, entre otros, que pueden verse afectados por las condiciones de salud. (Tabla 1) ⁵⁶

Tabla 1. Cuestionarios Calidad de vida relacionada con la salud bucal del niño (COHQOL)

Cuestionario	Lenguaje Original	Abreviación	Año
(Cuestionario de Percepción Infantil) Child Perceptions Questionnaire	Ingles	CPQ 11-14.	2005
CPQ 11-14 (Versión corta)	Ingles		2006
Cuestionario de Percepción Infantil) Child Perceptions Questionnaire	Ingles	CPQ 8-10	2004
Escala de Impacto familiar (Family impact Scale)	Ingles	FIS	2007
Cuestionario de Percepción de los padres (Parenteral-Caregiver Perceptions questionnaire)	Ingles	P-CPQ	2003

Cuestionario de Percepción Infantil

El CPQ fue elaborado en Toronto, Canadá por Jokovic en el 2002, éste instrumento fue uno de los primeros usados para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral; El CPQ presenta dos versiones una es CPQ 11- 14, para niños de 11 a 14 años de edad y CPQ 8-14 para niños de 8 a 10 años de edad. Está compuesto por 37 ítems organizados en cuatro dimensiones: Síntomas orales (SO), Limitación funcional (LF), Bienestar emocional (BE) y Bienestar social (BS). El cuestionario registra problemas que ocurren durante un período de 3 semanas antes, las respuestas se registran en

una escala de Likert de 0 a 4, donde 0 = nunca; 1 = una vez o dos veces; 2 = algunas veces; 3 = con frecuencia; y 4 = todos los días o casi todos los días.⁵⁷

Cuestionario de percepción de los padres o cuidadores

El P-CPQ es un instrumento que sirve para medir la percepción de los padres o cuidadores de salud bucal de los niños relacionados con la calidad de vida, el cuestionario consta de 37 ítems divididos en 4 escalas o dominios: síntomas oral (6 ítems); limitación funcional (9 ítems); Bienestar emocional (9 ítems) y bienestar social (13 ítems), los reportes en la literatura sobre sus propiedades psicométricas son favorables en términos de confiabilidad y validez recurrente. El cuestionario registra problemas que ocurren durante un período de 3 semanas antes, las respuestas se registran en una escala de Likert de 0 a 4, donde 0 = nunca; 1 = una vez o dos veces; 2 = algunas veces; 3 = con frecuencia; y 4 = todos los días o casi todos los días.⁵⁷

Cuestionario de Impacto familiar

El FIS escala de impacto familiar es un instrumento desarrollado por Stein y Riessman para medir el impacto de las afecciones bucales de los niños sobre la vida familiar, consiste en 14 ítems divididos en tres subescalas: Actividad familiar/parenteral (PA), emociones parentales (EP), conflicto familiar (FC), aspectos financieros (FB). El cuestionario registra problemas que ocurren durante un período de 3 semanas antes, las respuestas se registran en una escala de Likert de 0 a 4, donde 0 = nunca; 1 = una vez o dos veces; 2 = algunas veces; 3 = con frecuencia; y 4 = todos los días o casi todos los días

La percepción de salud bucal es considerada como un elemento de bienestar y calidad de vida, teniendo en cuenta que la calidad es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida., es por tanto que es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influenciado por el entorno en el que vive, la sociedad, cultura y escala de valores.

CAPÍTULO III

DE LA DISCAPACIDAD A LA DIVERSIDAD FUNCIONAL

Contexto histórico

El término de diversidad funcional (discapacidad) hace referencia a las diversas consecuencias agudas o crónicas en el funcionamiento de los sistemas específicos del cuerpo, en las capacidades humanas básicas, y en la actividades de las personas en los roles necesarios, habituales, esperados y personalmente deseados en la sociedad. González en el año 2005 señala que la discapacidad es un término que refleja las diversas consecuencias que una enfermedad lesión puede tener en el funcionamiento humano.⁵⁸

La diversidad funcional abarca una enorme variedad de deficiencias funcionales y corporales, de etiologías, duración, y gravedad características que se combinan entre sí, y hacen imposible definir un “tipo específico” de persona con discapacidad. Uno de los niveles en que se puede analizar la discapacidad es el aspecto individual, orgánico, corporal o funcional⁵⁹ y en la actualidad, se conoce que el impacto económico es potencialmente devastador en los individuos discapacitados.

Históricamente han variado las concepciones de la diversidad funcional, la cual se ha percibido de forma contradictoria y ambigua, a expensas de las actitudes y situaciones de rechazo y marginación que mostraba la sociedad en cada época.

En la Prehistoria las personas con discapacidad eran consideradas como un elemento negativo; no sólo por ser un “*nó productor*”, sino que además exigía, al resto de la comunidad una constante dedicación, desgaste de energía para alimentarle y gran pérdida de tiempo. El destino de las personas con discapacidad era la muerte donde se aplicaba el infanticidio en los niños. En Egipto defendían la vida de los hijos y condenaban a los padres que practicaran el infanticidio; en contraste en Mesopotamia y Persia, se consagraba la tradición demonológica; radicando en ésta la concepción de enfermedad como posesión de espíritus malignos; ideas que fueron interpretadas

como castigo-divino; sin embargo posturas más duras como en la India donde los niños con deformaciones eran arrojados al Río Ganges.

En Grecia, los discapacitados recibieron un trato desigual. Por un lado el Infanticidio practicado en Esparta, donde se eliminaba en el Monte Taigeto, todo aquel que presentara alguna deformidad; y por otro lado una actitud activa considerando las discapacidades físicas como fenómenos naturales, donde se inició la atención de éstos en casas y hospitales.

En Roma se cumplía de la misma manera el infanticidio con la aprobación de la ley de las doce tablas (541-540 a.c.); el padre podría privar de vida a su hijo inmediatamente después del nacimiento; sin embargo fue poco practicado excepto en la época de decadencia del Imperio Romano, donde éstos niños eran arrojados al Tíbet en cestas de flores en lugar de ser asesinados. Lo que sí era práctica común era vender a los niños como esclavos y para la mendicidad.

Con el advenimiento del cristianismo, con sus mensajes de amor, misericordia y entrega se prohíbe el infanticidio y la venta de niños como esclavos. Se aumentó la sensibilidad hacia los paralíticos, sordos epiléptico, mejorando su aceptación y trato.

En la edad Media es una etapa en que el trato hacia el incapacitado es ambivalente. Por un lado aparecen hospitales y asilos de carácter religioso y por otro aparece la Inquisición que se encargaba de eliminar a los seres humanos diferentes.

En esta etapa los discapacitados eran considerados anormales, eran olvidados, rechazados e incluso temidos. Así es como se construye un concepto de la anormalidad y del defecto, que conduce al rechazo social, al temor y hasta a la persecución de estas personas, por parte de los poderes civiles y religiosos; se les confundía con locos, herejes, embrujados, delincuentes, vagos o seres prostituidos.

En la Edad Moderna (El Renacimiento siglo XV) La sociedad dio los primeros pasos para el reconocimiento de las personas discapacitadas. Éstos eran reclusos en hospicios y casas de misericordia para evitar que se dedicaran a la bufonería y la mendicidad, mientras que en la edad Contemporánea, se abandona la idea de que los

“*idiotas*” e “*imbéciles*” (denominados antiguamente) no son susceptibles de ser educados y comienza a surgir una nueva moralidad ante las personas con diversidad funcional.

En la Edad Contemporánea siglo XIX, se da el reconocimiento de los discapacitados tanto físicos como psíquicos en la educación especial para la mejora de su calidad de vida: La sociedad reconoce explícitamente su responsabilidad hacia el problema de los impedidos físicos o psíquicos. Se comienza a distinguir entre enfermedad y deficiencia y se describen y clasifican los primeros tipos. La actitud de la sociedad va cambiando deja de verse el problema desde un punto de vista de cuidados y limosnas para considerar que el discapacitado es un individuo cualquiera capaz de llevar una vida normal si se les proporciona los medios adecuados.

A partir de esta visión histórica, encontramos que existieron diversas posturas frente a las personas con discapacidad donde se les consagraban y en otras se les asignaba una condición demonológica.

Hoy en día ha ido cambiando paulatinamente la percepción de esta condición, desarrollándose diversos contextos de manera gradual para abordarla desde, el decenio de 1960 hasta la actualidad; se define como un problema individual asociado a un estado deficitario de la salud, visión que sostenía prácticas y discursos de cura, rehabilitación, educación y asistencia con acciones realizadas por especialistas.

La Declaración de los Derechos de los Impedidos del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 1975, señala a la diversidad funcional como impedimento de una persona que no puede “*subvenirse*” por sí misma en todo.⁵⁹ Para La Organización Mundial de la Salud (OMS), es toda restricción o ausencia debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano .Goffman 1961⁶⁰. Asimismo, en el año 2009, Sosa⁶¹ menciona que ella hace referencia a posibilidades limitadas de desarrollo humano; las cuales no están dadas exclusivamente en las deficiencias físicas, mentales o emocionales que la persona posee, sino por el contexto, la comunidad a la cual el sujeto con diversidad funcional pertenece, existiendo factores

socio-ambientales que determinan, que en algunos casos, se instale la diversidad funcional.

Con respecto a las diversas concepciones que se han venido gestando a través de varias décadas, no cabe duda que existen diferentes formas de entenderla, a pesar que se expresa una interacción de los factores negativos entre un individuo y sus aspectos contextuales. De tal manera, que han prevalecido diferentes términos relacionados con la diversidad funcional; déficit, deficiencia y limitación, y se han agregado factores sociales y ambientales, que hoy en día están sumergidos en la nueva concepción de la diversidad funcional.⁶²

Todo lo planteado conduce a afirmar que, comprender la evolución histórica de las concepciones de la diversidad funcional, permitirá delimitar el concepto de diversidad funcional desde una perspectiva que enlaza los desarrollos pasados, con realidades del presente y tendencias futuras, permitiendo una percepción más humana desde el punto de vista profesional, evitando supuestos teóricos y prácticas discriminatorias, que atenten contra estos individuos al momento de abordarlos.

La discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.^{63,64} Los tipos de diversidad funcional son visual, auditiva, de lenguaje, intelectual, física y psíquica.⁶⁵ Dentro de la diversidad funcional intelectual se encuentran el Síndrome de Down y el Retardo mental.

La diversidad funcional es un problema que afecta a todas las familias y a cada miembro le afecta de una manera diferente, dependiendo de la persona y de la etapa de su vida en la que se encuentra.

La familia es considerada como uno de los agentes de socialización más importantes en la vida del sujeto; Es como un sistema integrado donde cualquier cambio que se produzca afectará a todos y a cada uno de sus miembros. Uno de estos cambios se producen cuando nace un hijo/a con discapacidad, que requerirá de una mayor atención Este nuevo cambio supone una reestructuración familiar y una adecuada adaptación que atienda a las necesidades educativas especiales del nuevo miembro, lo

cual no es tarea fácil. Se trata de conseguir que el periodo adaptativo sea lo más corto posible con el fin de lograr que la familia se sitúe como la principal educadora de su hijo/a durante los primeros años de vida ⁶⁶.

Antecedentes

Las enfermedades bucales son frecuentes en niños y adolescentes y pueden interferir de modo significativo en la ejecución de tareas diarias del hogar, en la escuela y en momentos de ocio. Actualmente existen pocos estudios nacionales e internacionales que relacionen la calidad de vida relacionada con la salud bucal e historia de caries dental u otras enfermedades bucales en niños con discapacidad, de tal manera se reportan algunos por analogía.

Cárdenas y Colaboradores (2015) en Cartagena en una estudio sobre establecer la relación entre el impacto de lesiones cariosas y la calidad de vida en niños con edad preescolar, en 200 niños de 2 a 5 años de edad, se observó que el dominio funcional fue el más prevalente, manifestando los padres que sus hijos no presentaban problemas relacionados con la función dental, siendo estas afirmaciones incompatibles con la realidad clínica, el factor que impacto de manera negativa en la calidad de vida de vida de los niños fue la presencia de caries dental. ⁶⁷

Rahull y Colaboradores (2015) en Brasil realizaron una investigación sobre las manifestaciones orales en niños con problemas mentales, en una muestra de 150 niños de 6 a 15 años de edad y reportaron el estado de higiene oral significativamente pobre, en el Síndrome de Down 35,7% periodontitis y 92.95 %, mientras que el niños con parálisis cerebral 61.3% gingivitis y 55% periodontitis. ⁶⁸

Ruiz y colaboradores (2014) en San Felix, en un estudio de 24 escolares de 6 a 14 años de edad, sobre las alteraciones bucales en niños(a) y adolescentes diagnosticados con Síndrome de Down reportaron experiencia de caries dental en la dentición permanente CPOD 0,8 y dentición temporal ceo 1,4. ⁶⁹

Liu y Colaboradores (2014), en la China en una investigación de 477 niños con discapacidad intelectual de 12 a 17 años, cuyo objetivo fue explorar la influencia de la caries dental en la salud oral, se aplicó un cuestionario a los padres con sus características sociodemográficas, mostraron una prevalencia de caries de 53,5%, un CPOD de 1,5 para los niños de 12 años, el estado de salud oral de los niños con discapacidad intelectual fue pobre comparada con otra población.⁷⁰

Por otra parte Kadam y Colaboradores (2014) en la India en un estudio de 576 sujetos de 5 a 55 años de edad, una media de 17,5 a 7,4 años, determinaron la influencia de la discapacidad intelectual leve, moderada, severa y profunda en el estado de higiene oral, enfermedad periodontal y necesidad de tratamiento periodontal, observaron un total de estado de higiene oral, 5,73 % buena, 43,23% regular y 51,04% pobre, en la discapacidad leve se encontró 2,34 de higiene de salud oral a diferencia de la discapacidad profunda con un 4,47.⁷¹

Krishnan y Colaboradores (2014) en la India, en una investigación evaluaron 150 niños, 100 con retardo mental leve y 50 con síndrome de Down correlacionados con niños en condición normal, cuyo propósito fue evaluar el índice de higiene oral y enfermedad periodontal, observaron en ambos grupos una mayor prevalencia de enfermedad periodontal en los niños con retardo mental 61% higiene oral regular y en el síndrome de Down higiene oral buena.⁷²

Ortiz y Colaboradores (2014), en Brasil en un estudio sobre la prevalencia de factores asociados al cepillado dental y su impacto en la salud oral relacionado con la calidad de vida en una muestra de 534 niños preescolares de 0 a 5 años, concluyó que la presencia de caries dental afecta negativamente la calidad de vida del niño.⁷³

Solansky y Colaboradores (2014) en la India, en un estudio sobre la prevalencia de caries dental y enfermedad periodontal en 80 sujetos con retardo mental de 8 a 30 años, concluyeron 79,2% afectados por caries dental, 54,2% cálculo dental y 31,9% gingivitis, higiene oral pobre.⁷⁴

Gace y Colaboradores (2014) en Albania, sobre el estado de salud oral en niños con discapacidad, determinaron la prevalencia de caries y estado de higiene oral en 638 niños de 3 a 18 años de edad, con síndrome de down, parálisis cerebral, espectro autista y retardo mental, concluyeron 85% prevalencia de caries dental en dentición permanente y 72% en dentición primaria, CPOD de 4,9, IHOS de 1,91.⁷⁵

Soares y Colaboradores (2013), en Brasil sobre la evaluación del conocimiento de la salud bucal de los padres o cuidadores en adolescentes con deficiencia, en una muestra de 100 padres pertenecientes a niños de 08 meses y 24 años de edad, 38% de los padres manifestaron que la salud bucal de sus hijos es regular, 13 % óptima⁷⁶

Vellappally y Colaboradores (2013), En Arabia Saudita, en un estudio de 243 niños con discapacidad mental y física de 12 a 18 años de edad, sobre la prevalencia de maloclusión y asociación de la caries dental usando el índice de estética dental, no hubo correlación significativa entre el índice de estética dental y la caries dental, el 93% requieren tratamiento de ortodoncia, el índice de CPOD 4,36⁷⁷.

Andrade y Colaboradores (2011), en Venezuela, en un estudio de 60 padres responsables por niños de 3 a 6 años de edad, se evaluó el impacto de las enfermedades orales y su repercusión en la calidad de vida, se reportó que la salud oral de sus hijos buena, 30% de los padres generando un gran impacto en la calidad de vida.⁷⁸

Síndrome de Down –Discapacidad Intelectual

El síndrome de Down es la principal causa de diversidad funcional intelectual congénita; se caracteriza por retraso mental asociado a retardo del crecimiento y del desarrollo psicomotor, así como a algunas características físicas típicas.⁷⁹

El síndrome de Down fue descrito clínicamente por Langdon Down en 1866, no obstante, hasta 1959 no se pudo comprobar que los niños con síndrome de Down tenían 47 cromosomas, y que el cromosoma extra, era un pequeño cromosoma acrocéntrico, que se designó con el número 21.

Se define este síndrome como un trastorno genético causado por la presencia de una copia extra del cromosoma 21 (o una parte del mismo; ⁸⁰ caracterizado por la presencia de un grado variable de retraso mental y unos rasgos físicos peculiares que le dan un aspecto reconocible.⁸¹ Asimismo, se distingue por la presencia de un grado variable de retraso mental y de unos rasgos físicos peculiares, entre los cuales se incluyen las disfunciones orales y oclusivas.⁸² Dentro de los tipos de síndrome de Down se mencionan la Trisonomía libre, la Translocación y el Mosaicismo.

La *Trisonomía libre* se produce cuando las células del ser humano poseen cada una en su núcleo 23 pares de cromosomas. Cada progenitor aporta a su descendencia la mitad de la información genética, en forma de un cromosoma de cada par. 22 de esos pares se denominan autosomas y el último corresponde a los cromosomas sexuales (X o Y). Los pares de cromosomas se describen y nombran en función de su tamaño del par 1 al 22.⁸³

El síndrome de Down se origina por la aparición de un cromosoma más en el par 21 original (tres cromosomas: "trisomía" del par 21) en las células del organismo. La nomenclatura científica para ese exceso cromosómico es 47, XX,+21 o 47, XY,+21; según se trate de una mujer o de un varón, respectivamente.

La mayor parte de las personas con este síndrome (96%), deben el exceso cromosómico a un error durante la primera división meiótica llamándose a esta variante, "trisomía libre" o regular.⁸³

Después de la trisomía libre, la causa más frecuente de aparición del exceso de material genético es la *translocación*. En esta variante el cromosoma 21 extra (o un fragmento del mismo) se encuentra "pegado" a otro cromosoma (frecuentemente a uno de los dos cromosomas del par 14), por lo cual el recuento genético arroja una cifra de 46 cromosomas en cada célula.

La forma menos frecuente de trisomía 21 es la denominada "mosaico" o mosaicismo (en torno al 2% de los casos). Esta mutación se produce tras la concepción.⁸³

Se han relacionado al síndrome de Down, factores de riesgo tan variados como agentes genéticos, físicos, químicos, inmunológicos, infecciosos y sociales. Solamente tres se consideran en la actualidad como probables agentes etiológicos de la Trisomía 21 ellos son los siguientes: Las anomalías cromosómicas de los padres, capaces de inducir una no-disyunción meiótica secundaria, la exposición precigótica materna a radiaciones ionizantes y la edad materna avanzada.⁸⁴

En el síndrome de Down se pueden observar ciertas alteraciones orales, faciales y sistémicas

Alteraciones bucales en pacientes con síndrome de Down

Los pacientes con síndrome de down presentan algunas alteraciones bucales, tales como: maloclusiones dentarias, observándose en el sector anterior mordida abierta, y en el sector posterior mordida cruzada bilateral y unilateral.⁹

La cavidad bucal en estos pacientes es pequeña por la hipoplasia de los maxilares, que junto a la hipotonía muscular favorece la salida de la lengua observándose una macroglosia. La boca se encuentra abierta con eversión del labio inferior que se vuelve prominente, las comisuras labiales bajas, labio superior inactivo y el frenillo corto.⁹

La anomalía dentofacial más común que se observa en estos individuos es la lengua fisurada seguido por macroglosia.⁸⁵

Asimismo, el desarrollo y erupción de los dientes están retrasados, mientras que las agenesias o ausencias congénitas son comunes en estos pacientes.⁸⁶

Los dientes ausentes con mayor frecuencia son los incisivos centrales inferiores seguidos de los incisivos laterales superiores, segundos premolares y segundos molares.

De igual modo, entre 35 y 55% presentan microdoncia en las denticiones temporaria y permanente; la corona clínica es más corta y cónica; las raíces dentarias son cortas. Se encuentran alteraciones dentales como fusiones, hipoplasias, taurodontismo.

El bruxismo es un hábito nocivo muy frecuente en estos niños, aparecerán facetas de desgaste producto de un bruxismo diurno, abrasión dentaria.

En varios estudios se han demostrado que en los pacientes con síndrome de Down presentan una prevalencia de caries dental igual a la que se puede observar en la población general e incluso de menor incidencia⁹

Estos niños son vulnerables a las enfermedades periodontales, gingivitis, recesiones gingivales, pérdidas óseas, periodontitis crónica incluyendo lesión en furca debido a sus condiciones físicas, estructurales y funcionales.⁸⁷

Las alteraciones bucales se encuentran entre las diez primeras causas que limitan la actividad de estas personas con síndrome de Down y retardo mental, siendo las más frecuentes la caries dental, la pérdida dentaria y la enfermedad periodontal. Dávila señala que 65.3 % presenta caries dental y 70.8% signos gingivales, y que la caries dental al igual que los signos gingivales y enfermedad periodontal son enfermedades con una alta prevalencia en estas personas.⁸⁸

Por otra parte Maweri, S y AL Sufyani señalan que la caries dental es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y puede tener un impacto directo y devastador en la salud general de estos niños, sobre todo para las personas con ciertos problemas de salud sistémicos.⁸⁹

Alteraciones faciales en pacientes con síndrome de Down

- Microcefalia leve
- Cara aplanada (braquicefalia (90.6%)
- Nariz pequeña (74,7%)
- Orejas pequeñas de implantación baja y rotadas
- Ojos con el ángulo externo inclinado hacia arriba (83,2%)
- Puente Nasal Plano (84,2%)
- Pliegue palmar único (61.1%)

- Clinodactilia de los quintos (77,9%)
- Cuello corto y ancho (72.6%)
- Hipotónico
- Hiperlaxitud Ligamentosa
- Estrabismo
- Miopía
- Iris moteado ⁸⁹

Alteraciones sistémicas en pacientes con síndrome de Down

Las alteraciones sistémicas en los pacientes con síndrome de Down son las cardiopatías congénitas, gastrointestinales (mayor frecuencia de ano imperforado, atresia duodenal o duplicación gástrica), alteraciones endocrinológicas (principalmente hipotiroidismo, infertilidad y diabetes), alteraciones hematológicas (mayor incidencia de cáncer hematológico), alteraciones orofaciales, oculares (mayor incidencia de estrabismo y cataratas) y retraso psicomotor entre las más importantes. ⁹⁰

Las malformaciones más frecuentes en el síndrome de Down son las cardiopatías congénitas (entre 40- 50%), patología ocular (40%), hipoacusia (40-70%), malformaciones digestivas (20%) y patología tiroidea (15%), entre otras, además de mayor frecuencia de enfermedades infecciosas, especialmente respiratorias, lo que se traduce en mayor morbi-mortalidad, y hospitalizaciones que la población general ⁹¹

Retardo mental, retraso mental o compromiso cognitivo, trastorno del desarrollo Intelectual DSM-5,

Compromiso cognitivo, también conocida como retardo mental (RM) es una incapacidad que se caracteriza por limitaciones en el desempeño intelectual y en conductas de adaptación, tales como las que se manifiestan en habilidades de conceptualización, sociales y de adaptación práctica ³. Es una limitación significativa del funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo, que se inicia antes de los 18 años. ⁹²

Desde el punto de vista médico, se entiende como una manifestación variable y heterogénea del sistema nervioso central. Se determina a través de la valoración del coeficiente intelectual (CI) y de la destreza de adaptación bajo consideraciones fisiológicas, etiológicas, emocionales, de salud y ambientales⁹³

La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), la de la Asociación Psiquiátrica Americana en su manual DSM-IV, y la de la Asociación Americana de Retraso Mental (en inglés: AAMR). Se basa en tres criterios comunes:

A.-Nivel intelectual significativamente inferior a la media (inferior a 69-75 según los criterios).

B. Capacidad de adquirir habilidades básicas para el funcionamiento y la supervivencia: Comunicación, Autocuidado, Vida en el Hogar, Habilidades Sociales, Uso de la Comunidad, Autodirección, Salud y Seguridad, Habilidades Académicas Funcionales, Ocio, y Trabajo.

C. Inicio anterior a los 18 años

Los criterios diagnósticos son los siguientes:

- Inicio antes de los 18 años.
- CI de 70 o menos. ⁹³

Afectación de dos o más áreas: Comunicación, habilidades sociales, autocontrol, salud, seguridad

El RM se clasifica de acuerdo al coeficiente intelectual que presenta el afectado en: Leve, moderado, grave y profundo, aunque existen numerosas tipologías, la más empleada es la de la AAMR (American Association on Mental Retardation) es la siguiente: ^{94,95}

- Leve (C.I. 50-55 a 70)

- Moderado (C.I. 35-40 a 50-55)
- Grave (C.I 20-25 a 35-40)
- Profundo (C.I. inferior a 20-25)

La capacidad intelectual general se define por el cociente de inteligencia (CI) obtenido a través de una evaluación, realizada con la utilización de una o más pruebas de inteligencia estandarizada, las cuales deben administrarse individualmente. El test de inteligencia más usado es la prueba de Wechsler revisada para niños (WISC-R, del inglés Wechsler Intelligence Scales for Children-Revised) ⁹³

Una capacidad intelectual significativamente inferior al promedio se define como un cociente intelectual total (CIT) por debajo de 70.

La etiología del retardo mental es heterogénea, incluyendo factores genéticos, ambientales y multifactoriales. Los factores genéticos son la principal causa identificable de retraso mental en, aproximadamente, la mitad de los casos de retraso mental grave y en un 15% de los leves a moderados, aunque predominan las causas cromosómicas en un promedio del 16,1% y otros defectos en genes específicos, Los factores ambientales biológicos como teratógenos, infecciones o tóxicos pueden ser incriminados como la causa del retraso mental. ⁹²

Otros factores ambientales no biológicos, como la situación de alta vulnerabilidad social, un bajo nivel educativo, la malnutrición, una depresión materna, el consumo de drogas en el embarazo o la falta de estimulación adecuada en la primera infancia son factores que contribuyen y se asocian a la predisposición genética y explican el mayor porcentaje de retardo mental. ⁹²

Alteraciones orofaciales en pacientes con retardo mental

Las alteraciones orofaciales en el retardo mental son frecuentes en pacientes con RM, registrándose entre ellas las siguientes 94,3% Puente nasal plano; 92,9%

hipertelorismo, 78,6% paladar ojival y 78,6% lengua fisurada⁶⁸.; no obstante, la caries y la enfermedad periodontal son las patologías predominantes⁸⁸

CAPITULO IV MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se desarrolló desde una perspectiva de integración de los paradigmas cualitativo y cuantitativo, en un intento por aproximarnos a analizar el componente bucal y su relación con la calidad de vida en niños con síndrome de Down y retardo mental y su relación con la calidad de vida, que asisten al Centro Asistencial Odontológico de la Asociación Carabobeña de Padres y Amigos de Niños Excepcionales (Acapane), situado en el sector Bárbula, municipio Naguanagua, en el lapso 2013-2014. Esta opción de integrar ambas miradas puede producir sinergias de gran relevancia desde una perspectiva holística y de complementariedad.

Se asume la lógica del descubrimiento (lo idiográfico) y la lógica de la prueba (lo nomotético), con el convencimiento de que ambas, puedan contribuir a acercarnos a los procesos determinantes de la realidad social.

Al ubicar la mirada cualitativa esta se enmarca dentro de una perspectiva hermenéutica-dialéctica. Mirada derivada, del medio natural comprensivo y explicativo, que se focaliza el análisis en las producciones simbólicas de los significados del lenguaje. Un intento por comprender tanto al individuo como a los sistemas sociales mediatizados ambos tanto por representaciones socio-estructurales, como por representaciones socio-simbólicas.

Gadamer (1993:378), promotor del lenguaje como experiencia hermenéutica, agrega que ésta tiene tres momentos: la *subtilitas intelligendi* o comprensión, la *subtilitas explicandi* o interpretación y la *subtilitas applicandi* o aplicación, incorporada durante el

pietismo -filosofía centrada en el sentido común que no busca la demostración-. Para Gadamer, la comprensión hermenéutica se concibe y se da a través del lenguaje, es decir, del sentido generado en la comunicación entre los seres humanos.⁹⁶

La hermenéutica, considera al lenguaje instrumento e intermediario de la comunicación y expresión del pensamiento, haciendo posible la comprensión e interpretación del sentido, al promover la visibilización de todo el complejo entretejido que encierra la vida cotidiana. La hermenéutica como teoría de la interpretación, nos conduce hacia una teoría del sentido entrando en contacto con la teoría lingüística de la comunicación y con la teoría semiológica de la significación.⁹⁶

Interpretar con sentido y criticidad obliga a buscar en la teoría crítica, el punto de apoyo que necesitábamos para darle sentido a lo social construido. La teoría crítica se concibe como una construcción teórica de pensadores de diferentes disciplinas asociados a la Escuela de Frankfurt. Mencionamos a: Theodor Ludwig Wiesengrund Adorno (1903-1969), Walter Benjamin (1892-1940), Max Horkheimer W. (1895-1973), Herbert Marcuse (1898-1979), Jürgen Habermas (1929-), Oskar Negt (1934-), Hermann Schweppenhäuser (1928-), quienes buscaron romper con la teoría que parte de una realidad plana y estática y que utiliza el modelo matemático como modelo del conocimiento científico. La teoría crítica representa otro tipo de filosofía científica. Como apunta Horkheimer en su obra *Crítica de la razón instrumental*, la teoría crítica surge de la no aceptación de un estado histórico en el que como afirma Adorno, los que “es” no “debería ser”.⁹⁷ Teoría crítica, que surge como una respuesta crítica a la razón instrumental en el campo de la comunicación en los años 20.

A la teoría crítica le interesa observar al ser humano en la sociedad en la que vive, en su contexto socio-histórico, lo observa en un contexto de intereses sociales y de una racionalidad normativa. (Horkheimer, citado en Jokisch, 2001). La teoría crítica para Horkheimer, conducía a la transformación social, conocer la realidad equivalía a transformarla, sin matices, sin límites. Bajo esta óptica, se debe introducir la razón en el mundo, a fin de dar luz a una sociedad nueva en la que desaparecieran la violencia, la opresión, la injusticia, entre otros males opresores.⁹⁸

Lo histórico y lo dialéctico caracterizan a la teoría crítica, cuyo fundamento es la razón, entendida ésta, como un proceso de análisis causal desde la comprensión de las contradicciones, en una dialéctica histórica que busca, preferentemente, las causas de la dominación.⁹⁷

Abordar el análisis del discurso desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica, no puede hacerse sino a través del sentido producido. Este acceso a la red semiótica, implica un trabajo de análisis y síntesis, del texto al contexto y viceversa. Proceso que opera desde y a través de los fragmentos del texto, ya que al analizar los productos se apunta a los procesos.²⁹

Interpretar un fenómeno social, como lo es la calidad de vida y su relación con la salud bucal en niños con discapacidad, nos obligó aproximarnos a la producción de sentido. Producción de sentido que a través de la hermenéutica y la teoría crítica, resultó determinante para la comprensión, posibilitando interpretar y captar las particularidades significativas, a fin de dar cuenta de la realidad social abordada en esta investigación. Acercarse a los fenómenos sociales obliga a mirarlos desde su interior. Para González (op.cit.), toda investigación que considere explorar el mundo de vida, debe profundizar en las mediaciones sociales.

Ambos paradigmas contribuyen a tomar distancia de posturas reduccionistas y unilaterales, siendo indudable que lo nomotético y lo idiográfico, se complementan en el proceso de construcción y deconstrucción del hecho social. Cada paradigma tiene su nivel de alcance y explicación.

Precisiones metodológicas en lo cuantitativo

A fin de acercarnos a la percepción de la salud bucal por parte de los padres y niños con discapacidad intelectual, así como al diagnóstico de enfermedades bucodentales en los niños con síndrome de down y compromiso cognitivo, desde la lógica de la verificación y rastrear las representaciones que construye la población objetivo de estudio.

Población

La población estuvo constituida por todos los niños con diversidad funcional intelectual o discapacidad intelectual, que asistieron al Centro Asistencial Odontológico de la Asociación Carabobeña de Padres y Amigos de niños Excepcionales (Acapane), situado en el sector Bárbula, municipio Naguanagua, de la ciudad de Valencia, estado Carabobo en el lapso 2013-2014

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 61 niños, 21 con síndrome de Down y 38 niños con retardo mental de leve a moderado de ambos sexos, en edades comprendidas entre 8-14 años. La selección fue de forma aleatoria, previo consentimiento informado, considerando los criterios de inclusión y exclusión. A continuación se mencionan los mismos:

Criterios de inclusión: Niños de 8-14 años que asistieron con síndrome de Down y/o retardo mental de leve a moderado.

Criterios de exclusión: Niños menores y adolescentes mayores de 14 años.

Recolección de los datos

En la presente investigación se empleó la historia clínica odontológica, tres cuestionarios autoadministrado.

Técnica e instrumentos para la recolección de los datos

La evaluación del examen clínico fue realizado por el investigador donde se determinaron las condiciones del componente bucal: Materia alba y calculo dental Índice de Higiene Bucal simplificado (IHOS) .caries dental (CPOD y ceod) y percepción de los padres (P-CPQ) Y niños (CPQ)

Procedimiento para identificar el Índice de higiene bucal Simplificado (IHOS)

Para la medición de la materia alba o cálculo se aplicó el Índice de Higiene Bucal Simplificado, descrito por Greene y Vermillion en 1960; El IHO-S consta de dos elementos: un índice de materia alba (IMA) y un índice de cálculo (IC), cada uno se valoró en una escala de 0 a 3. Se empleó un espejo bucal y la sonda periodontal WHO, no se usaron agentes reveladores, se examinaron seis superficies dentales; superficie vestibular de los molares superiores (Ud 16-26); Superficie vestibular del incisivo central superior derecho (Ud 11); Superficie vestibular del incisivo central inferior Izquierdo (Ud 31) y Superficie lingual de los molares inferiores (Ud 36-46). La higiene bucal de cada niños fue clasificado como buena cuando el (IHOS) 0,0 -1,2; discreta Higiene bucal (IHO-S) 1,3-3,0 y pobre cuando el (IHO-S) 3,1 -6,0⁹⁹

Procedimiento para determinar el índice de los dientes ceod y CPOD

Para la evaluación de la enfermedad caries dental se utilizó el índice de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados (CPO-D), desarrollado por Klein y Palmer en 1937,³⁴ Y el Índice de dientes temporarios cariados, extracción indicada y obturados (ceo-d) propuesto por Gruebbel en 1944. Se le realizó una profilaxis dental con un micromotor a baja velocidad para remover el biofilm .Se utilizó guantes de látex desechables, mascarillas, espejo intraoral N° 5, y sonda periodontal tipo OMS (Who - Hu-fridey USA) y equipo de bioseguridad, los datos fueron plasmados en la historia clinicas.Las observaciones se registraron en la historia clínica, donde se recopilaron datos demográficos (edad, sexo, dirección).

Procedimiento para medir la percepción de los padres sobre el componente de la salud bucal.

Se aplicó un cuestionario a los padres; El Parenteral – Caregiver Perceptions Questionnaire (P-CPQ) , desarrollado por Jokovic (P-CPQ) con la finalidad de medir la percepción de los padres con respecto a la salud bucal de sus hijos, conformado por 31 ítems divididos en 4 escalas o dominios: síntomas oral (6 ítems); limitación funcional (8 ítems); Bienestar emocional (7 ítems) y bienestar social (10 ítems), El cuestionario registró los problemas que ocurrieron durante los tres últimos meses, las respuestas se registraron en una escala de Likert de 0 a 4, donde 0 = nunca ; 1 = una vez o dos

veces ; 2 = algunas veces ; 3 = con frecuencia ; y 4 = todos los días o casi todos los días.(Anexo 1)

Procedimiento para medir la percepción de los niños vrs padres sobre el componente de la salud bucal.

Se aplicó un Cuestionario de Percepción Infantil (Child Perceptions Questionnaire) en una submuestra de 20 niños de 8 a 14 años de edad con compromiso cognitivo leve. .De manera sencilla se les explico las instrucciones en el salón de clase y mientras se le hacían las preguntas, se eligió las respuestas más apropiadas de acuerdo a lo que sentían. (Anexo 2)

Procedimiento para determinar el impacto del componente de salud bucal sobre la vida familiar.

Para determinar el impacto del componente bucal de los niños sobre la vida familiar se aplicó la escala de impacto familiar Scale Impact Family (FIS), cuestionario que consistió en 14 ítems divididos en tres subescalas: Actividad familiar/parenteral (PA), emociones parentales (EP), conflicto familiar (FC), aspectos financieros (FB). (Anexo 3)

La rigurosidad de lo cualitativo

Bajo el paradigma cualitativo, la elección de la muestra estuvo conformada por 04 padres o representantes, seleccionados bajo los principios de la opción ontológica, estructural y sistémica, que lleva a una escogencia intencional de sujetos contextualizados, con conocimientos y vivencias del área problemática en estudio. En su selección, se atendió a los procedimientos utilizados para que se expresen las estructuras personales respecto al asunto en estudio; ellos corresponden a diversas maneras de manifestación del lenguaje; hablado, escrito y signos expresivos de lo no-verbal que refuerzan, precisan o desmienten el lenguaje verbal.¹⁰⁰ Desde una mirada cualitativa se utilizó como técnica de recolección de los datos la observación participante y la entrevista semiestructurada.

La observación participante: es una técnica de recolección de datos e implica que el investigador se introduzca en el suceso (comunidad o grupo) que se propone estudiar, y es considerado por lo demás parte de actuación.¹⁰¹ La entrevista semiestructurada, es una técnica mantiene una gran sintonía epistemológica con el enfoque cualitativo, debido a que debe tomar la forma de un diálogo coloquial, permitiendo de este modo una mayor profundidad y veracidad en la recolección de la información, conjugando el lenguaje verbal y no verbal. Busot ¹⁰², define la entrevista semiestructurada focalizada “una relación entre dos o más personas, donde la comunicación producida persiga una finalidad, definida en este caso, obtener información fidedigna acerca de la vida del grupo”.

En las entrevistas semiestructuradas existe una mayor flexibilidad, conteniendo hilos conductores los cuales servirán de orientación, pero sin precisar en demasía los aspectos a indagar y analizar. En este sentido, la investigadora tiene la libertad para incluir aspectos creativos en la manera de abordar la temática. Uno de los aspectos más importantes de las entrevistas semiestructurada, es la posibilidad de reformulación progresiva de la misma, expresada en el análisis que se hace con la primera entrevista, permitiendo la incorporación o no de otros aspectos que resulten interesantes. ^{103,104}

La entrevista es una acción dialógica. Un diálogo o conversación entre el investigador y los actores informantes, a fin de privilegiar el abordaje de los significados a través del lenguaje verbal, corporal y actitudinal de los entrevistados; indaga más allá de las palabras, busca la intencionalidad, se auscultan entre líneas rastros que puedan permitirnos comprender los matices del meta discurso, acercándonos al contexto dentro del cual ocurre la vida en relación.

La entrevista focalizada está dirigida a situaciones determinadas y a actores/as concretos; no se busca revivir toda la vida del entrevistado, sino la reconstrucción de una experiencia personal específica sobre la que se desea recoger vivencias, en este caso, componente bucal de la salud en niños con síndrome de down y retardo mental y su relación con la calidad de vida.

Procedimiento para medir la percepción de la calidad de vida con el componente bucal.

Previo a la realización de la entrevistas y de acuerdo a los principios bioéticos en la investigación, se les suministró a cada actor informante (padres) el respectivo consentimiento informado. (Anexo 4)

El instrumento utilizado para la recolección de los datos proporcionados por los actores/as informantes, fue una guía de entrevista como herramienta de trabajo, para orientar la misma hacia las temáticas o tópicos relevantes, a fin de responder a los objetivos propuestos en la tesis. Este tipo de instrumento facilita la tarea de indagación, lo cual permite realizar el ordenamiento temático de los discursos, su categorización y codificación. (Anexo 5)

Las entrevistas fueron grabadas y, luego desgrabadas y transcriptas con mayor exactitud y fidelidad sin introducir modificaciones ni correcciones de carácter gramatical o sintáctico; Se eliminaron palabras, expresiones o textos sin importancia, así como las repeticiones, con la finalidad de obtener un relato continuo, coherente y libre de redundancias y textos irrelevantes. Las entrevistas giraron en torno a la temática central componente bucal de niños con discapacidad intelectual y su relación con la calidad de vida de sus representados.

Se consideró lo referente al fenómeno de saturación definido por Bertaux (2005), como aquel en el que investigador tiene la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne a la temática de estudio. La saturación no debe implicar la modificación del discurso de los informantes, por el contrario, permitirá organizar los discursos.¹⁰⁵

Se ordenó y sistematizó la información recolectada para así tener un terreno preparado para la interpretación. El análisis de los textos se desarrolló por temáticas. Se dividió los contenidos en unidades temáticas (párrafos o grupos de párrafos que expresaron una idea o un concepto central), A partir de la información obtenida de los discursos, los cuales respondieron a los objetivos planteados. Para ello se leyó repetidamente los

discursos, se reunió notas de campo y todos los documentos, a fin de registrar toda la información surgida durante la lectura y reflexión de los textos. Esta organización categorial o corpus temático es imprescindible, de lo contrario, sólo tendríamos una recolección de información aislada y sin sentido.

Luego se categorizaron o clasificaron conceptualmente las unidades, que eran cubiertas por un mismo tópico. La categorización es una tarea simultánea a la separación en unidades cuando ésta se realiza atendiendo a criterios temáticos. Las categorías pueden referirse a situaciones y contextos, actividades y acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos, opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema. Strauss & Corbin asumen que la codificación constituye un conjunto de operaciones realizadas para el análisis de los datos, cuyo objetivo es entrar a la reducción de los mismos.¹⁰⁶

En la presente investigación se llegó al análisis de la información de datos cualitativos, permitiéndonos un acercamiento a la Grounded Theory o Teoría Fundamentada en los Datos (TFD); con el fin de tener el equipaje necesario para categorizar y codificar los datos y, así de esta manera aproximarnos a la construcción teórica. Esta teoría incluye tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva.¹⁰⁶ El tipo de codificación que se empleó en esta tesis doctoral fue la codificación axial. La codificación axial requirió la realización de las siguientes fases:

a) *Preparación y elaboración del corpus de análisis.* Esta fase requirió el ordenamiento de los temas abordados. Se prepararon fichas sobre los diferentes aspectos que aportaron los discursos, sin perder de vista los objetivos que se plantearon. Se elaboran las categorías, se seleccionaron las ideas claves que se encontraron en el relato. Finalmente, se procedió a la construcción de un inventario con los términos más importantes utilizados, por los actores/as informantes de la investigación, que se conoce como *Léxico-Tesoro*.

b) *Elaboración de las matrices de análisis.* Se construyó las matrices de análisis permitiendo poner de relieve las lagunas, los vacíos, los gestos, las tensiones, las

contradicciones y las estructuras dominantes, presentes en la materia textual.

c) *Organización categorial o corpus temático*. La información contenida se sintetizó en una metacategoría, donde varias categorías que tenían algo en común se agruparon en un conjunto de códigos, permitiendo la conformación del corpus temático u organización categorial. La realización de este análisis temático permitió una lectura integral y análisis general y particularizado de todas las transcripciones realizadas.

Según Montero, el corpus temático es una labor que requiere de un ir y venir de lo general a lo particular, de lo objetivo a lo subjetivo, para regresar a esa totalidad que es el discurso, y contrastarlo en el plano socio-estructural y simbólico con la finalidad de hacer una contextualización del texto¹⁰⁷. Este corpus temático nos va a permitir rastrear las representaciones sociales que saltan a la superficie textual.

Una vez recolectada y organizada la información se procedió al análisis, teorización y redacción del informe final, donde se integró en un todo coherente y lógico los resultados de la investigación en curso. El análisis, interpretación y comprensión de los datos constituyen un momento sinérgico, donde el investigador pone a prueba su creatividad para vincular lo vivido con el plano socio-estructural y simbólico. Constituye un momento de máxima creatividad, donde el investigador en comunión con los actores/as, tejen en una danza lúdica, lo vivido, lo soñado, lo construido.

La interpretación cualitativa exige una reflexión sistemática y crítica de todo el proceso de investigación. En palabras de González (2005:164), “momento cíclico de conectar teoría-práctica-teoría. El mundo vivido contrastado con el mundo estructurado”. Una hermenéutica que permita contrastar los discursos de los actores/as y los diseños curriculares.

Briones (1990), establece tres miradas de la interpretación de lo cualitativo: una interpretación semántica, que hace más comprensibles los términos, ya sean de uso común o de carácter científico. Una interpretación significativa, que busca el significado de la información; y, finalmente, una interpretación teórica, que consiste en guiar los resultados con una teoría adecuada al objeto de estudio. Para la presente tesis doctoral

se utilizó siguiendo a Briones (op.cit.), la interpretación significativa y la interpretación teórica, con el propósito de buscar la coherencia en función de aproximaciones significativas.¹⁰⁸

En esta fase del proceso se regresa a los actores/as para compartir con ellos/as las aproximaciones a las que se ha llegado, lo que constituye un retorno imperativo, posibilitando procesos reflexivos y concientizadores sobre las temáticas abordadas.

Validez del Instrumento

Los instrumentos aplicados ya han sido validados y usados en otras investigaciones. El cuestionario original, CPQ 11-14 y el FIS (escala de impacto familiar) fueron traducidos al español, tratando de mantener una fiel traducción de la versión original en el idioma inglés. La confiabilidad del instrumento elaborado fue interna debido a que los ítems están correlacionados con los criterios estandarizados y de aplicación amplia en estudios similares, obteniéndose un coeficiente α de Cronbach 0,81.

Análisis estadístico de los datos

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 16.0. Se realizaron estadísticos descriptivos; Mann-Whitney para comparar las variables ceo, CPOD e índice de higiene oral simplificado según la discapacidad; correlación de Spearman para todas las variables, considerándose un nivel de significancia estadística $p < 0,05$.

El procesamiento de la información a recabar a través de los instrumentos, se hará a través de la utilización de las técnicas que aporta la estadística descriptiva (análisis de frecuencia y porcentuales), a fin de lograr el manejo de los datos y realizar los cuadros y gráficos correspondientes. El análisis de los datos se hará en función de la organización de las respuestas en temáticas, que se corresponderán con los indicadores mencionados

Consideraciones bioéticas

Previamente al estudio se les informará a los padres y/o representantes los beneficios y posibles riesgos de participar como voluntario en la presente investigación, mediante el consentimiento informado de forma escrita, de acuerdo a las normas de bioética y bioseguridad para la investigación con organismos vivos y ambiente del Código de Ética para la vida del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología, Innovación e Industrias Intermedias¹⁰⁹ y conforme con la normativa legal de la Ley Orgánica para la Protección al Niño, Niña y Adolescente(LOPNA)⁴³.

RESULTADOS DESDE LOS DATOS

A continuación se presentan los resultados de la evaluación de 61 niños con discapacidad. La edad promedio de la muestra fue 11,1 años con una desviación estándar de 2,24. El 62,3% eran del sexo masculino y 37,7%, femenino (datos no mostrados en tablas).

La distribución de frecuencia de la muestra total según la discapacidad fue 21 niños con síndrome de Down (34,4 %), 38 (62,3 %) presentaban retardo mental leve y 2 (3,3 %), retardo mental moderado.

Tabla N° 2. Valores promedios del índice de higiene bucal simplificado (IHOS), y prevalencia de caries dental (CPOD y ceo-d) en la muestra total según discapacidad

Indicadores de salud oral	Muestra total	Síndrome de Down (n: 21)	Retardo mental leve (n: 38)	Retardo mental moderado (n:2)
Índice de higiene oral simplificado (IHOS)	1,28±0,60	1,29±0,64	1,24±0,58	1,73±0,09
CPO-D	2,61±2,23	3,00±2,49	2,47±2,11	1,00±1,41
ceo-d *	1,20±2,00	0,57±1,72	1,61±2,11	---

Valores expresados en promedios y desviación estándar *Mann-Whitney p: <0,05

La Tabla 2 muestra los valores promedios del índice de higiene oral simplificado (IHOS), y prevalencia de caries dental (CPOD y ceo-d) en la muestra total y según discapacidad. Se observa que el valor promedio del índice de higiene oral simplificado (IHOS) fue mayor en los niños con retardo mental moderado. Con relación a la

prevalencia de caries dental se mostró que el mayor promedio del CPO-D se observó en los niños con Síndrome de Down, mientras que el valor promedio más elevado de ceod se reportó en los niños con retardo mental leve. Hubo diferencia significativa en el ceo según la discapacidad.

Tabla N° 3. Índice de higiene bucal simplificado (IHOS) de los pacientes examinados de 8 a 14 años según discapacidad

Discapacidad	IHOS		IHOS (Σ)
	Promedio de Placa	Promedio de Cálculo	
Síndrome de Down	0,80	0,49	1,29
Retardo mental leve	0,96	0,28	1,24
Retardo mental moderado	1,65	0,08	1,73
Total	0,93	0,35	1,28

Σ : sumatoria

n:61 síndrome de Down (n:21); retardo mental leve (n:38); retardo mental moderado (n:2)

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

El mayor valor promedio del índice de higiene bucal simplificado (IHOS) fue en el grupo de niños con retardo mental moderado; así como, el promedio de placa dentobacteriana, mientras que el promedio más elevado del cálculo se observó en los niños con Síndrome de Down.

Tabla N° 4. Índice CPO de la muestra examinada de 8 a 14 años según edad y sus componentes

Edad (años)	Componentes del Índice CPO			Promedio Total
	Cariados	Obturados	Perdidos	
8	0,21	0,00	0,06	0,27
9	0,19	0,01	0,06	0,26
10	0,23	0,06	0,00	0,29
11	0,09	0,04	0,00	0,13
12	0,14	0,04	0,00	0,18
13	0,37	0,21	0,03	0,61
14	0,78	0,06	0,03	0,87
Promedio Total	1,98	0,5	0,13	2,61

Fuente: Datos obtenidos de la investigación
n:61

En relación a la Tabla 4, que muestra los componentes del Índice CPO según edad de los niños y niñas examinados, se obtuvo que el mayor promedio total de este índice fue el grupo de 14 años y el menor fue el de 11 años. En cuanto al componente cariado se observó que estos grupos de edades tuvieron el mismo comportamiento.

Para los dientes obturados, el mayor valor promedio se mostró en los niños de 13 años, mientras que para los dientes perdidos, los grupos de 8 y 9 años.

Tabla N° 5. Índice CPO de la muestra examinada de 8 a 14 años según discapacidad y edad

Discapacidad	Edad (años)							Promedio Total
	8	9	10	11	12	13	14	
Síndrome de Down	0,61	0,13	0,79	---	---	0,7	0,93	3,02
Retardo mental Leve	0,1	0,25	0,19	0,15	0,29	0,57	1,18	2,48
Retardo mental moderado	---	1,00	---	0,00	---	---	0,00	1,00
Promedio Total	0,27	0,20	0,40	0,13	0,18	0,61	0,87	2,61

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

n:61; síndrome de Down (n:21); retardo mental leve (n:38); retardo mental moderado (n:2)

Se muestra en la Tabla 5 el promedio de dientes permanentes cariados, obturados y perdidos según discapacidad y edad de la muestra total examinada. Se observó que el grupo de 14 años presentó el mayor valor promedio. Según la discapacidad, se obtuvo que los niños con Síndrome de Down tuvieron los valores más altos de CPO.

En cuanto a la edad y discapacidad el mayor valor promedio se presentó en los niños de 14 años con retardo mental leve. Los grupos de niños de 11 y 12 años con Síndrome de Down no tuvieron dientes afectados; así como, los de 8, 10, 12 y 13 años de edad con retardo mental moderado.

Tabla N° 6. Índice CPO de la muestra examinada de 8 a 14 años según discapacidad y sus componentes

Discapacidad	Componentes del Índice CPO			Total
	cariados	obturados	perdidos	
Síndrome de Down	2,38	0,36	0,28	3,02
Retardo mental leve	2,15	0,30	0,03	2,48
Retardo mental moderado	0,05	0,05	0,00	1,00
Promedio Total	1,98	0,5	0,13	2,61

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

n:61 síndrome de Down (n:21); retardo mental leve (n:38); retardo mental moderado (n:2)

En la Tabla 6 se reporta el índice CPO de la muestra examinada de 8 a 14 años de edad según discapacidad y sus componentes. Los mayores valores promedios de los componentes cariados, obturados y perdidos se observaron en los niños con Síndrome de Down., mientras que los valores menores en aquellos con retardo mental moderado.

Tabla N° 7. Índice ceo de la muestra examinada de 8 a 14 años según edad y sus componentes

Edad (años)	Componentes del Índice ceo			Promedio Total
	cariados	extraídos	obturados	
8	0,39	0,03	0,01	0,43
9	0,06	0,11	0,00	0,17
10	0,03	0,16	0,06	0,25
11	0,06	0,03	0,01	0,10
12	0,06	0,03	0,01	0,10
13	0,00	0,01	0,08	0,09
14	0,00	0,00	0,00	0,00
Promedio Total	0,62	0,39	0,19	1,20

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

n:61 síndrome de Down (n:21); retardo mental leve (n:38); retardo mental moderado (n:2)

La Tabla N° 7 se evidencia que el mayor promedio total del índice ceo (cariados, extraídos y perdidos) según edad y sus componentes lo presentó el grupo de niños de 8 años de edad; así como el valor promedio más elevado de los dientes cariados temporales. Para los dientes extraídos, el grupo de 10 años de edad, mientras que los niños de 13 años de edad presentaron el mayor valor promedio del componente obturado.

Tabla N° 8. Índice ceo de la muestra examinada de 8 a 14 años según discapacidad y edad

Discapacidad	Edad (años)							Promedio Total
	8	9	10	11	12	13	14	
Síndrome de Down	0,23	0,09	0,33	---	---	0,00	0,00	0,57
Retardo mental leve	0,57	0,18	0,39	0,23	0,13	0,02	0,05	1,61
Retardo mental moderado	0,00	0,01	---	---	---	---	0,00	0,00
Promedio Total	0,43	0,17	0,25	0,10	0,10	0,09	0,00	1,20

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

n:61 síndrome de Down (n:21); retardo mental leve (n:38); retardo mental moderado (n:2)

La Tabla No. 8 muestra el índice ceo (cariado, extraído y obturado) de la muestra examinada según discapacidad y edad. Se observó que los niños con retardo mental leve presentaron el promedio total más elevado de ceo. El grupo de 8 años de edad con retardo mental leve presentó el mayor valor medio de dientes afectados. Los niños de 11 y 12 años con Síndrome de Down no tuvieron dientes afectados; así como, los grupos de 10, 11, 12 y 13 años con retardo mental moderado.

Tabla N° 9. Índice ceo de la población examinada de 8 a 14 años
Según discapacidad y sus componentes

Discapacidad	Componentes del Índice ceo			Promedio Total
	cariados	extraídos	obturados	
Síndrome de Down	0,42	0,00	0,09	0,57
Retardo mental leve	0,76	0,57	0,31	1,61
Retardo mental moderado	0,00	0,00	0,00	0,00
Promedio Total	0,62	0,39	0,19	1,20

Fuente: Datos obtenidos de la investigación

n:61 síndrome de Down (n:21); retardo mental leve (n:38); retardo mental moderado (n:2)

El valor promedio del índice ceo de la muestra examinada según discapacidad y componentes se reporta en la Tabla 9. El promedio más elevado de este índice se observó en los niños con retardo mental leve; así como, los mayores valores promedios de los componentes cariados, extraídos y obturados.

Tabla N° 10. Prevalencia de las repuestas de los padres sobre la percepción de salud oral de la muestra total en los últimos tres meses (n: 61)

Variab les	Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Casi siempre	Todos los días
<i>Dominio oral (%)</i>					
Dolor en los dientes	60,7	24,6	13,1	1,6	---
Ampollas en la boca	60,7	31,1	6,6	1,6	---
<i>Dominio limitación funcional (%)</i>					
Disturbios en el sueño	57,4	29,5	8,2	3,3	1,6
Respiración bucal	63,9	14,8	16,4	3,3	1,6
<i>Dominio emocional (%)</i>					
Hijo preocupado	78,7	9,8	11,5	---	---
Irritable/frustrado	55,7	23	18	1,6	1,6
Nervioso/temeroso	62,3	14,8	16,4	3,3	3,3
Preocupado por su apariencia	75,4	8,2	8,2	4,9	3,3
Tímido	65,6	9,8	14,8	4,9	4,9
Preocupado por ser diferente	91,8	3,3	1,6	---	3,3
Ha faltado al colegio en los últimos tres meses	67,2	26,2	4,9	1,6	---
<i>Dominio social (%)</i>					
No ha querido hablar o leer en voz alta	54,1	23	13,1	6,6	3,3
No quiere hablar con otros niños	75,4	14,8	4,9	4,9	---
Se ríe en presencia de otros niños	80,3	9,8	3,3	6,6	---
Sentirse diferente que otros niños	88,5	6,6	3,3	1,6	---
Excluido por otros niños	72,1	19,7	4,9	3,3	---
No ha querido compartir tiempo	65,6	18	11,5	3,3	1,6
No quiere o ha podido participar	68,9	18	6,6	4,9	1,6
Pregunta por otros niños	63,9	23	9,8	1,6	1,6

Valores expresados en promedios y desviación estándar Mann-Whitney: p:>0,05

La tabla nº10 muestra los resultados de la encuesta sobre la percepción de salud oral de los padres participantes en el estudio. En el dominio oral se observó que en general el grupo se sentían muy bien con respecto a su salud oral, un mayor porcentaje de padres expresó que sus hijos, habían tenido pocas molestias.

En el dominio limitación funcional, las respuestas más prevalentes percibidas por los padres se encontraron el ítems disturbios en el sueño.

En el dominio emocional, los padres expresaron que sus hijos habían tenido algún tipo de sentimiento como irritable/ frustrado, tristeza, la mayor parte de ellos expresó haber mantenido sus actividades escolares como acudir al colegio; mientras que el dominio social se encontró que los niños quieren hablar con otros, se sienten diferente, quieren hablar o leer en voz alta, comparten y participan.

Tabla N° 11. Valores promedios de las percepciones de los padres (P-CPQ) sobre la calidad de vida de los niños con relación a la salud oral según discapacidad (n:61)

Dominios de salud oral relacionados con la calidad de vida (P-CPQ)	Muestra total	Síndrome de Down (n: 21)	Retardo mental leve (n: 38)	Retardo mental moderado (n:2)
Dominio 1 (síntomas orales)	5,02±3,17	4,95±3,76	5,05±2,94	5,00±0,00
Dominio 2 (limitaciones funcional relacionadas a problemas dentales)	6,30±4,15	6,43±4,34	6,16±4,20	7,50±0,70
Dominio 3 (bienestar emocional relacionado a problemas dentales)	3,20±3,50	3,05±3,38	3,11±3,57	6,50±3,53
Dominio 4 (bienestar social relacionado a problemas dentales)	5,07±5,42	4,29±3,83	5,68±6,18	1,50±2,12
Promedio total del P-CPQ	4,90±4,06	4,68±3,83	5,00±4,22	5,12±1,59

Valores expresados en promedios y desviación estándar Mann-Whitney: $p > 0,05$

En la Tabla 11 se presentan los valores promedios de las percepciones de los padres (P-CPQ) sobre la calidad de vida de los niños con relación a la salud oral en la muestra total y según la discapacidad. Los mayores valores promedios se observaron en el dominio 2 (Limitación funcional relacionados a problemas dentales), en el retardo mental moderado. No hubo diferencia significativa entre las respuestas de los padres (dominios) por discapacidad.

Tabla N° 12. Prevalencia (%) de las repuestas de los padres vs respuestas de los niños (dominio oral y limitación funcional) sobre la percepción de salud oral de la sub-muestra en los últimos tres meses

Variables	Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Casi siempre	Todos los días
<i>Dominio oral (padres)</i>					
Ampollas en la boca	65	30	5	---	---
Dolor en los dientes	65	25	10	---	---
Mal aliento	50	25	15	10	---
<i>Dominio oral (niños)</i>					
Ampollas en la boca	50	30	15	5	---
Dolor en los dientes	20	65	5	---	10
Mal aliento	60	20	5	10	5
<i>Dominio limitación funcional (padres)</i>					
Disturbios en el sueño	60	20	15	5	---
Respiración bucal	75	10	5	10	---
Dificultad para comer alimentos fríos y calientes	55	15	15	15	---
<i>Dominio limitación funcional (niños)</i>					
Disturbios en el sueño	95	5	---	---	---
Dificultad para masticar	30	55	5	5	5
Respiración bucal	100	---	---	---	---
Dificultad para hablar	70	25	---	5	---
Masticación lenta	60	35	5	---	---
Dificultad para comer alimentos fríos y calientes	55	40	5	---	---
Dieta limitada a ciertos alimentos	75	25	---	---	---

n: 20

La tabla 12 reporta la prevalencia de las repuestas de los padres vs respuestas de los niños en el dominio oral y limitación funcional sobre su percepción de salud oral. Se observa diferencias entre la percepción de los padres y sus hijos. En el dominio oral se observó una similitud en el porcentaje de respuestas de los padres y los niños, con relación a la no presencia de ampollas en la boca y mal aliento, a diferencia de los niños que contestó haber tenido dolor en sus dientes.

En el dominio limitación funcional, se observó que la mayoría de las respuestas que expresaron los padres y sus hijos se encontraron en la categoría nunca: disturbios en el sueño, respiración bucal, dificultad para comer alimentos fríos y calientes. Sin embargo en el ítem dificultad para masticar se observó un mayor número de respuestas de los niños en la categoría una o dos veces y todos los días.

Tabla 13. Prevalencia (%) de las repuestas de los padres vs repuestas de los niños (dominio emocional) sobre la percepción de salud oral de la sub-muestra en los últimos tres meses

Variables	Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Casi siempre	Todos los días
<i>Dominio emocional (padres)</i>					
Su hijo se ha sentido preocupado?	85	5	10	---	---
Irritable/Frustrado?	60	15	20	---	5
Nervioso/temeroso?	55	25	15	---	5
Preocupado por su apariencia?	70	15	---	5	10
Preocupado que él o ella es diferente a otras personas?	85	5	10	---	10
<i>Dominio emocional (niños)</i>					
Te has sentido preocupado?	80	10	---	10	---
Irritable/Frustrado?	85	10	---	5	---
Nervioso/temeroso?	60	20	10	5	5
Preocupado por su apariencia?	85	10	5	---	---
Tímido?	95	5	---	---	---
Preocupado que él o ella es diferente a otras personas?	95	5	---	---	---
n:20					

La Tabla 13 muestra la prevalencia de repuestas de los padres vs repuestas de los niños según dominio emocional, observándose que la mayoría de los padres y niños expresaron algunos aspectos positivos, nunca está preocupado, ni nervioso, irritable, tímido, preocupado que él o ella es diferente.

Tabla N° 14. Prevalencia (%) de las repuestas de los padres vs respuestas de los niños (dominio social) sobre la percepción de salud oral de la sub-muestra en los últimos tres meses (n: 20)

Variables	Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Casi siempre	Todos los días
<i>Dominio social (padres)</i>					
Su hijo ha faltado al colegio?	85	10	5	---	---
Ha tenido dificultad para poner atención	55	15	15	5	10
No ha querido leer o hablar en voz alta	55	15	20	---	10
No quiere hablar con otros niños?	65	20	10	5	---
Reírse en presencia de otros niños?	80	10	5	5	---
Sentido diferente que otros niños?	85	5	5	---	5
Ha sido excluido por otros niños	70	25	5	---	---
No ha querido compartir con otros niños	55	25	10	5	5
No ha querido o podido participar en actividades del colegio?	75	15	---	5	5
Ha preguntado por otros niños?	65	25	5	---	5
<i>Dominio social (niños)</i>					
Has faltado al colegio?	80	15	5	---	---
Has tenido dificultad para poner atención	85	10	5	---	---
No has querido leer o hablar en voz alta	75	5	10	5	5
No quiere hablar con otros niños?	60	25	5	---	10
Reírte en presencia de otros niños?	65	15	---	---	20
Sentido diferente que otros niños?	80	15	5	---	---
Has sido excluido por otros niños	95	5	---	---	---
No has querido compartir con otros niños	95	---	---	---	5
No has querido o podido participar en actividades del colegio?	80	5	---	5	10
Has preguntado por otros niños?	55	20	---	---	25

La Tabla N° 14 muestra la prevalencia de respuestas de los padres vs respuestas de los niños según dominio social, ambos expresaron haber mantenido sus actividades escolares como acudir al colegio, hacer sus tareas, participar en actividades del colegio,

poner atención, leer en voz alta, Lo mismo ocurrió con las relaciones personales como hablar con niños, reírse, conforme con su apariencia, comparte con los niños y participar en actividades del colegio.

Tabla 15. Valores promedios de las percepciones de las respuestas de los padres según FIS y discapacidad de la muestra total (n:61)

Dominios de salud oral (FIS)	Muestra total	Síndrome de Down (n: 21)	Retardo mental leve (n: 38)	Retardo mental moderado (n:2)
Dominio 1 (actividad familiar)	5,69 ± 3,11	5,90 ± 2,77	5,61 ± 3,32	5,00 ± 4,24
Dominio 2 (emoción de los padres)	4,85 ± 2,20	4,90 ± 2,58	4,89 ± 2,03	3,50 ± 0,71
Dominio 3 (conflictos familiares)	3,08 ± 2,37	2,48 ± 1,69	3,39 ± 2,70	3,50 ± 0,71
Dominio 4 (aspectos financieros)	2,18 ± 1,66	2,29 ± 1,61	2,16 ± 1,70	1,50 ± 2,12
Promedio total del FIS	3,95±2,33	3,89±2,18	4,01±2,69	3,37±1,94

Valores expresados en promedios y desviación estándar

Mann-Whitney: p:>0,05

La Tabla 15 reporta los valores promedios de las percepciones de las respuestas de los padres de la muestra total según FIS y discapacidad. Se puede mostrar que la mayor prevalencia correspondió al dominio 1 (actividad familiar). Con respecto a la discapacidad hubo un predominio elevado del dominio de actividad familiar de los padres de niños con Síndrome de Down; sin embargo, no hubo diferencia significativa entre las respuestas de los padres (dominios) por discapacidad.

Tabla N°16 Prevalencia de las repuestas de los padres según FIS (n: 61)

	Nunca n (%)	Una o dos veces n (%)	Algunas veces n (%)
Actividad familiar/parenteral			
Usted y su pareja han tomado tiempo libre en su trabajo?		30 (49,2)	
Su hijo ha requerido más atención de Usted y su pareja		24 (39,3)	
Usted y su pareja ha tenido menos tiempo para ustedes u otro miembro de la familia?	31 (50,8)		
Su sueño ha sido alterado?		19 (31,1)	
Sus actividades familiares han sido interrumpidas?	32 (52,5)		
Domínio emocional			
Usted ha estado preocupado?	11 (18)		11 (18)
Usted con su pareja se han sentido culpables?		42 (68,9)	
Usted o su pareja han estado preocupado que su hijo tendrá pocas oportunidades de vida?	20 (32,8)		
Usted no se ha sentido bien en lugares públicos?	53 (86,9)		
Conflicto familiar			
Su hijo se ha puesto en contra de usted o su pareja?	43 (70,5)		
Su hijo se siente celoso de usted u otro miembro de la familia?	26 (42,6)		
La condición de su hijo ha causado desacuerdos o conflictos en la familia?	30 (49,2)		
Tu hijo te acusa a ti o tu pareja?	56 (91,8)		
Aspectos Financieros			
La condición de su hijo ha creado dificultades financieras para su familia?	19 (31,1)		

Los resultados para la tabla N° 16 que observa que los problemas más frecuentes expresados por los padres correspondieron al dominio 1 (actividad familiar) los ítems más significativos fueron los siguientes: los padres han tomado tiempo libre en su trabajo, Su hijo ha requerido más atención de usted y su pareja y su sueño ha sido alterado.

En el dominio emocional los padres manifestaron sentirse culpables y en menor porcentaje estar preocupado.

Análisis de los Resultados

Los caminos que se recorren en el presente capítulo tienen como temática central y brújula orientadora, *La Percepción de los padres sobre la calidad de vida y su relación con el componente de salud bucal*.

La tesis doctoral aboga por el rescate del sentido común, aperturando un mundo de subjetividades que es necesario rescatar, a fin de poder interpretar lo subjetivo construido y de esta forma, precisar la percepción sobre la salud bucal de los padres.

Se inicia este capítulo con un análisis reflexivo de la Percepción de los padres sobre el estado de salud bucal de sus hijos con discapacidad intelectual, a fin de rastrear las representaciones ideológicas sedimentadas en la semiosis social de las diferentes concepciones de salud bucal.

Un segundo momento del análisis, estuvo focalizado en la relación entre el estado de salud bucal y el estado emocional de los niños, por parte de sus padres o representantes. Y un tercer momento en el Estado de Salud bucal y calidad de vida. Los discursos fueron sometidos a una rigurosa metódica, con la intención de visibilizar las representaciones sociales en torno a la percepción de la salud bucal.

Teniendo en cuenta que hay un interés fundamental en comprender como perciben los padres la salud bucal de sus hijos. Es pertinente entender que este término implica “aprender , ver más allá de lo cercano y de lo muy cercano, sin desatenderlo, sino precisamente verlo mejor, integrándolo en un todo más grande”⁹⁶ (Gadamer , 1993), en este proceso investigativo se dio la posibilidad del acercamiento personal y profundo – tipo conversacional- entre investigadora y participantes alrededor de situaciones que configuran la cotidianidad de la escuela, y dentro de las cuales lo referente a la salud bucal, fue emergiendo de una manera natural, sensible, contextuada y dotada de sentidos, los que cada actor le otorga de acuerdo a sus propias experiencias y a las que construye con sus grupos de referencia.

Teniendo en cuenta que “el ser humano expresa su interioridad mediante manifestaciones sensibles, y toda expresión humana sensible refleja una interioridad, y que no captar, por tanto, en una manifestación, conducta, hecho histórico o social, esa dimensión interna, equivale a no comprenderlo ¹¹⁰. En esta investigación, se prestó especial cuidado no pasar por alto expresiones, sentires u opiniones de los participantes y simplemente registrarlos, se dieron los espacios y se construyeron relaciones de confianza que se expresaron de una forma y así volver a indagar sobre los aspectos que no fueron aprehendidos en primera instancia, buscando en todo caso, llegar hasta las raíces del fenómeno en cuestión, con rigor científico, más no con rigidez y con una relación permanente de reflexividad.

Ahondando en los discursos

La salud bucal, representan un componente del estado de salud general de los individuos o grupos sociales; como evento de vida, contempla elementos constitutivos que ocurren siempre en sociedad y en cultura, dándole una característica de historicidad. Este proceso se siente y se interpreta tanto por el individuo sano y enfermo. Así lo afirma Chaves (1962), es una abstracción útil, un estado de armonía o normalidad de la boca, que sólo adquiere significación plena cuando es acompañada en grado razonable de la salud general del individuo.

En este orden de ideas se sostiene que la salud bucodental es una constituyente inseparable e importante de la salud general ya que las enfermedades bucodentales afectan a la salud general del individuo y tienen consecuencias fisiológicas aún más complejas porque pueden llegar a menoscabar la nutrición, las relaciones interpersonales y la salud mental ²⁷

A partir de estas consideraciones conceptuales, la salud bucal debe ser concebida como un estado en constante cambios dinámicos, con implicaciones que van más allá de un disturbo meramente biológico ya que involucra aspectos sociales. Lo más significativo dado a su naturaleza cambiante, es el conflicto permanente que se genera entre sus dos expresiones, la salud y la enfermedad. Resulta sumamente difícil en un

momento dado, deslindar la salud de la enfermedad, considerando que ambos conceptos están interconectados e interrelacionados. El análisis epistemológico del proceso salud – enfermedad, entra en una dimensión diferente que va más allá de la tendencia curativista y asistencialista que subyace en ella, por lo tanto conforma una trama compleja que envuelve aspectos sociales, ideológicos, económicos y biológicos.

La construcción del concepto salud enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelven cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina. Desde éste ámbito surgen distintos modo de pensar y de actuar, con una diversidad de significaciones que se atribuyen al hecho de estar sano o enfermo, donde aspectos como la edad, el sexo y las condiciones materiales de vida, tienen una multiplicidad de expresiones.

(Korblit y Mendes Diz) señalan al respecto, que el fenómeno *enfermedad* involucra distintos aspectos; no se limita exclusivamente al hecho de estar enfermo por sufrir algún tipo de alteración. La percepción de estar enfermo no sólo pasa por la posibilidad de identificar el problema sino también, y muy especialmente, por la posibilidad de estar enfermo. Este último aspecto depende fundamentalmente de los roles sociales que desempeñe el sujeto, así como del *lugar* que ocupe la salud en su vida cotidiana. ¹¹¹

Los distintos conjuntos sociales prestan distinta atención a los procesos mórbidos de acuerdo con su propia vinculación con el cuerpo. La percepción del dolor o de un malestar está atravesada por una serie de factores que tienen que ver con condicionantes estructurales, pero también con la propia experiencia de vida y se inscribe dentro del proceso general de percepción. Este proceso es necesariamente selectivo y puede compararse a la mirada en un espejo en el cual se refleja una imagen que no es la realidad misma. En ese "espejo" la imagen se agranda, se achica, se ilumina u oscurece, de acuerdo a cómo nos situemos para observarla. De la misma

manera, la percepción que cada uno tiene de la realidad, se produce de acuerdo al modo y al lugar/situación desde donde se mire.

Las posibilidades de percibir un problema de salud son diversas y están socioculturalmente condicionadas: factores como la responsabilidad o el rol familiar que la persona desempeñe, así como las prioridades cotidianas y las actividades que realice harán que lo perciba de modo diferente en cada caso ¹¹²

Sin embargo, éstos son aspectos poco considerados al momento de intervenir desde el sistema formal de salud, ya que representan un corte en un proceso que no siempre es visualizado por el profesional. Antes de que la persona efectúe la demanda y utilice el servicio sanitario, muy probablemente haya realizado algún tipo de acción, que responde a lo que se denomina *autocuidado*¹¹³. Este comportamiento responde a la propia percepción del problema, y tiene que ver con su cosmovisión personal acerca de lo que es estar sano o enfermo. Esto desencadena prácticas, de las cuales sólo una es o puede ser la utilización del sistema de salud. Este recorrido previo a la demanda, no sólo no es tomado generalmente en cuenta por el personal de salud, sino que en muchas ocasiones la "mirada" del paciente acerca de su problema, se relativiza como dato a considerar. Sin embargo, a pesar de la importancia que pueda significar para el paciente el diagnóstico y la propuesta de tratamiento sobre su dolencia, ésta es también mediatizada por su propia concepción y representación de lo que le puede estar pasando. Esa persona, de vuelta en su casa y en su medio, tomará o dejará las prescripciones dadas por el profesional, de acuerdo a sus posibilidades de cumplimiento, pero también según su propia interpretación de lo que tiene que hacer.

Como señala Fitzpatrick, la idea de enfermedad opera como símbolo que se relaciona con una variedad de experiencias propias de una cultura. Esta significación simbólica no siempre puede expresarse verbalmente, pero su registro es fundamental para comprender el proceso salud-enfermedad. Aún en su expresión oral, requiere de la capacidad de buscar sentido en las expresiones de los otros, elemento esencial de la comunicación humana ¹¹²

La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y sólo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, atravesado por las condiciones materiales de vida que reflejan de modo singular el espejo de la realidad que cotidianamente vemos.

Por lo tanto, es necesario considerar a la salud o la enfermedad no solamente como hechos del mundo de la naturaleza sino también como hechos del campo de las relaciones sociales que implican valoraciones subjetivas y situaciones de poder ¹¹⁴

La salud bucal

La representación que los individuos poseen sobre la salud bucal es determinante para las acciones que practican en el día a día y configuran su práctica. La comprensión sobre lo que los cuidadores consideran y como cuidado de la salud bucal, está evidenciada en el siguiente discurso:

La salud bucal es la limpieza de sus dientes [...] Informante 1

Este texto nos conlleva a la relación que hacen los padres o representantes de la salud bucal con la higiene bucal.

*La salud bucal es mantener los dientes limpios y cepillarse tres veces al día
[...] Informante 2*

Salta a la vista que la prevención de enfermedades bucales, fue frecuentemente asociada a prácticas de cuidado bucal en especial aquellas relacionadas a la higiene bucal (Prácticas de cepillado dental)

La construcción del concepto de la salud bucal está muy relacionada con el hecho de “poder hacer”, lo que implica que una buena higiene bucal es tener salud bucal y ésta hace parte de la salud integral, por lo tanto, la educación para la salud son necesarias para el mantenimiento del estado de salud bucal.

La educación para la salud permite que el individuo adquiera responsabilidad sostenida y compartida en la identificación y solución de los principales problemas de salud. Se caracteriza por una actuación continua, activa y organizada que hace que la participación sea consciente y responsable. Forma parte de la ciencia preventiva, definida como “todas aquellas enseñanzas y actuaciones que tienen como fin conservar y proteger el máximo grado de salud posible” y está relacionada con la promoción de salud, que se sustenta en medidas preventivas que actúan sobre la protección de la salud. Alcanzar una salud positiva (aumento de la salud), hay que intervenir sobre la calidad y estilos de vida, sobre tipo de fenómeno relacionado con la salud, entre los que se encuentran los hábitos de vida, como el consumo de tabaco, la higiene bucodental, entre otros y que constituyen factores de riesgo para contraer las enfermedades.¹¹⁵

En la actualidad la educación para la salud se autoatribuye un triple objetivo: informar sobre los temas que le conciernen, formar hábitos saludables e influir en la conducta de los sujetos en beneficio a su salud (García, Sáez, Escarbajal, 2000, p 37). Sus contenidos incluyen temas o cuestiones tradicionales propias a la antigua higiene, alimentación y nutrición, limpieza e higiene personal, prevención de enfermedades junto a otros propios de los tiempos actuales sexualidad, prevención de drogas, información sobre cáncer, HIV, anticonceptivos y otros relacionados con la salud mental.¹¹⁶

La salud bucal es cepillarse los dientes, ser higiénico [...]. Informante 3

Se tiene en cuenta que la educación para la salud es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, el colectivo y la sociedad. La educación terapéutica está implícita en esta disciplina, con la que comparte elementos comunes para mejorar el estado de salud mediante una acción sistemática y “un saber hacer específico”, dentro de ellos se hace referencia a la higiene bucal como un proceso continuo y sistemático integrado al cuidado, y dirigido a mejorar la salud bucal del individuo; a través de elementos básicos que la caracterizan como técnica de cepillado, Alimentación balanceada y control odontológico.

La higiene puede ser definida como “un conjunto de principios y prácticas tendentes a preservar la salud”.¹¹⁷(Seco, Andres, Ramos, 1999 p 2475), o mantener el cuerpo en un buen estado físico y a evitar enfermedades ¹¹⁷. La salud como un estado de funcionamiento físico o mental ¹¹⁷(Seco, Andres y Ramos, 1999 p 4023), es una consecuencia de la higiene y la buena o mala salud una consecuencia de la buena o mala higiene, de los buenos (higiénicos) o malos (antihigiénicos).

Si tú te lavas la boca, evitas lo que son los mosquitos, los gérmenes, todas esas bacterias que se pueden producir en tu boca, que obviamente al ingerir algún alimento liquido o solido los niños llevan a su estómago y se enferman. [....] Informante 3

Una buena higiene personal aumenta la sensación de bienestar personal y facilita el acercamiento de los demás, la valoración de su propio cuerpo y sus relaciones interpersonales.

Sin lugar a duda, es importante resaltar que “la higiene como todos los buenos hábitos, se siembran en la mentalidad infantil. La teoría de aprendizaje de Albert Bandura, plantea que los humanos adquieren destrezas y conductas a través de la observación y la imitación, y que en los niños la observación e imitación se da por medio de modelos que pueden ser los educadores, quienes a su vez deberán reforzar de manera repetida las respuestas que igualan a los modelos que ellos desean que los niños adquieran como una conducta ¹¹⁸. En este caso para la implementación de un hábito deben actuar reforzamientos ya sean directos e indirectos de no ocurrir esto el hábito se extingue.¹¹⁹

La Higiene educa, la Educación higieniza; sin Educación no hay Higiene, sin Higiene, la educación es deficiente. La Higiene persigue esencialmente la salud, la Educación tiende a poseer la verdad, ambas por su acción moral, que se llama virtud. Si el individuo es sano y bueno, los pueblos serán fuertes, adelantados, grandes y prósperos, que fortaleza, progreso, grandeza y prosperidad son los frutos con que

Higiene y Educación premian a los que rinden fervoroso y racional culto ¹²⁰ (BOROBIO, 1915, p. 188-189)

La adquisición de hábitos higiénicos además de evitar el contagio de enfermedades, ayuda a los niños y niñas en el proceso de inserción social y les brinda una sensación de seguridad e independencia. Durante la infancia no ven la educación higiénica más que un capricho de los padres o docentes pero con el tiempo aprenden a apreciarla. Sin embargo aquellos niños que no han sido enseñados pasan mucho trabajo para lograr adaptarse a la convivencia en la adultez.

La UNICEF plantea que la salud es uno de los aspectos fundamentales relacionados con la higiene, pero existen otros tan importantes como la integración social. En los primeros años de vida escolar los grupos de amistades comienzan a formarse selectivamente, y uno de los elementos que usan para discriminar es la higiene.

“Ningún niño se va juntar con otro que esté sucio, con tierra en la ropa y olores pocos gratos”, un niño sucio es motivo de burlas y humillaciones “lo que atenta contra su dignidad, contra el normal proceso de inserción social y golpea severamente su naciente autoestima ¹²¹. Indudablemente el bienestar del individuo según la Teoría de entorno planteada por Nighthingale, señala que la salud del individuo depende de un buen entorno e higiene personal.

El que los niños adquieran actitudes y hábitos adecuados en relación a la higiene personal, así como su entorno es un clásico dentro de las actuaciones de educación para la salud. La práctica diaria de la higiene personal con el transcurso del tiempo se hace un hábito, y esto en consecuencia se traduce en una mejor salud bucal.

La salud bucal es ser higiénico, cepillarse, mantener los dientes sanos, sin caries, sin mal aliento [...] Informante 2

Al referirse a la salud bucal surgen múltiples alusiones relacionadas a los dientes que van más allá de la caries dental y el mal aliento como es la higiene personal,

representación que hace parte de la población estudiada e inclusive compartida por otros grupos sociales.

Una buena higiene es tener una buena salud bucal [...] Informante 3

La salud bucal es parte integrante de la salud general; un individuo no puede considerarse completamente sano si existe enfermedad bucal activa. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, periodontopatías, y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales y, estéticas repercuten en la salud general ocasionando problema de salud ¹²²

Estas enfermedades aparecen en edades tempranas y son evitables con correctos hábitos de higiene, alimentación y conducta, actitudes que no nacen con la persona, sino que deben aprenderse desde los primeros momentos de la vida; los niños aprenden de sus padres lo que deben y lo que no deben hacer

La salud bucal es la buena comida que ella coma [...] Informante 2

Sin lugar a duda la salud bucal está estrechamente relacionada con la alimentación. La boca se relaciona de esta manera con la salud general, pero además el informante considera la alimentación, como causa de una buena o mala salud bucal y clasifican los alimentos como cariogénicos y no cariogénicos según su efecto en la dentición.

La salud bucal es no comer tantos dulces, comer bien... que son los alimentos que dañan los dientes como: dulces, refrescos, café, chucherías. [...] Informante 3

A partir de esta textualidad observamos que la alimentación es un componente esencial de la salud bucal; el comer bien aparece en un discurso vinculado siempre a ejemplos paradigmáticos de una buena salud revelando una mirada amable y familiar.

Por ello son los padres los mejores aliados del profesional para poder educar al niño en los cuidados preventivos de la salud bucal. Estos pueden moldear la conducta de sus hijos desde el momento en que nacen, por medio de un esfuerzo o rechazo selectivo ante un comportamiento específico, con técnicas basadas en la disciplina y con el grado de libertad que concierne.¹²²

Autores muestran que la representación de la salud está estrechamente ligada a la fuerza, la cual será generada a través de una buena alimentación, permitiendo en el individuo una serie de condiciones como dormir, jugar y otros aspectos relacionados con la prevención.¹²³

Los medicamentos que toma le causan caries, por eso tiene que mantener los dientes limpios [...] Informante 1

En el texto se capta la relación entre los medicamentos y la presencia de caries dental.

Reafirmando lo expresado por los padres, Ferreira (2002) muestra una asociación entre antibióticos y dientes débiles. Los padres entrevistados percibieron que los medicamentos destruyen los microorganismos, así como los dientes convirtiéndolos en débiles a lo largo del tiempo. Sin embargo existen dos consideraciones muy importantes a tomar en cuenta la tetraciclina en niños llevo a la tinción de los dientes, que en un pasado pudo ser percibida por la población como caries.¹²⁴

Se encuentra otros autores como Wanmacher, Neville que la producción de ciertos medicamentos pueden contener sacarosa, aumentando el riesgo de caries dental.¹²⁵

En páginas anteriores surgieron diversas representaciones de la concepción de la salud bucal relacionada con hábitos de higiene corporal, higiene bucal, alimentación balanceada, importantes para mantener una buena salud. La atención odontológica es un factor importante en la salud bucal. No obstante, es importante mencionar:

La salud bucal es la ida constantemente al odontólogo [...] Informante 3

La salud bucal es chequearla siempre y cualquier molestia estar pendiente [...] Informante2

Sin lugar a duda, los entrevistados mencionaron que el odontólogo debe hacerse cargo de su propia salud bucal.

Los niños se enferman y tienen fiebre porque no tienen una buena higiene bucal, no se cepillan los dientes, no usan enjuague bucal. [...] Informante 3

En estas textualidades se puede observar que se atribuyen explicaciones unicasales de tipo biológico a las enfermedades bucales, así como hábitos poco saludables.¹²⁶

Nieva plantea que los habitantes de una población urbano- marginal clasificaron las causas de enfermedades bucales en endógenas, cuando el individuo tiene pocas posibilidades de intervenir (herencia, desnutrición, condiciones fisiológicas) y exógenas (drogas, hábitos, higiene, dieta, trauma, elementos ácidos).¹²⁷ Por su parte los profesionales se centraron en aspectos como la presencia de microorganismos, desnutrición y malos hábitos.¹²⁸

La salud bucal alude a un componente fundamental de la salud; definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida y, por tanto, involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales, así como el sistema de valores, los subjetivos e individuales¹²⁹ (Luengas, Sáez y sanches 2003)

Más allá de un órgano con funciones en la masticación y alimentación, para los padres la boca también representa otro aspecto que supera lo biológico y tocan lo social, lo afectivo, la comunicación y la primera impresión.

La salud bucal representa la imagen hacia las personas que observamos [...] Informante 3

Se observa la construcción de una representación que rescata las ventajas que desde el punto de vista social tiene una buena salud bucal. La boca concebida como territorio donde se configuran funciones como masticación, lenguaje, erotismo, como lo plantea Botazzo en su propuesta de la bucalidad. Esta representación toma distancia de la boca vista exclusivamente como un órgano producto de la fragmentación cartesiana del cuerpo.¹³⁰

De esta manera, además de hacer parte la salud general y del cuidado, la salud bucal puesta en el plano de lo social conlleva un estatus cuya posición bien puede brindar éxito o fracaso en la vida. De esta manera se convierte en un medio para ser reconocido y obtener no solo prestigio social sino también para tener lugar en el mundo:

*A través de tu sonrisa tu expresas si tus dientes están limpios o están sucios.,
es la salud tanto interior como exterior del niño... [...] Informante 3*

Esta matriz textual nos conduce a una representación relacionada con la salud bucal y la estética. La salud bucal aparece idealizada en la buena apariencia personal o imagen conforme ilustra los relatos a seguir:

La imagen es la apariencia externa de las personas, pero cuando nos referimos a imagen personal, el término es mucho más amplio y va más allá tomando aspectos como la indumentaria, el maquillaje o el cabello.¹³¹

El contexto teórico de imagen surge desde la Prehistoria, el momento en que los seres humanos tenían la necesidad de protegerse de las inclemencias climáticas y de adecuar los componentes de su vestimenta conforme a los ritos y ceremonias que se celebraban en aquel tiempo. Todos los elementos que se utilizaban en la prehistoria tales como tejido, pieles, pinturas en el rostro adornos o tatuajes adquirirían su propio significado en el contexto en el que la comunicación entre los individuos se establecía en base a un lenguaje más simbólico que oral, de esta manera dependiendo de la

imagen se comunicaban ideas concretas que adquirirían su mayor o menor relevancia dependiendo del ritual o jerarquía.¹³²

Conforme avanzaba la historia la imagen ha tomado importancia manifestándose a través de las denominadas “artes clásicas”, En esculturas o pinturas que se remontan a siglos de antigüedad; donde se observaban individuos de un mismo período y jerarquía utilizaban en su imagen elementos que les diferenciaban socialmente del resto de la comunidad. En la danza, en la pinturas, en el teatro, entran en la denominación de las” bellas artes”. Donde William Shakespeare aconsejaba desde el escenario sobre como adquirir una buena imagen. Sin embargo en la literatura Isócrates, Cicerón ofrecen recomendaciones sobre como adquirir una buena retórica, en los que han dejado instrucciones sobre cómo un orador y un hombre de estado puede trabajar su propia imagen y aplicarla con toda eficacia. Ovidio en el arte de amar expone como debe presentarse un galán que quiere triunfar. Basta con leer un pequeño extracto de su obra para darnos cuenta que es plenamente actual:

“Pulco y aseado agradas con fuerte color bronceado bien cortado ha de estar tu traje pero sin ser llamativo porta el oportuno calzado y si es malo, resultará espantoso los dientes y la boca reluzcan frescos, así estimularás al besar tu cabellera que no se parezca a un cepillo , córtala según la norma, los rastros de barbilla son vulgares , aparecen bien afeitados limpios, pulidos y cortas mantén tus uñas cortadas, evitas siempre las comidas que empañen tu aliento y guárdate de oler fuerte como un cabrito”(Ovidio. El arte de amar).

“No hay una segunda oportunidad para crear una buena impresión”Regis Mc Kenna.

La salud bucal manifiesta en el niño el aseo de higiene personal, es la primera impresión [...] Informante 1

Se entiende la primera impresión como un proceso de percepción de un individuo hacia otro que transcurre en un lapso de tiempo reducido. Un primer encuentro tiene mayor importancia de lo que a priori podemos suponer, porque no siempre se

presentan segundas oportunidades que nos ofrezcan la posibilidad de modificar una mala impresión.

Una vez que se ha captado una fotografía mental, se realiza un juicio psicológico en el que se tienen en cuenta consideraciones de tipo personal en las que entran en juego aspectos como la confianza, la seguridad y la cercanía.

La primera impresión fue frecuentemente asociada a prácticas de cuidado de la salud bucal, en especial aquellas relacionadas a estética y prevención.

*La salud bucal es importante porque es la primera impresión, a través de tu sonrisa tu expresas si tus dientes están limpios o están sucios, si te cepillas es un niño aseado, si tú te lavas tu boca evitas que los mosquitos entren., es la salud tanto interior como exterior del niño..[....]
Informante 3*

De esta manera se resalta la estética, la salud bucal es relacionada con lo grato de la vida, lo limpio, lo armónico, lo de olor agradable más que con la función. En una estrecha relación con la estética están las emociones que la salud bucal o su ausencia despiertan; se perciben sentimientos de satisfacción frente a una boca bonita o a unos dientes blancos y sentimientos de molestia, asco, repudio frente a una boca con mal aliento, descuidada sin dientes que hace que la persona se sienta rechazada y ausentismo escolar.

Al hacer referencia sobre el estado de salud bucal de su hijo los padres manifestaron:

La salud de mi hijo es regular, porque es una niña que no mantiene constantemente el cepillado, un cepillado regular es lo que debería ser, es decir todos los días, después de cada comida, si ingiere un dulce o come mucha azúcar debería cepillarse [...] Informante 1

La salud no está sana, porque no le gusta cepillarse y eso es todos los días [...] Informante 3

A partir de esta textualidad los padres asocian la técnica de cepillado o hábitos de higiene bucal con el mantenimiento de su salud bucal.

Cabe señalar que aunque con menos fuerza, una representación donde la salud bucal se relaciona con ausencia de dolor y ausentismo escolar.

Mi hijo no ha tenido dolor, pero le revise la boquita y le vi una caries pero no ha faltado al colegio por dolor [...] Informante 2

Ha faltado al colegio una o dos veces al año escolar pasado por dolor, bueno tenía un olor fuerte en la boca, en la muela y si le molestaba, se le notaba, lo tenía inflamado y faltó dos veces [...] Informante 3

Los diversos discursos de los padres y o representantes de los niños con discapacidad intelectual reveló que los significados de la salud oral están relacionados con la higiene bucal, higiene general, alimentación, visita odontológica, imagen y ausencia de dolor. Por lo tanto, las enfermedades de salud bucal se asocia con los hábitos de higiene bucal, general y dieta.

A pesar de reconocer la aceptación universal de tener que cuidar su cuerpo, deben tener en cuenta la ideología de las normas

ESTADO DE SALUD BUCAL Y ESTADO EMOCIONAL

La emoción es un proceso que se activa cuando el organismo detecta algún peligro, amenaza o desequilibrio, tiene como finalidad poner en marcha los recursos a su alcance para controlar la situación ¹³³; Las emociones cumplen una función adaptativa, prepara al organismo para afrontar las condiciones del entorno, facilitando las condiciones apropiadas, cumplen una función social porque las expresiones

emocionales, verbales y no verbales y la represión de estas expresiones, son estímulos discriminativo que facilitan las conductas sociales permitiendo predecir comportamientos y evitar malos entendidos ¹³⁴. Las emociones son mecanismos que nos ayudan a reaccionar con rapidez ante acontecimientos inesperados que funcionan de manera automática, son impulsos para actuar.

Los seres humanos están conformados por substancias diferentes y separadas entre sí (la mente y el cuerpo,) de tal manera que la concepción tradicional de las emociones, no ha sido capaz de decidir dónde se sitúan las emociones. ¿Son ellas un fenómeno corporal? ¿Son mentales? ¿Dónde las podemos localizar?

La mayoría de las respuestas a estas preguntas han sido insatisfactorias. Los fenómenos emocionales han estado fluyéndose durante un largo tiempo. Una de las formas en que nuestro sentido común ha tratado este dilema ha sido hablando de las emociones como «asuntos del corazón». Al utilizar esta metáfora se encontró una especie de terreno intermedio: se admitió que las emociones no surgen de la cabeza, donde se suponía que reside la mente. En cambio, se supuso que eran fenómenos más elevados que otros fenómenos corporales. No obstante, nuestra concepción tradicional nos veía como «seres racionales», siguiendo la apuntada interpretación propuesta por Descartes hace más de 350 años que considera al comportamiento humano como racional y las razones de la mente son la clave para darle sentido a la acción humana.

Desde el comienzo, hubo reacciones contrarias a esta concepción del ser humano, especialmente en cuanto al papel asignado a nuestras emociones, los así llamados «asuntos del corazón». Blaise Pascal, filósofo francés contemporáneo de Descartes, nos advirtió que «el corazón tiene sus razones que la razón desconoce» («le coeur a ses raisons que la raison ne connaît point»). Pero a pesar de la advertencia, el cartesianismo se convirtió en nuestra forma predominante de comprender el fenómeno humano. Se sostiene que para comprender la acción humana, debemos prestar cuidadosa atención a nuestra vida emocional. Postulamos que nuestras emociones son determinantes básicas de lo que podamos o no lograr en los dominios del trabajo,

aprendizaje, sociabilidad, espiritualidad, etcétera. Nuestra vida emocional es un factor crucial en cada esfera de la acción humana.

Como seres humanos, dotados de lenguaje y reflexivos no solo tenemos emociones, tenemos pensamientos sobre nuestras emociones y tenemos además emociones sobre nuestras emociones las aprobamos o desaprobamos¹³⁵. Al igual que la mente, que genera constantemente pensamientos en un intento de comprender lo que sucede a nuestro alrededor, el estado de ánimo se encuentra en permanente movimiento, ya sea experimentando ligera variaciones o sufriendo cambios extremos.

Las emociones son mecanismos que nos ayudan a reaccionar con rapidez ante acontecimientos inesperados que funcionan de manera automática, son impulsos para actuar mientras que los estados de ánimo son una distinción muy diferentes de las emociones. Cuando hablamos de estados de ánimo, nos referimos al estado interior en el que se encuentra una persona desde el punto de vista emocional, mientras que la emoción son respuesta de gran valor adaptativo que tienen manifestaciones a nivel fisiológico, en la expresión facial, subjetiva y el procesamiento de información que surgen ante la evolución de un acontecimiento.¹³⁶

El estado de ánimo es el filtro afectivo a través del cual interpretamos y valoramos los acontecimientos en cualquier momento y contexto. Cuando nos encontramos muy animados la vida parece fabulosa, los problemas son fáciles de resolver y todo va bien pero cuando ese ánimo desciende la menor complicación puede hacer la vida que nos parezca insoportable.

El estado de ánimo de mi hijo es agradable, es una niña feliz, sonrío, alegre [...] Informante 3

Ella está chévere, fina se muestra contenta, su ánimo es perfecto. [...]
Informante 2

Sin lugar a duda el informante relaciona la salud bucal con el estado de ánimo agradable manifestando desde su subjetividad que su hijo se encuentra dentro de un estado de ánimo positivo o afectividad positiva sin ningún tipo de enfermedad bucal. Considerando que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad y que el estado de ánimo positivos es la ausencia de estado de ánimo negativo; Bajo la influencia de un estado afectivo positivo el individuo tiene más probabilidad de ser prosocial, es decir más sociable, cooperativo y ayudar más a lo demás.¹³⁷ (Isen 1987)

Los niños con síndrome de down parecen ser socialmente sensibles y atentos a las emociones de los otros. Kasari, Freeman y Hugues (2001) plantean que los niños con Síndrome de Down tienden a confundir una emoción positiva por una negativa (feliz en lugar de ira).¹³⁸

Contextualizando sobre el estado de ánimo, es menester acotar que Bárbara Fredrickson inicio una línea de investigación centrada específicamente en las emociones positivas y en su valor adaptativo.^{139, 140, 141,142}

Recientemente ha planteado la Teoría abierta y construida de las emociones positivas (Broaden and build theory of positive emotions)^{139,140} Fredrickson (1998.), que sostiene que emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, etc., aunque fenomenológicamente son distintas entre sí, comparten la propiedad de ampliar los repertorios de pensamiento y de acción de las personas y de construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis.^{139, 140,141}

A mediados de la década de los ochenta, Watson y Tellegen (1985) indican que existe un consenso entre los teóricos del afecto en torno a dos dimensiones básicas, las cuales los autores denominan afecto positivo y afecto negativo. El afecto positivo representa la dimensión de emocionalidad placentera, manifestada a través de motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito. Las personas con alto afecto positivo suelen experimentar sentimientos de satisfacción,

gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión, afirmación y confianza. Se relaciona con la extroversión, el optimismo y la resiliencia.¹⁴³

Ella se encuentra contenta, se relaciona con todos sus familiares, los abraza, les da besitos, da entender con un abrazo. [...] Informante 2

Con su mamá se relaciona normal y su hermano es una relación más amigable, más fluida, pero cada vez que el papa llega a su casa el estado de ánimo y el carácter de la niña cambia, su presencia influye en el carácter de la niña, es una niña agresiva, no acata normas. [...]
Informante 2

Salta a la vista observa que el estado de ánimo es negativo, su emocionalidad es displacentera, de malestar, manifestada por miedos, inhibiciones, inseguridades, frustración y fracaso.

Little, Montpetit, Watson y Pennebaker reafirman el afecto negativo es un factor de riesgo que afecta al individuo y lo hace propenso a cualquier enfermedad de salud bucal y general¹⁴⁴

De la misma manera Clark, 2000 plantea que un alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Se relaciona con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, labilidad vegetativa, estresores y ambientes desfavorables¹⁴⁵

El estado de ánimo positivo y negativo puede estar relacionado con el bienestar del individuo. Un estado de ánimo positivo puede mejorar su bienestar psicológico, salud física mediante el cultivo de experiencias de las emociones positivas en los momentos oportunos para hacer frente a las emociones negativas

Las emociones positivas pueden ser utilizadas para prevenir enfermedades, para reducir la intensidad y duración de las mismas y también para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo¹⁴⁶(Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

En 1967, Warner Wilson hizo una amplia revisión del bienestar subjetivo, concluyendo que la persona feliz es “joven, saludable, bien educada, bien pagada, extrovertida, optimista, libre, religiosa, casada, con alta autoestima, moral de trabajo, aspiraciones modestas, de cualquier sexo y de una amplia gama de niveles de inteligencia” (en Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).¹⁴⁷

Nuevos discursos y códigos de significación, comienzan a forjar cambios y ajustes en los procesos formativos y en el quehacer académico en la región latinoamericana.

El bienestar subjetivo, satisfacción vital, bienestar social y calidad de vida, son todo parte de una terminología que se relaciona con la felicidad, y que pretenden adquirir un status ontológico.

Su relación con sus familiares es bien, excelente son su hermana y excelente conmigo porque soy su mama y con su papa juega mucho con él, con su hermano se abraza, lo besa y comparte mucho con sus tíos, ella se lleva bien con todos [...] Informante 4

ESTADO DE SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se define como la percepción de un individuo de su posición de vida, “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales así como su relación con los elementos esenciales de su entorno

Es que la persona cuente con su apoyo médico, que tenga asistencia médica continua y vida integral. [.....] Informante 2

La calidad de vida es conceptualizada como una asistencia médica continua que tiene como objetivo preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades, de tal manera, que las personas con enfermedades crónicas o

agudas, requieren evaluaciones continuas, para prevenir el deterioro del estado funcional del individuo y de su Calidad de Vida.

La atención médica continua se centra en la capacidad del médico para brindar un servicio preciso y óptimo, sin olvidarse que está tratando un ser humano vulnerable y busca su ayuda, esta relación atención médica y calidad de vida están contextualizadas en todo momento en la calidad de vida del paciente.

Que tenga estabilidad, un hogar con piso de cemento, cerámica, cuarto con sus camas, bien aseadas [...] Informante 1

A partir de este discurso la calidad de vida se concibe como una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un importante peso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo.

Levi y Anderson (1980) señalan que un alto nivel de vida objetivo (ya sea por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial o el tiempo libre), puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Esta concordancia no es biunívoca; Para ellos, "por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual es el "ajuste" o la "coincidencia" entre las características de la situación (de existencia y oportunidades) y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como él mismo las percibe.¹⁴⁸

El hábitat son los espacios construidos, que satisfacen las necesidades objetivas y subjetivas de los individuos, que se equiparan a las cualidades ambientales permitiendo el desarrollo físico, biológico, psicológico y social de la persona¹⁴⁹ (Castro, 1999; citado por Landázuri Ortiz y Mercado Doménech, 2004, p. 90).

De acuerdo con Moreno (2002, p. 3) la habitabilidad entendida como una meta de bienestar involucra, además del hecho físico de la vivienda, el ambiente sociocultural y el entorno.¹⁵⁰

La calidad de vida es un niño que tenga acceso al parque, al colegio, [...]
Informante 4

A partir de este contexto se puede entender que la máxima expresión de la calidad de vida es la que se da en una situación de equilibrio ecológico perfecto, tanto en lo biótico y de entorno, como en lo social, cultural y mitológico, es decir, aquel paraíso perdido, antes de la ruptura ecológica de Eva y la manzana. Esto nos situaría la calidad de vida en términos absolutos, como un mito inalcanzable. Pero no olvidemos el componente vivencial subjetivo de la realidad. En cualquier caso queda en el haber de nuestro desarrollo conceptual, a partir de esta primera reflexión exegética, el aspecto de equilibrio ecológico, o en otros términos, de calidad ambiental, como un componente fundamental que aglutina un buen número de los posibles indicadores antes enunciados.

Pero además, en la valoración de este componente subjetivo esencial, entran en juego una serie de elementos en principio relacionados con las necesidades del individuo, pero que van tomando, cada vez más, un matiz social y comunitario. Hablar de calidad de vida como una referencia compleja al bienestar, nos acerca indefectiblemente a la misma definición de salud que la OMS ha propuesto: "No sólo la ausencia de enfermedad o padecimiento, sino también el estado de bienestar físico, mental y social"

La calidad de vida es tener todas las cosas que uno necesita para atender a sus hijos, como su alimento, donde uno vive. [...]

Informante2

*Es que el niño goze de una buena alimentación, comida balanceada, que lo mismo que se le dé en el almuerzo no se le dé en la cena, que tenga vestuario que no sean muchas peleas en el hogar.[...]**Informante*

3

Algunos sostienen que la calidad de vida se debe medir en términos de utilidad, ya sea esta felicidad o satisfacción de deseos. *Epicuro* dividió las necesidades humanas en

tres clases: naturales y necesarias (alimento y vestido), son relativamente fáciles de satisfacer; naturales pero no necesarias, (satisfacción sexual por ejemplo); y las que no son naturales ni necesarias, (lujo, abundancia, fausto y esplendor), siendo su satisfacción muy difícil.¹⁵¹

Sin embargo, dependiendo de la sociedad y cultura del colectivo, en algunos casos se observan viviendas muy precarias en situación de riesgo, con habitantes que no teniendo ni consumiendo lo necesario para subsistir, poseen lujosos equipos electrónicos, no "naturales" ni "necesarios". Quizás, intuitivamente, aplican los preceptos de *Keyes K*, de disfrutar de la vida...a pesar de todo.¹⁵²

Otra concepción de la calidad de vida es

Lo que brindamos a cada uno de nuestros niños, es mantenerlo dentro de los parámetros normales como el que tenga buena salud, goze de buena alimentación que no sea rechazado. [...] Informante 1

En el universo de descripciones que se han dado sobre la calidad de vida, las necesidades básicas: comida, vivienda, ropa, salud, educación, empleo y seguridad son elementos que marcan pautas para entender la calidad de vida.

La primera teoría en hablar sobre las necesidades objetivas y subjetivas es la Teoría de Jerarquización de las necesidades de Abraham Maslow; presentada en 1968, contenía cinco niveles de necesidades agrupadas en: fisiológicas, seguridad sociales, estima y de autorrealización. Esta teoría no toma en cuenta las interrelaciones que existen entre los niveles de necesidades, ya que algunos casos para satisfacer algunas necesidades fisiológicas se necesita pertenecer a grupos. Así en ese intento aunque de aporte tiene mucho, no logra englobar todos los elementos necesarios para determinar la calidad de vida¹⁵³ Esta misma autora refiere el concepto de calidad de vida a la satisfacción de necesidades materiales y subjetivas del hombre; toman en cuenta dimensiones, que ya hemos mencionado como la espacial y temporal.

Felci y Perri 1995, citado por Gómez defienden que básicamente existen cuatro conceptualizaciones de la calidad de vida: a) Calidad de las condiciones de una persona; b) satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones actuales; c) combinación de componentes objetivos y subjetivos y combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.²

De la misma manera Garduño en el 2004 reafirma que a partir del reconocimiento de los aspectos objetivos y subjetivos, existen cuatro aproximaciones al estudio de la calidad de vida una en términos de las condiciones objetivas de la vida (vivienda, estado físico, alimentación); otra en términos a la percepción de la persona sobre una serie de dimensiones de vida; la tercera combinación entre lo objetivo y subjetivo y por último la combinación de las condiciones de vida con la satisfacción pero jerarquizadas por la expectativa de vida¹⁵⁴

Indudablemente la calidad de vida no se puede conceptualizar completamente ; las dimensiones que la componen surgen de la vida de los sujetos, las dimensiones básicas son valoradas por los individuos de modo diferente., “ el valor asociado a cada dimensión varía a lo largo del ciclo (shalock y verdugo, 2002, p 27)¹⁵⁵ este valor asignado puede ser compartido por varios grupos sociales , debido a la facilidad con las que los usos y costumbres y valores y creencias son comunicadas a través de los medios de comunicación, los que cada vez son más abundantes y socializadores.

Según Garduño, Reig y Garza “ las necesidades percibidas, así como la importancia que se otorgan a los diferentes aspectos dela vida dentro de un contexto de posibilidades reales o percibidas , y en un cierto tiempo y lugar, permiten definir un estado ideal o deseado de la calidad de vida, así como una ponderación de la calidad de vida actual .¹⁵⁴

Al relacionar la salud integral con la calidad de vida de su salud bucal el informante respondió:

Si... porque un niño con llaguitas en la boca, obviamente es una infección interna que le provoca fiebre, malestar y eso no es salud integral. Teniendo una buena salud bucal le proporcionamos una buena calidad de vida [...] Informante 2

El informante manifiesta que la ausencia de patología es tener buena salud bucal y esto conlleva a una calidad de vida. Indudablemente hay una estrecha relación entre la salud bucal y la salud general del organismo. La boca refleja indicios y síntomas de salud y de enfermedad, incluso algunas enfermedades que afectan al organismo en su conjunto pueden tener su primera manifestación en la cavidad oral. Además, en la boca podemos ver algunas lesiones que pueden alertarnos sobre carencias vitamínicas, falta de minerales o estados nutricionales deficitarios. La salud bucal es importante y está relacionada con la salud y el bienestar general de las personas. Una boca “saludable” contribuye a que el individuo se sienta bien y ayuda a su satisfacción y mejoramiento de la calidad de vida.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Con la finalidad de presentar de una manera más clara la discusión, esta se estructuró por secciones que reúnen objetivos específicos y resultados relacionados con estos, tal y como se presentaron en el capítulo de resultados.

Sección I.- Índice de Higiene oral Simplificado (IHBS)

En esta investigación, los valores promedios de índice de higiene bucal simplificado (IHBS) en la muestra estudiada tanto en el sexo masculino como el femenino presentaron buena higiene bucal, valores similares a los reportados por Serrano y colaboradores¹⁵⁶ (2012). En cuanto a la discapacidad el grupo de niños con retardo mental moderado y leve presentaron una discreta higiene bucal y mayor promedio de placa dentobacteriana; lo que es posible considerar que una discreta higiene bucal encontrada puede explicarse por factores como deficiencia en la motricidad fina para ejecutar actividades de higiene bucal y la menor capacidad de entender instrucciones de higiene bucal, resultados similares reportados por Gace y colaboradores⁷¹ (2012) en Albania., Mehta y colaboradores¹⁵⁷ (2015), Garcés y colaboradores¹⁵⁸(2012) en Chile; Rahull y colaboradores⁶⁸(2015) en la India; Kadam y colaboradores⁷¹ (2014) en la India. Al contrario de valores más elevados de una pobre higiene bucal reportados por Altun y colaboradores¹⁵⁹ (2012), en Turquía; Queiroz y colaboradores¹⁶⁰(2014) en Brasil. Esto también se evidenció en estudios realizado por Bagić en Croacia, quien reportó que ninguno de los sujetos con síndrome de Down (SD) tenía el periodonto intacto y poseían al menos alguno de los signos clínicos de enfermedad periodontal, como sangrado o presencia de cálculo y el 14,1 % presentó bolsas periodontales profundas. Esto puede estar relacionado con las limitaciones motoras que pueden poseer los niños con esta discapacidad y con la falta de supervisión por parte de un adulto, en donde la situación clínica se puede agravar.

Sección II.- Índice CPOD y ceod

a) Índice CPOD

Las enfermedades de salud oral, son unos de los mayores problemas de salud en personas con discapacidad, debido a que la prevalencia y severidad es mayor que en la población en general. El mantenimiento de una buena salud oral es particularmente desafiante en personas con discapacidad debido al riesgo de enfermedades, limitaciones en el acceso a la atención y la falta de higiene bucal que ha sido un factor fundamental en el desarrollo de enfermedades periodontales y caries dental.

La salud bucal es parte integrante de la salud general; un individuo no puede considerarse completamente sano si existe enfermedad bucal activa. Las enfermedades bucales, en particular la caries dental, periodontopatías, y las maloclusiones, han sido subvaloradas por no ocasionar mortalidad directa, cuando en realidad su elevada frecuencia, molestias locales y, estéticas repercuten en la salud general ocasionando problema de salud ¹²⁵.

En esta investigación el índice CPOD, como indicador de salud bucal, obtenido fue muy bajo, de acuerdo a los criterios de la OMS en la prevalencia de caries dental, valores similares a los reportados por Rahull y colaboradores⁶⁸ (2014), en la India; Liu y colaboradores⁷⁰ (2015) en China, CPOD (1,5).

En contraste con otros estudios Hashemi y colaboradores ¹⁶¹ (2012) en Iran, reportaron un índice de CPOD mayor (5,14); Vellapally y colaboradores ⁷⁷(2014) en Arabia Saudita (CPOD 4,36); Gace y colaboradores⁷⁵ (2014) en Albania (4,9); ¹⁶² Purohit y colaboradores en la India. Mehta y colaboradores (2015)¹⁵⁷ en la India.

Con relación al índice CPOD según la edad de la muestra examinada el mayor promedio total de este índice se observó en el grupo de 14 años y el menor el de 11 años, valores similares a los reportados; Alsarhead y colaboradores ¹⁶³ (2013) en Arabia Saudita.

Es importante resaltar que la salud constituye un fenómeno dinámico relacionado con las diversas etapas de la vida, entre las cuales se encuentra la adolescencia, durante

esta etapa del ciclo vital individual se produce la estructuración de la personalidad ocurren transformaciones corporales, psicológicas, físicas y sociales. En esta etapa las enfermedades orales y sistémicas varían según su edad y discapacidad.

La condición de niño con Síndrome de Down establece una serie de características que se expresan no tan sólo fenotípicamente, sino también que influye en las condiciones bucales

En esta investigación en la experiencia de caries en superficie de los dientes permanentes según la discapacidad se observó que los niños con Síndrome de Down tuvieron los valores más altos de CPO, valores similares a Shukla y colaboradores⁸⁵(2014) en la India, Xavier y colaboradores¹⁶⁴ (2012) en Brasil , (CPOD 5,3);Pocaterra y colaboradores¹⁶⁵ (2008) en el Zulia .(CPOD 5,5);Otros estudios reportaron valores elevados en el retardo mental, Altún y colaboradores¹⁵⁹ (2010); Castilho y colaboradores¹⁶⁶ (2010) en brasil, CPOD 2,33 Gace y colaboradores⁷⁵ (2014) en Albania.

Para los dientes obturados, el mayor valor promedio se mostró en los niños de 13 años, mientras que para los dientes perdidos, los grupos de 8 y 9 años.

b) Índice ceo

La caries dental es considerada una enfermedad infecciosa, crónica, multifactorial, que tiende a alcanzando su mayor actividad durante la infancia y adolescencia, La presencia de altos niveles de la caries dental puede estar relacionado con la falta del acceso a los iones fluoruro y el aumento del consumo azúcar, no sólo en la cantidad consumida, sino también su frecuencia de ingesta.

En esta investigación se observó que el valor promedio de dientes cariados, extraídos y obturados fue de 1,20. Sin embargo estos valores fueron mayores a los mostrados por Godim y colaboradores¹⁶⁷ (2008); Shukla y colaboradores⁸⁵ (2014) y menores a los reportados por Rahull y colaboradores⁶⁸(2014) El promedio más alto de este índice se encontró en el grupo de 8 años de edad

En cuanto al valor promedio de caries en dentición primaria según la discapacidad el mayor promedio se observó en los niños con retardo mental leve, y menor promedio en el síndrome de down, valores similares a los reportados por Gace y colaboradores ⁷⁵ (2014)

Sección III. Percepción de los padres sobre el componente de la salud bucal de los niños evaluados

La calidad de vida relacionada con la salud bucal es un área del conocimiento odontológico que se ha desarrollado en los últimos años, en la población infantil, la creación de estos cuestionarios sobre el impacto de las enfermedades bucales en la calidad de vida representa un instrumento importante para los profesionales de la salud ya que los resultados obtenidos de estos cuestionarios son útiles para encaminar la toma de decisiones en la prestación de servicios de salud bucal, la cual no debe estar sólo encaminada a dar atención clínica, también debe considerar la integración de las necesidades sociales en salud bucal, tomando en cuenta el daño que las afecciones bucales causan en el desempeño de la vida diaria en los niños y sus familias. ¹⁶⁸ .

En general, los resultados del cuestionario P-CPQ ₈₋₁₄ sobre la percepción de salud bucal de sus hijos, manifestaron, en general sentirse muy bien con respecto a su salud bucal; Resultados similares a los reportados por Cárdenas y Colaboradores ⁶⁷ (2015) en Cartagena, quien reportó un 68% de sus hijos nunca han sentido dolor. Este hallazgo puede estar relacionado con que desconocen la situación real de salud bucal de los niños o realmente estos pacientes con discapacidad experimentan otros problemas más importantes a nivel sistémico que para el padre es más relevante y al presentar algún síntoma inicial es llevado al servicio de Odontopediatría del instituto.

En el dominio funcional los desempeños más impactados fueron: disturbios en el sueño observándose un impacto negativo en su calidad de vida. Valores similares a los reportados por Yashoda y colaboradores ¹⁶⁹(2014) en la india.; López y colaboradores ¹⁷⁰(2010) en Chile en un estudio sobre el impacto de la caries temprana en la infancia

relacionada con la salud oral, observaron una mayor incidencia de problemas para dormir por el dolor en sus dientes.

En el dominio emocional la mayoría de los padres expresaron sentimiento de irritabilidad y frustración, sin embargo se observaron desempeños de impacto positivo: se sonríe, no se siente frustrado ni nervioso. Aseguran que sus hijos no están preocupados por su apariencia y por ser diferente a causa de sus problemas dentales. Resultados similares a Cárdenas y colaboradores ⁶⁷(2015).

Al analizar las respuestas, sin lugar a duda el padre relaciona la salud bucal con el estado de ánimo agradable manifestando desde su subjetividad que su hijo se encuentra dentro de un estado de ánimo positivo o afectividad positiva sin ningún tipo de enfermedad bucal que altere su calidad de vida.

En lo social la mayoría de los padres afirmaron que sus hijos no evitaron sonreír ni hablar por causas dentales; mantuvieron sus actividades escolares, compartieron y participaron. En cada una de estas valoraciones expresadas se presentan sentimientos de aceptación personal, sociabilidad, fortaleza y amor, tanto en sus compañeros y entorno, fortaleza interna o autoconfianza.

Según la discapacidad el dominio más prevalente se observó en el dominio 2 (Limitación funcional relacionados a problemas dentales), en el retardo mental moderado.

A pesar de existir pocos estudios nacionales e internacionales sobre la percepciones de los padres sobre el componente bucal de los niños con discapacidad, se encontraron por analogía estudios similares pero en niños en condición normal tales como los reportados por Albites y colaboradores (2014)¹⁷¹, Shing (2015)¹⁷². A diferencia de ¹⁷³ Olivieri (2014), que investigó el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de niños pre-escolares concluyendo que la percepción de los padres es que sus hijos no presentan limitaciones relacionadas con la salud oral.

Por otra parte, De Andrade ¹⁷⁴ (2011) reportó que gran mayoría de los padres observaron que la salud oral de sus hijos era mala o muy mala y en menor porcentaje eran conscientes de que los problemas orales podrían empeorar el bienestar de sus hijos por ejemplo al presentar dolor, dificultad para comer. Los resultados son diferentes posiblemente por el nivel de consciencia de los padres o influenciado por variables como grado de escolaridad o número de ingresos, variables que en este último fueron mayores.

Sección VI. Percepción de los niños (sub muestra) sobre el componente de la salud bucal.

Los niños y adolescentes tienen diferentes grados de percepción de sí mismos y del mundo, en función de su fase de desarrollo, difícilmente puede ser estandarizado en una sola concepción de la satisfacción personal

La percepción del niño se desarrolla dentro del proceso de la actividad orientada de la acción objetiva práctica del juego, actividad creadora, se extiende y se profundiza y se convierte en actividad independiente de observación. A los doce y catorce años la percepción se hace más profunda, en esta etapa la percepción esquematizante y coordinada de muchos aspectos de la realidad se va desarrollando en su pensamiento, fortaleciendo así su propia percepción y conceptualizando su propia calidad de vida.

Para los niños y adolescentes, la calidad de vida puede significar la cantidad de sus deseos y esperanzas están cerca de lo que realmente está sucediendo. También "refleja su exploración, tanto para sí mismos y para los demás y está muy sujetas a cambios y la influencia de los acontecimientos y problemas cotidianos crónica.

Las respuestas de la percepción de los niños (submuestra) (P-CPQ) con respecto a la calidad de vida en relación a la salud oral (n: 20), se observó que los niños la enfermedad de caries dental es percibida como un problema o disminución de su calidad de vida, teniendo mayor predominio de respuesta en el desempeño dolor en los dientes (80%) una o dos veces hasta todos los días. Para los dominios limitación

funcional, emocional y social las respuestas nunca fueron las respuestas más porcentualmente elegidas.

Al correlacionar las respuestas de la percepción de los niños y padres (submuestra) (P-CPQ) con respecto a la calidad de vida en relación a la salud oral (n: 20), se observó que las respuestas de los padres fueron cercanas a las de los niños en cuanto a su estado emocional.

En el dominio social, las respuestas de los padres con mayor impacto correspondió (dificultad para poner atención, No ha querido leer o hablar en voz alta, No ha querido compartir con otros niños), a diferencia de las respuestas de los niños con mayor impacto (no quiere hablar con otros niños)

Aunque la mayoría de estos niños y adolescentes no manifestó sentirse triste, molesta o preocupada a causa de sus dientes y el 80% afirmó que haber sido molestado alguna vez por sus dientes. Sin embargo éstas respuestas no representaban un problema mayor para esta población, debido probablemente al esquema de tratamiento integral bajo el cual los niños habían estado desde temprana edad.

A pesar de lo antes expuesto y según los hallazgos del estudio las secuelas de la condición de discapacidad no limitaron el desarrollo social, emocional según lo percibido por los niños y padres.

Por otra parte la percepción de los niños y sus padres en actividades escolares y relaciones interpersonales fue positiva y no se evidenciaron alteraciones en las rutinas cotidianas y educativas. Esto podría ser por la estrecha cercanía y conocimiento que propicia un mayor vínculo afectivo intrafamiliar.

Si se tiene en cuenta que la construcción de todas las preguntas de la encuesta se confeccionaron con el propósito de que todas tuvieran la misma direccionalidad de intensidad, desde lo más positivo para el niño expresado en la opción nunca a lo más negativo para el niño expresado todos los días, se concluye que los padres no

consideran la salud bucal de sus hijos un problema del cual preocuparse, es decir no evidencian la magnitud de los problemas orales en el bienestar de sus hijo. Estos resultados concuerdan con los hallazgos reportados por Ruffo, 2014 en Brasil, quien evaluó la prevalencia de dolor, factores asociados y el impacto de estas condiciones en la calidad de vida.

Sección V. Impacto Familiar de los niños con discapacidad

La familia constituye un sistema interactivo e interdependiente donde lo que le sucede a uno de sus miembros afecta a los otros integrantes del sistema¹⁷⁵

La discapacidad de un hijo es un hecho de tal calibre que repercute en el conjunto familiar y genera una serie de efectos adversos: altos niveles de estrés, bienestar general más bajo, relaciones sociales más pobres, sentimientos de crianza negativos, peor satisfacción marital y una mayor carga económica y de cuidados^{176,177,178}

En esta investigación se aplicó el cuestionario FIS, varios ítems se agruparon en más de una dimensión y varios de ellos no fueron representativos; los ítems recogieron la información sobre los problemas que ocasiona la discapacidad intelectual en la vida cotidiana de los padres, los problemas más frecuentes expresados por los padres correspondieron al dominio 1 (actividad familiar); los ítems más significativos fueron los siguientes: Usted y su pareja se han sentido culpables, usted y su pareja han tomado tiempo libre en su trabajo, Su hijo ha requerido más atención de Usted y su pareja).

Efectivamente los padres asumen que su hijo con discapacidad necesitan apoyo personal y social; el padre al prestar más atención a su hijo limita sus actividades cotidianas y horas de descanso durante la noche, ocasionando un impacto negativo donde se verían obligados a dejar sus actividades laborales de manera parcial o total para cuidar a su hijo.; creando un impacto negativo que afectaría su economía familiar y estado emocional alterando así su calidad de vida.

Núñez 2003 plantea que los aspectos económicos, sociales y la educación se convierten en aspectos que influyen en la dinámica familiar, por lo que es importante conocer la magnitud en que estos determinan las características particulares de cada

familia. Además dependiendo de la manera en que los padres hagan frente a las demandas y necesidades de su hijo (a) con discapacidad influirá en la dinámica familiar.

179

A pesar de que en la actualidad la visión sobre las reacciones de las familias ante el nacimiento de un hijo con discapacidad ha evolucionado hacia interpretaciones más positivas” (Peralta y Arellano, 2010, p.7). En su estudio reportó que las familias perciben la discapacidad de su hijo como un acontecimiento, al menos, estresante.¹⁷⁸

Ortega (2010) plantea el tener un hijo con discapacidad conlleva a una serie de implicaciones, que muchas veces es manejado de manera negativa, sin embargo, no se trata de etiquetar en “bueno” o en “malo” sino de analizar y conseguir comprender los fenómenos que suceden en el interior del núcleo familiar.¹⁸⁰

Ortiz 2007 plantea que existen numerosos factores demográficos, sociales y políticos y económicos que justifican esa necesidad¹⁸¹. De la misma manera, Autores como Bayat (2007) o Knestrich y Kuchey, verdugo 2004 (2009, citado en Peralta y Arellano, 2010) indican que determinadas variables como tipo y grado de discapacidad de sus hijos, estatus socioeconómico, nivel de cohesión familiar, existencia de un sistema firme de creencias y de percepciones positivas acerca de la discapacidad, mantenimiento de roles y rutinas familiares, disponibilidad de variedad de recursos en la comunidad, o relación colaborativa con los profesionales que atienden a sus hijos, parecen tener un papel explicativo en la vida familiar (p.9-10)¹⁷⁸

Peralta y Arellano observaron en su estudio que los padres de alguna forma equilibran lo bueno y lo malo de su situación. En su investigación reportó que los entrevistados reconocen que sus vidas se han enriquecido en determinados aspectos y algunos describen con sufrimiento su situación, pasada y actual. Se puede decir, que esta orientación positiva contribuye a dignificar la vida de las personas con discapacidad y de sus familias, a transmitir la idea de que, dentro del mundo de la discapacidad, hay lugar para los sentimientos, las experiencias positivas, el éxito, la mejora, la excelencia y la calidad, y por tanto, ayuda a profesionales y familiares a “curarnos” de las miradas

de pena y compasión tan frecuentes ante la discapacidad, percibiéndola como una fuente de constante sufrimiento y dolor ¹⁷⁸

Se puede observar que hay diferencias en las manifestaciones de los padres ya que, se aprecian efectos negativos y positivos. Lo que interesa es dar una visión general sobre las vivencias positivas de las familias, donde a pesar de su impacto negativo en la actividad parenteral, se presentan sentimientos de aceptación, enriquecimiento personal y aprendizaje de valores, ciertas virtudes como la fortaleza y el amor, además, del reconocimiento en positivo de las habilidades de las personas con discapacidad.

Sección VI Relacionar. la percepción de la calidad de vida con el componente bucal de la muestra estudiada.

Los padres relacionaron la calidad de vida y salud bucal con los espacios construidos, los cuales son aquellos espacios que satisfacen las necesidades objetivas y subjetivas de los individuos, que se equiparan a las cualidades ambientales permitiendo el desarrollo físico, biológico, psicológico y social de la persona. (Castro, 1999; citado por Landázuri Ortiz y Mercado Doménech, 2004, p. 90). ¹⁸²

Landázuri y Espejel (2006) mencionan que el individuo adquiere valores y conforman su personalidad gracias a prácticas significativas de socialización, que de alguna forma moldean sus actitudes y creencias, cambiando su percepción sobre los eventos sociales y las condiciones ambientales que los sostienen. Generando mayores oportunidades de socialización, crecimiento personal y la adquisición de nuevos valores, gracias a las interacciones comunitarias; las cuales determinan el nivel de inclusión o exclusión de los habitantes a diversas prácticas y grupos sociales. ¹⁸³

Los espacios construidos influyen sobre aspectos de salud-enfermedad, a través de la somatización de los estímulos externos que no llegan a ser controlados por los seres humanos.

Sin embargo, la falta de oportunidades, la privación social y las interrelaciones con los demás, generan condiciones de aislamiento, molestia, indiferencia, segregación, desesperanza aprendida, agresión y pérdida de control percibido (Freudenberg, 2000); que al final de cuentas inciden sobre la calidad de vida del individuo, afectando de manera holística todos los aspectos relacionados directa o indirectamente con la persona.

Terán, Landázuri, Villalpando y Mercado (2010), establecen que un mejoramiento de las condiciones de los espacios públicos (y también privados) optimizan no solo las relaciones entre grupos sociales, sino que permite una relación más estrecha entre el hombre y el medio ecológico, llegando a beneficiar indiscutiblemente aspectos relacionados con la salud y la calidad de vida a nivel colectivo e individual.¹⁸⁴

Todo esto permite asegurar que el medio construido, determina las ejecuciones del medio social, definiendo al mismo tiempo sus oportunidades de aprendizaje, interacción, participación y apropiación física, social y semiótica; generando con ello identidad del plano de lo individual a lo colectivo, culminando en la construcción de conductas pro sociales y pro ambientales¹⁸⁵, al igual que un desarrollo de los aspectos relacionados con la salud pública y privada.

En relación con lo anterior, Evans y Mitchell (1998) enfatizan que el rol que juegan los espacios construidos es de vital importancia para un mejoramiento de las condiciones fisiológicas de las personas, generando una sensación de bienestar.¹⁸⁶

Todo esto dentro de un marco conductual que tenga las herramientas necesarias para favorecer cada una de las esferas que conforman la vida del ser humano. Por ello es que una de las metas, es el encontrar el ambiente óptimo que permita un desenvolvimiento total de las personas; mejorando con ello sus condiciones de vida (Bechtel, 2002) y por ende, de salud física, psicológica y calidad de vida.¹⁸⁷

CONCLUSIONES

- De los 61 niños estudiados se encontró un Índice de higiene bucal bueno; Sin embargo, en cuanto a la discapacidad en el retraso mental leve y moderado se observó una discreta higiene bucal.
- La muestra presentó un valor promedio de CPOD y ceo bajo .En los niños con síndrome de Down el valor promedio de CPOD fue alto y ceo bajo y en los niños con retardo mental leve presentaron un mayor promedio de ceo.
- Los resultados obtenidos en esta investigación confirman la existencia de impactos prevalente pero no severo de la salud bucal en la calidad de vida de los niños con discapacidad, sobre todo en la discapacidad retardo mental moderado. La calidad de vida de las personas con discapacidad exige partir de una premisa básica y fundamental ya consensuada y aceptada “la calidad de vida de las personas con discapacidad comprenden los mismos factores y dimensiones que de las personas sin discapacidad
- Las dimensiones registradas con mayor impacto por los padres: limitación funcional y bienestar emocional y en los niños, dominio oral y limitación funcional; las dimensiones de menor impacto se encontró en el dominio social.
- Se reconoció la relación de dependencia entre calidad de vida relacionada con la salud bucal y necesidad de salud bucal; donde se consideró la necesidad de salud percibida y observada, la percibida se refirió al autoreconocimiento de sintomatología propia de afecciones bucodentales acompañada de limitaciones funcionales, impacto de bienestar emocional y oral. La necesidad observada se refirió al diagnóstico clínico de enfermedades bucales.
- Los problemas más frecuentes expresados por los padres en el dominio actividad familiar fueron los siguientes: los padres han tomado tiempo libre en su trabajo,

Su hijo ha requerido más atención de usted y su pareja y su sueño ha sido alterado. En el dominio emocional los padres manifestaron sentirse culpables y en menor porcentaje estar preocupado.

- Los padres percibieron que la formación de hábitos adecuados como higiene bucal, higiene personal y hábitos alimenticios son de gran importancia para una buena salud bucal y su relación con la calidad de vida. De la misma manera expresaron que la ejecución diaria de estos hábitos se transforman en necesidades del individuo "*Espacios contruidos*" que son aquellos espacios que satisfacen las necesidades objetivas y subjetivas de los individuos, que se equiparan a las cualidades ambientales permitiendo el desarrollo físico, biológico, psicológico y social del niño.
- En definitiva todos los resultados expuestos en este estudio convergen en una idea: el bienestar del niño, que no sólo está asociado a una mayor satisfacción psicológica sino que tiene importantes implicaciones en la salud física, emocional y social. El bienestar tiene un papel importante en la prevención y en la recuperación de condiciones y enfermedades permitiendo mejorar la salud bucal y la calidad de vida del individuo.

RECOMENDACIONES

Analizar las condiciones de salud bucal y su relación con la calidad de vida es un tema relevante para la salud pública e incita cuestionarse cuál es el peso de la autopercepción de la salud bucal en la calidad de vida relacionada con salud y calidad de vida general. La difusión de este estudio se presentan como un desafío para la salud pública de nuestro país, lo que sugiere generar políticas públicas que consideren la salud bucal desde una perspectiva integral, con énfasis en poblaciones vulnerables. Y que los profesionales del área de salud ,desde sus procesos narrativos y dinámicos e interactivos estén orientados a desconstruir las situaciones que dificultan e incrementan la calidad de vida y potenciar las fortalezas y oportunidades de los sistemas para” *reconstruir y construir* “ juntos alternativas generadoras de cambios de actitudes hacia lo positivo. Pero más allá de las instituciones públicas deberían ser conscientes de la conexión mente-cuerpo y específicamente del papel del bienestar en la recuperación y prevención de enfermedades.

En la conceptualización de la calidad de vida existe una serie de indicadores que han cobrado especial relevancia en los niños con discapacidad que deben ser contemplados: el grado de participación en la toma de decisiones sobre cuestiones que les afectan, el nivel de integración, aceptación por la comunidad, la igualdad de oportunidades, contribución

En necesario implementar estrategias educativas que permitan generar conocimientos en los padres sobre la importancia en el proceso de aprendizaje de sus hijos, ya que les permitirán asumir mejores sus funciones y responsabilidades, desde las etapas más tempranas de la vida, teniendo como beneficio claro el mejoramiento de la salud bucal de su hijo y su calidad de vida.

A pesar de los progresos en el desarrollo de instrumentos para medir el impacto de las condiciones bucales en la calidad de vida de niños, aún hay mucho para ser estudiado. Cómo el desarrollo físico/psíquico y las experiencias relacionadas a otras enfermedades que influyen en la percepción del niño sobre su propia salud bucal,

Es necesario seguir potenciando la calidad de vida relacionada con la salud bucal y promover estrategias resilientes en los diversos contextos personales, familiares y comunitarios, desde el diálogo con otras ramas de la ciencia, profesionales, ciudadanía, administraciones públicas para construir juntos a un mundo lleno de posibilidades.

En el futuro se debe realizar investigaciones sobre la calidad de vida y salud bucal, algunos de estos retos pertenecen a la comunidad científica, pero no debemos olvidar que otros pasos importantes corresponden a las instituciones públicas y a la sociedad en conjunto; que deben brindar un mayor espacio dentro de los programas educativos del área odontológica del niño con discapacidad, para fomentar conscientemente la problemática y su atención pertinente. De tal manera que el incremento actual y futuro de la población en niños con discapacidad obliga a reorientar las políticas de salud a favor de dicha población.

REFERENCIAS

1. Bordoni N; Escobar A; Mercado R. (2010) Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo. Editorial médica Panamericana. Argentina
2. Gómez M., Sabeh E. (1998). "Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación práctica." 4 (2),170-78
3. Cardozo, C. (2005) "Salud y calidad de vida: hacia la conformación del campo de acción institucional." En: Aguledo. La salud publica hoy. Enfoques y dilema contemporáneos en salud pública. Facultad de odontología Primera reimpresión. Colombia.
4. Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) (2004). Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (CLADP). APAL: Guadalajara. P 285.
5. Posada A. (2004)."Las personas con discapacidad" .Rev Aquichann 4(004) Universidad de la Sabana. Chías Colombia
6. Amate A; Vásquez A. (2006). Discapacidad lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la salud. Publicación científica y técnica N° 615. 1er ed. Washington D.C. p 155-169
7. Córdova A, Gómez J. (2008). Calidad de vida familiar en personas con discapacidad: un análisis comparativo. Rev Redalys, Universitas Psychologica, 7(2),369-383.
8. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P. (2009)."Determinates for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents". J Indian Soc Pedod Prevent 27(3),151-7.
9. Silvestre J. (2007). Odontología en pacientes especiales. 1er ed. España: Universitas; p249-277
10. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H. (2008).Self reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. Community Dent Oral Epidemiol;36(1),85-94.
11. Slade, G .(1997).Measuring oral Health and Quality of life. North Carolina: University of Noth Carolina.p 101-123

12. Febres Cordero, F. (1987). Historia de la medicina en Venezuela y América. I Tomo. Caracas, Venezuela: Consejo de Profesores Universitarios Jubilados. UCV
13. Ring M (1989) Historia ilustrada de la odontología. Barcelona, España: Mosby/Doyna libros.
14. Campanioni FA. Contribución a la historia de la estomatología cubana. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas, pp.11-162.
15. Saturno J. (1981). Odontología y sociedad (Venezuela, siglo XIX). Caracas: AVEFO____. (1996). Barberos y sucesores. Medio milenio de odontología en Iberoamérica. Caracas, Venezuela: Monte Ávila
16. Quintero, M. (2007) Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Revista hacia la promoción de la salud ;11(9).
17. Gómez R. (2008). La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad. Colombia: Universidad del Rosario.
18. Gadamer H. Fundamentos de una hermenéutica. Verdad y métodos. 5ta edición. Ediciones. Sígueme.
19. Guzmán E. (2006). Pierre Fauchard. Rev. Mex Odon Clín ;1(4), p.15.
20. García, A; Benavides F & Ruiz F. (2000) Salud Laboral: Conceptos y Técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona. Masson.
21. Caballero, S. Un recorrido sobre el concepto de salud.. Rev de salud pública; 1 (1).
22. OMS/ UNICEF. Declaración de Alma –Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS6-12 de Septiembre de 1978. Ginebra;1978
23. Rodríguez G; Goldman A. (1996) .La conexión salud-desarrollo. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud Edits
24. Plan Decenal de Salud de las Américas, 1970) [citado 13 marz del 2012, [aprox 15]Disponible en <http://hist.library.paho.org/English/OD/34900.pdf>
25. Amar, 2013 Amar J; Gonzales- Martínez; Utria-Utria L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. Salud Uninort, 29(1):124-133
26. Chaves M 1962.Odontologia Sanitaria. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Publicación Científica; (63) Cuba.

27. Barnes, 1994; Reyes, 1996). Barnes L. Disabled peoples in Britain and Discrimination. A Case for anti- discrimination Legislation. Londres: Hurst& Company; 1991
28. García Valdés A. (1987). Historia de la medicina. Madrid: Interamericana.
29. Gonzáles Ma, Riambao O, Castro F. Amputación de extremidad de inferior y discapacidad. Prótesis y rehabilitación. España: Masson; 2005.
30. Quevedo E. (1992). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. En *Sociedad y salud*. Bogotá: Zeus Asesores.
31. Castellanos P. (2004). Reflexiones sobre políticas públicas de protección social, derechos humanos y participación social en el estado democrático contemporáneo en América Latina. Mimeo. Borrador de trabajo preliminar
32. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (2007). Misión Barrio Adentro. Portal del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Mayo. [Documento en Línea] Disponible: <http://www.msds.gov.ve/ms/modules.php?name=News&file=print&sid=1610>. [Consulta: 2013, marzo 15]
33. Plan nacional de desarrollo económico y social de la nación 2001-2007 (PDESN) (2001). [Documento en Línea] <http://www.mpd.gob.ve/pdeysn/pdesn.pdf>. <http://www.mpd.gob.ve/pdeysn/pdesn.pdf>. [Consulta: 2013, Abril, 15].
34. Chávez H. (2007). Proyecto nacional Simón Bolívar. Primer plan socialista. Desarrollo económico y social de la Nación 2007-2013. <http://www.gobiernoenlinea.ve/noticias-view/shareFile/PPSN.pdf>. [Consulta: 2008, octubre, 21]
35. Sánchez M. (2008). Retos y desafíos del derecho a la salud en la Venezuela actual. Ponencia en el marco del 2do Congreso Internacional Bolivariano de Odontología. I Jornadas de Políticas de Salud Bucal. Caracas, Venezuela
36. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.860 (Extraordinario). 20 de diciembre de 1999.
37. Ley Para las personas con Discapacidad (2007). Gaceta Oficial N° 38.598 (Extraordinario). 2 de octubre de 1998.
38. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (MSDS)(2002). Estrategia de promoción de la calidad de vida. Construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad. Documento de Trabajo. Caracas, Agosto, Venezuela

39. Rodríguez G (1999). Modelo de Atención Integral. Conceptualización. Normas y Procedimientos. Mimeo.
40. Feo O. (2003). Repensando la salud: Propuestas para salir de la crisis. Instituto de Altos Estudios "Arnoldo Gabaldón". Maracay, Venezuela: Universidad de Carabobo
41. Ley de Ejercicio de la Odontología (1970). Gaceta Oficial N° 29.288. 10 de agosto de 1970.
42. Couto M.; Esser J. & Vásquez N. (2007). Odontología y misoginia. Estética versus funcionalidad. Investigación en salud. Agosto, año/vol. IX, N° 002, pp. 94-99
43. Ley Orgánica de Protección del Niño y el Adolescente (1998). Gaceta Oficial N° 5. 266 (Extraordinario). 2 de octubre de 1998
44. Oviedo, 2004 la definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría gestalt revista de studios sociales.n° 18 2004.
45. Winocur, palmer, Dawson 2007 Winocur, G., Palmer, H., Dawson, D., Binns, M., Bridges, K., & Stuss, D. (2007). Cognitive rehabilitation in the elderly: An evaluation of psychosocial factors. Journal of the International Neuropsychological Society, 13, 153-165.
46. Gherunpong S, Tsakos G,Sheiham A. (2004) Gherunpong S, Tsakos G,Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. Health Qual Life Outcomes. 2 (57)
47. The World health Organization Quality of life assessment. (1995): "position paper from the World Health Organization".Soc Sci Med, 41:1403-9
48. Ardilla, Ruben. (2003) Calidad de vida una definición integradora. Revista latinoamericana de psicología.;35(2),161-164.
49. Ruiz, M,A; Pardo A. (2005).Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Revista Pharmacoconomics. 2(1),31-43
50. Fernández G; Fernández M; Rojo F.(2005). Calidad de vida y salud planteamientos conceptuales y métodos de investigación. Revista Territoris. ;(5) ,117-135.
51. Urzúa, A. (2010) Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Revista médica Chile.138 (2).358-365.
52. Rajmil, L; estrada M, D, Herdman, Serra. (2008) Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. 18(53),34-43

53. Jurado E, Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida Salud Pública Méx. 44(5),448-463.
54. Abanto JA. (2009) Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais 138(2)111-119.
55. Miraschi, C; Ríos M; Morales I; Urzúa, j; Barahona, P.(2009). Calidad de vida y condición oral en embarazadas chilenas e inmigrantes. Rev Perú Med Exp Salud;26(4),455-61.
56. Nuñez, F; Clericus R; Cavishiulli D; Jimenez Del Rio P; Gonzáles C; Delgado G. (2015) Adaptación y validación al español Del cuestionario de Percepción infantil CPQ E¹¹⁻¹² en población comunitaria española. Rev española de salud publica 89 pp585-595
57. Jockovic A; Locker D; Stephens M; Kenny D; Tompson D. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral health related quality of life. Rev J Dent Res;81 pp 459-63
58. Gonzáles G. El proceso de la discapacidad: Un análisis de la encuesta sobre las discapacidades, deficiencias y estados de salud. Madrid: Fundación Pfizer; 2004.
59. Brogna P. Visiones y revisiones de la discapacidad. México: FCE; 2009.
60. Goffman E. Ensayos sobre la situación social de 10 enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1961
61. Sosa L .Reflexiones sobre la discapacidad (2009). Dialógica de la inclusión y exclusión en las prácticas. Rev ágora para la EF ;9
62. Villar F. Discapacidad, dependencia y autonomía y vejez. España: Aresta SC.; 2009.
63. Amate A; Vásquez A. Discapacidad, lo que todos debemos saber. Organización Panamericana de la salud. Publicación científica y técnica N° 615. Washington D.C; 2006.
64. Sambrano R. Caracterización de los estudiantes con discapacidad. Rev. Ped Caracas [artículo en Internet] 2007[citado 15 abr 2012];28(81)
65. Quiroz, X; Solís A. (2005) Un aporte al desarrollo de los niños discapacitados. Universidad de Salamanca
66. Soto, M; Failde. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica (2004) Rev. Soc. Esp. Dolor

67. Cardenas,S;Martinez F;Martinez K;Puello Gómez L.(2015)Impacto de caries dental sobre la calidad de vida en niños pertenecientes a la primera infancia de instituciones educativas. Tesis doctoral
68. Rahull y Colaboradores Rahul V;Mathew C; Sunil J;Thomas G; Noushad MC (2015). Oral manifestation in mentally challenged children. Rev J int Oral health; 7 (2) 37-41
69. Ruiz E.Souki M. alteraciones bucales en niños(a) y adolescentes diagnosticados con Síndrome de Down. http://issuu.com/ugmadirecciondeinvestigacion/docs/incidencia_de_alteraciones_bucales_
70. Liu Z; Yu D; Luo W;Yang Y; Lu J; Gao S; Li W; Zhao W. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou. 2004. Rev International journal of Environ Res Public health; 11
71. Kadam N;Patil R; Gurav A;Patil Y; Shete A; Tari R; Agarwal D; Shirke D; Jadhav P.(2014) Oral Hygiene Status, periodontal status, and periodontal treatment needs among institutionalized intellectually disabled subjects in Distric,Maharashtra. Rev Journal of oral disease (1)
72. KrishnanCS; Archana A.(2014) Evaluation of oral hygiene status and periodontal health in mentally retarded subjects with or without down syndrome in comparison with normal healthy individuals.Rev Journal Oral health Comm dent 8(2) pp 91-94
73. Ortiz, M (2007) Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes Intervención Psicosocial v.16 n.1 Madrid 2007.
74. Solansky J; Gupta S; Arya A. (2015). Dental caries and periodontal status of mentally handicapped institutionalized children; jul 8 (7)
75. Gace E; Kelmendl M; Fusha E. (2014) Oral health Status of children with disability living in Albania. Rev Mater sociomed; 26 (6) pp. 392-394.
76. Soares J; Volpato L; Castro P; Lambert N; Borges A;Carvalhosa A.(2013) Avaliação do conhecimento sobre saúde bucal de pais e cuidadores de crianças e adolescentes com deficiência. Rev J health Sci Inst; 31 (3) 239-43
77. Vellappally S; Gardens S; Kheraip A; Krishna M; Badu Suresh; Hashem M; Jacob V Anil S.(2014). The prevalence of maloclusión and its association with dental caries among 12-18 years old disabled adolescents. Rev BMC Oral health 14:123.

78. Andrade L; Buczynski A; Luiz R; Castro G; Souza I.(2011) Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños pre-escolares percepción de los responsables. Acta odontológica 49(4).
79. Pachajoa.,H; Riascos AJ, Castro D , Isaza C , Quintero JC.(2014) Down syndrome passed from mother to child. Biomédica; 34:326-9.
80. Gardiner, K. Pharmacological approaches to improving cognitive function in Down syndrome: current status and considerations. Drug Design, Development and Therapy 2015:9 103–125.
81. Basile, H. (2008). Retraso mental y genética Síndrome de Down. Revista argentina de clínica neuropsiquiatría. 15(1),9-23
82. Boj, J, Catalá M, García C. (2011).Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven. Editorial Ripano. Madrid
83. Pérez, M; Santos C (2011). Alteraciones del lenguaje en pacientes afectos de síndrome de Down. Revista de la Sociedad de Otorrinolaringológica de Castilla y León; 2(9),9-23
84. Nacer, J .; (2011).Fuentes L. Estudio epidemiológico global del síndrome de down. Rev Chilena Pediatr.82(2),105-112
85. Shukla D; Bablani D, Chowdhry A, Thapar R, Gupta P, Mishra S., 2014
86. Areias, C; Sampaio B; Pereira ML; Azevedo A, Melo P , Andrade C, Scully C., 2012)
87. Nizar, Harinath, Dhayanand, Siva, 2014) , Shukla D; Bablani D, Chowdhry A, Thapar R, Gupta P, Mishra S
88. Dávila M, Gil M, Daza D. (2006) Caries dental en personas con retraso mental y síndrome de Down. Rev. Salud Pública. 8(3),207-213
89. Al-Maweri S, Al Sufyani G (2014) Dental caries and treatment needs of Yemeni children with Down syndrome Sadeq Al-Maweri¹ and Ghadah Al-Sufyani² Dent Res J (Isfahan). Nov-Dec; 11(6): 631–635. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275630/>
90. Carfi A; Antocicco M; Brandi V, Camilla Cipriani C; Fiore, F., Davide S; Roberto V, Onder G (2014) Characteristics of adults with Down syndrome: prevalence of age-related conditions. December | Volume 1 | Article 51 | 1 revista
91. Retamales, N; Moreno R.. (2009).Morbilidad y Mortalidad durante el primer año de vida en pacientes con síndrome de Down. Rev Chil Pediatr, 80(4),323-331.

92. Gonzáles, G; Raggio V; Tapié A, Roche L, 2013. Avances en la identificación etiológica del retraso mental. *www.neurologia.com Rev Neurol* 2013; 57 (Supl 1): S75-S83.
93. Célis, L; Moreno, A; Trujillo L. (2008). Estudio preliminar del retardo mental en la población de Rovira. *Rev Cienc Salud. Bogotá.*; 6 (2) ,39-50
94. Cardozo, A; Benevides S. (2010) A influência das habilidades no envolvimento de mães e pais com filhos com retardo mental. *Universidades Luterana do Brasil.* 31,39-53
95. Cabarcas, Lisette; Espinosa, Eugenia; Velasco, Harvy *Etiología del retardo mental en la infancia: experiencia en dos centros de tercer nivel Biomédica*, vol. 33, núm. 3, septiembre, 2013, pp. 402-410 Instituto Nacional de Salud Bogotá, Colombia
96. Gadamer H. G. (1993). *Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica.* Salamanca. España: Sígueme.
97. Muñoz B. (2009) *Escuela de Frankfurt. Primera generación.* En Román Reyes (Director), *Diccionario crítico de ciencias sociales. Terminología Científico-Social.*
98. Jokisch R. (2001). *La escuela de Frankfurt y la teoría crítica.*
99. Rioboo R (2002) *Índice en odontología generalidades. Índices de salud e índices para evaluar la caries dental. Odontología preventiva y odontología comunitaria. Primera edición. Madrid. Ediciones avances médicos dentales.* pp 859-878
100. Martínez M. (2007) *La investigación cualitativa etnográfica en educación. Manual Teórico-Práctico. Texto SRL: Venezuela.* P 175
101. Klaus, H. (2004) *Introducción a la metodología de la investigación empírica.* Barcelona Editorial Paidotribo 1er edición 139-144
102. Busot A. (1991) *El método naturalista y la investigación educacional.* Maracaibo: Universidad del Zulia p.178
103. Colas P. & Buendía L. (1992) *Investigación Educativa.* Alfar: Sevilla
104. Zabalza M. (1989) *Diseño y desarrollo curricular.* Narcea: Madrid.p89-93
105. Bertaux D. (2005) *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica* Bellatera, España.p 130-136
106. Strauss A. ,Corbin J.(2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Colombia.p11-15

107. Couto, M. (2010) La formación de odontólogos en la UC teoría o practica transformadora, representaciones sociales, tesis para optar al título dr en ciencias sociales mención salud y sociedad. Facultad de Cs de la salud UC
108. Briones G (1990). Métodos y técnicas avanzadas de investigación en ciencias sociales. México: Trillas.
109. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología, Innovación e Industrias Intermedias.(2012) Código de Ética para la Vida.
110. Mardones, J.M. Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación.
111. Korblit A; Diz M. El proceso salud enfermedad. 1er edición <http://www.terras.edu.ar/jornadas/41/biblio/41KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf>
112. Sachi,M; Hauberger,M, Pereyra A.(2007), Rev Salud Colectiva vol. 3(3)pp
113. Menéndez E. (2004) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: Spinelli H, compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial.
114. Samaja J. (2004) Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar Editorial
115. Crespo, M, 2009. Promoción de salud bucodental en educandos de la enseñanza primaria. Motivaciones, estrategias y prioridades Odontopediàtricas
116. García, A; Sáez, J; Escarbajal, A. *Educación para la salud*. Madrid: Arán Ediciones, 2000.
117. Seco Manuel, Andres Olimpia, Ramos Gabino, Diccionario del español actual Madrid, santillana 1999
118. Shunk D 1997. Teoría del aprendizaje, segunda edición México. PHH Prentice Hall
119. Hernandez, 2000 Hernandez, E hábitos: los buenos, los malos y los feos.
120. Borobio P. La educación y la higiene Rev proinfantia 76(1915) pp92-
121. Palomé ,1999). Palomé, M la higiene en los niños: educación es el factor importante

122. Gonzales,F;Sierra C;Morales Luz (2001) Conocimiento actitudes y practicas en salud bucal de los padres y cuidadores en hogares infantiles, Colombia Rev salud pública de México vol. 3(53)pp247-257
123. Abreu, M; Pordeus I; Modena C. (2005). Representacoes sociais de saude bucal entre maes no meio rural de itauna (MG), .2002.Cien Saude Colet. Vol. 10 (1) 245-259. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a25v10n1.pdf>
124. Ferreira AAA 2002. Representações sociais da necessidade de cuidados bucais: um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança – Natal/RN. Dissertação de mestrado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal <http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/promprev.pdf>
125. Wannmacher L, Ferreira MBC (1999) Farmacología clínica para dentistas. (2a ed.). Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro
126. Alzate, TM; Campo LF; Martinez CM; Rueda AY; Tobon JD. (2004) Representaciones sociales de los adolescentes escolarizados sobre la boca y la higiene oral Medellín, Ces Odontología. Vol 18(2) 9-18 [.http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/435/242](http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/435/242)
127. Nieva BC, Jácome S, Cendales L. Representaciones sociales del proceso salud-enfermedades orales en poblaciones urbano- marginales y su relación con los discursos y las prácticas institucionales. Rev Fed Oodntolo Colom 1999- Enero. Marzo 57(195)9-56
128. Pardo de Vélez G. Investigación Cualitativa. En: Pardo de Vélez G. Investigación En Salud. Factores Sociales. Santafé De Bogotá: Mc-Graw Hill- Interamericana; 1997. p. 181-219.
129. Luengas, M., Sáenz, L. & Sánchez, T. (2010). Salud bucal, un indicador sensible de las condiciones de salud.
130. Botazzo C (2006). Sobre bucalidade: notas para a pesquisa e contribuicao ao debate. Cien Saude Colet. Vol 11 (1) 7-17.
131. Cortez N. (2000). De lo bucal a lo oral. La práctica odontológica de la técnica al sujeto Medellín Facultad de ciencias sociales y humanas universidad de antioquia
132. Garrido, Raquel 2010- Imagen personal, editorial vértice. Málaga pág. 17. España
133. Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999): Emociones y salud. Barcelona: Ariel
134. Casado M.I; Tobal M. (2011). Emoción. Em puentes ferreras a psicología Contemporâneas básicas y aplicada. Madrid. Ed Pirâmide

135. Solom RC (2007). *ética emocional. Una teoría de los sentimientos*. Barcelona plaza.
136. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotion in positive psychology: The broaden and build theory of positive emotion. *American Psychologist*, 56, 218- 226.
137. Isen M; Alice M; Kimberly D; Nowicki G.(1987)positive affect facilitates creative problem solving.*Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 52(6), Jun 1987, 1122-1131.
138. Kasari C, Freeman S & Hugues MA (2001). Emotion recognition by children with Down syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, 1. Vol. 106, 59-72.
139. Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2 (3), 300-319. Fredrickson, B. L. (2000a). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-being, from
140. Fredrickson, B. L. y Branigan, C. (2000). Positive emotions. En T. J. Mayne y G. A. Bonanno (Eds.), *Emotion: current issues and future directions* (pp. 123-151). Nueva York: Guilford Press.
141. Fredrickson, B. L. (2003). The value of positive emotions. *American Scientist*, 91, 330-335.
142. Fredrickson, B. L. y Branigan, C. (2000). Positive emotions. En T. J. Mayne y G. A. Bonanno (Eds.), *Emotion: current issues and future directions* (pp. 123-151). Nueva York: Guilford Press
143. Watson, D.; L. A. Clark y G. Carey (1988). "Positive and Negative Affectivity and Their Relation to Anxiety and Depressive Disorders", *Journal of Abnormal Psychology*. 97(3)
144. Little, L. M.; B. L. Simmons y D. L. Nelson (2007). "Health Among Leaders: Positive and Negative Affect, Engagement and Burnout, Forgiveness and Revenge", *Journal of Management Study*. 44(2).
145. Clark, L. A. y D. Watson (2000). "Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications", *Journal of Abnormal Psychology*. 100(3).
146. Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855

147. Diener, E. y R. Emmons (1984). "The Independence of Positive and Negative Affect", *Journal of Personality and Social Psychology*. 47(5)
148. Levi y Anderson, L. (1980) La tensión psicosocial. Población Ambiente y Calidad de Vida. (Méjico. Ed. El manual moderno.)
149. Castro M.E. (1999). Habitabilidad, médio ambiente y ciudad. 2do Congreso Latinoamericano: El habitar, una orientación para la investigación proyectual, Universidad Autónoma Metropolitana, México.http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/587/hologramatica_n10_vol1pp27_58.pdf
150. Moreno, C; Dary L; Reyes R; Marcela C& Pérez S. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*. ; (1):62-77.)
151. Shopenhauer A. Arte del buen vivir. 19na ed. Madrid: Editorial EDAF, S.A.; 2006
152. Keyes K. (1992) Hacia la expansión de la conciencia: el camino a la felicidad a través del amor vivo. Madrid: Editorial EDAF, D.L.
153. Palomino B, López G. La calidad de vida, expresión del desarrollo. *Calidad de vida salud y ambiente*. México UNAM INI. Región y sociedad. 2000; 11:171-85.
154. Garduño E, Reig P, Garza V. Desarrollo y validación de un instrumento para evaluar la calidad de vida en estudiantes universitarios. México: Fundación Universidad de las Américas. Puebla [internet]. 2004
155. Shalock y Verdugo, 2002, p 27. the concepts of quality of life in human service : A handbook for human sewice practitioners , Washigton Dc American Association on mental retardating
156. Serrano M; Torrelles A; Simancas Y. (2011)Estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual, *Rev Acta odontológica Venezolana*, Vol 50 (3)
157. Mehta A; Gupta R; Mansoob R; Mansoori S. Assessment of oral health status of children with special needs in Delhi, India. *RSBO*. 2015 Jul-Sep;12(3):244-51
158. Garce C; Barrera M; Ortiz M; Rosas C. (2012).estado de salud oral de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en una población chilena .*Rev Oral res* 3(2):59-63
159. Altun C; Guven G; Akgun O;Akkurt M;Basak F;Akbulut E.(2010) Oral health status of disabled individuals attending special school.

160. Queiroz F; Rodriguez M;Cordeiro J;Oliveira A;Oliveira J;Almeida E.Evaluación de las condiciones de salud bucal de portadores de necesidades especiales.Revista Odontol Unesp 43(6):396-401
161. Hashemi ,Z;Hajizamani A;Bozorgmehr E;Omrani F. (2012) Oral health status of a sample of disabled population in iran.Rev J oral health Oral Epidemiol 1(11)23:28
162. Purohit B; Singh A. (2012) Oral health status of 12 years old children with disabilities and controls in Southern India. Rev Journal of publics health (1) 3 330:338.
163. AlSarhead M. A comparative study of oral health amongst trisomy 21 children living in Riyadh, Saudi Arabia: Part 1 caries,, malocclusion, trauma The Saudi Dental Journal; 27, Issue 4, Pages 220–223
164. Xavier A; Núñez M; Alencar C; Cavalcanti A (2012). Prevalencia de anormalidades bucales y caries dental en portadores de síndrome de down. Rev acta odontológica venezolana; 50 (4).
165. Pocaterra, 2008 Condiciones de salud-enfermedad bucal de niños y adolescentes con síndrome de Down. Salud bucal en niños con síndrome de Down
166. Castilho A ; Marta S. (2010) Avaliação da incidência de cárie em pacientes com síndrome de Down após sua inserção em um programa preventivo. ciênc. saúde coletiva vol.15 (2)
167. Gondim L; Andrade M; Maciel S; Ferreira M. (2008) Perfil epidemiológico das condições dentárias e necessidade de tratamento dos portadores de deficiência da cidade de Caruaru, Pernambuco, Brasil. RGO, Porto Alegre, v. 56, n.4, p. 393-397.
168. Mujica M; Díaz F; Hernandez J.Instrumentos validados para medir la salud bucal en los niños. Rev Salud (i) Ciencia 20 846-851.
169. Yashoda R; Puranik M (2014).Oral health status and parental perception of child oral health related quality of life of children with autism in Banglore. Rev journal of Indian society of Pedodontics and preventive dentistry; Vol 32(2).
170. López C; Alva A; Borjas P (2014)...Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural. Rev estomatológica herediana 24 (4).
171. Albites Abanto JA. (2009) Impacto das doenças e desordens bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças pré-escolares e de seus pais 138(2)111-119
172. Shing H;Han D;Shin M;Lee H; Kim M; Kim H. (2015) Korean Version of child perceptions Questionnaire and dental caries among Korean children. Rev Plos one: 10(2).
173. Olivieri A; Ferro R; Benachio L; Besostri A; Stellini E. (2013)Validity of italian version of the child perceptions Questionnaire. Rev BMC oral health 13:55

174. Andrade D.(2011) Impacto de la salud oral en la calidad de vida de los niños preescolares: percepción de los responsables. *Acta odontológica venezolana*, ; 29 (4)
175. Migerode, F. y otros (2012). «Quality of life in adolescents with a disability and their parents: The mediating role of social support and resilience». *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(5), pp. 487-503. Norling, D. y Broberg, M. (2013). «Parents of children wit
176. Guyard, A. y otros (2012). «Measuring the concept of impact of childhood disability on parents: Validation of a multidimensional measurement in a cerebral palsy population». *Research in Developmental Disabilities*, 33(5), pp. 1594-1604.
177. Lizasoain, O. y otros (2011). *Hermanos de personas con discapacidad intelectual. Guía para el análisis de necesidades y propuestas de apoyo*. Logroño: Sin índice.
178. Peralta, F. y Arellano, A. (2010). «Familia y discapacidad. Una perspectiva teórica del enfoque centrado en la familia para promover la autodeterminación». *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), pp. 1339-1362.
179. Núñez, B. (2003). La familia con un hijo con discapacidad: Sus conflictos vinculares [The family with who have a child with disability: Their relational conflicts]. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 101(2), 133-142.
180. Ortega, P; Torres LD; Garrido A y Reyes A. (2006) Actitudes d elos padres en la sociedad actual con hijos e hijas con necesidades especiales. *Rev psicología y ciencias social* 8 pp 21-32
181. Ortiz, MD (2007) Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. *Intervención psicosocial* 16(1) 93-105
182. Landázuri Ortiz, a. Y mercado doménech, s. (2004). Algunos factores físicos y psicológicos relacionados con la habitabilidad interna de la vivienda. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, Editorial Resma, 5 (1 y 2), pp. 89-113.
183. Landázuri y Espejel (2006). Influencia del entorno psicosocial en la calidad de vida. En C, Sanchez M; Ríos M; Murueta y J vasquez. *Psicología alternativa En America Latina*. México. Asociación mexicana de alternativas en psicología.
184. Terán, A., Landázuri, A., Villalpando, A. y Mercado,S.(2010).Calidad de vida urbana. Equidad y convivencia en el espacio público de la Ciudad de México .Manuscrito presentado para publicación
185. Jiménez, B. (2002). Identidad urbana y prácticas sostenibles en barrios populares .En J. Guevara yS. Mercado (Coord.).*Temas selectos de psicología ambiental*. México: Universidad Nacional Autó-noma de México, Greco Unilibre

186. Evans, G. & Mitchell, J. (1998). When buildings don't work: the role of architecture in human health. *Journal of Environmental Psychology* 18, 85-94
187. Bechtel, R. (2002). The research for the optimal environment. En J. Guevara y S. Mercado (Coord). *Temas selectos de psicología ambiental México: Universidad Nacional autónoma de México, Greco Unilibr*

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LOS PADRES O CUIDADORES

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____	
EDAD: _____ Grado de Instrucción: _____	
REPRESENTANTE: _____	
TELEFONO: _____	_____
TIPO DE DISCAPACIDAD: RETARDO MENTAL _____ SINDROME DE DOWN _____	

Instrucciones: Marque con una X la alternativa que usted considere correcta con respecto a su hijo.

Dimensión	N°	ITEMS	Nunca	Una o dos veces	Algunas veces	Frecuentemente	Todos los días
Síntomas Orales	1	En los últimos tres meses su hijo					
	1	Ha sentido dolor en sus dientes					
	2	Sangrado de las encías					
	3	Ampollas en la boca					
	4	Mal aliento					
Limitación Funcional	5	Comida pegada en la parte de arriba de tu boca					
	6	Comida atascada entre los dientes					
	1	Respirado por su boca					
	2	Ha demorado en comer mas tiempo que otros					
	3	Ha tenido problemas para dormir					
	4	Dificultad comer o morder alimentos					
	5	Dificultad abrir grande la boca					
	6	Dificultad para decir alguna palabra					
7	Dificultad comer alimentos que te gustaría comer						
	8	Dificultad para beber con pitillo					

Bienestar Emocional	9	Dificultad para comer alimentos fríos o calientes				
	1	Sentido Preocupado por lo que piensan acerca de tus dientes				
	2	Sentido irritable o frustrado				
	3	Sentido molesto				
	4	Sentido inseguro de ti mismo				
	5	Sentido nervioso o temeroso				
	6	Sentido tímido				
Bienestar Social	7	Preocupado por no verte tan bien				
	8	Preocupado por sentirse diferente a otras personas				
	9	Preocupado de no ser tan saludable como otros				
	1	Faltado al colegio por a causa de dolor				
	2	Dificultad para prestar atención				
	3	Dificultad para hacer tus tareas				
	4	No quieres hablar o leer en voz alta en clase				
	5	No hablas con otros niños				
	6	Evitas sonreír o reír cuando estas con otros niños				
	7	Sentido diferente que otros niños				
	8	Otros niños se han burlado de ti				
	9	No has querido compartir tiempo con otros niños				
	10	Evitado participar en actividades del colegio				
11	Ha preguntado por otros niños?					
12	Has sentido que otros niños te han dejado de lado					
13	Has tenido dificultad para tocar instrumento musical					

OBSERVACIONES: _____

FIRMA:

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN INFANTIL (CHILD PERCEPTIONS QUESTIONNAIRE)

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ Grado de Instrucción: _____

REPRESENTANTE: _____

TELEFONO: _____

TIPO DE DISCAPACIDAD: RETARDO MENTAL _____ SINDROME DE DOWN _____

Instrucciones: Marque con una X la alternativa que usted considere correcta con respecto a su hijo.

Dimensión	Nº	ITEMS	Nunca	Una/dos veces	Algunas veces	Frecuentemente	Todos los días
Síntomas Orales	1	En los últimos tres meses, Has sentido dolor en tus dientes?					
	2	Sangrado de las encías					
	3	Ampollas en tu boca					
	4	Mal aliento					
	5	Comida pegada en la parte de arriba de tu boca					
	6	Comida atascada entre tus dientes					
Limitación Funcional	1	Respirado por tu boca					
	2	Demorado en comer más tiempo que otros					
	3	Tenido problemas para dormir					
	4	Difícil comer o morder alimentos					
	5	Difícil abrir grande la boca					
	6	Difícil decir alguna palabra					
	7	Difícil comer alimentos que te gustaría comer					
	8	Difícil beber con un pitillo					

	9	Difícil comer alimentos fríos o calientes				
Bienestar Emocional	1	Sentido Preocupado por lo que piensan acerca de tus dientes				
	2	Sentido irritable o frustrado				
	3	Sentido molesto				
	4	Sentido inseguro de ti mismo				
	5	Sentido nervioso o temeroso				
	6	Sentido tímido				
	7	Preocupado por no verte tan bien				
	8	Preocupado por sentirse diferente a otras personas				
	9	Preocupado de no ser tan saludable como otros				
Bienestar Social	1	Faltado al colegio por a causa de dolor				
	2	Dificultad para prestar atención				
	3	Dificultad para hacer tus tareas				
	4	No quieres hablar o leer en voz alta en clase				
	5	No hablas con otros niños				
	6	Evitas sonreír o reír cuando estas con otros niños				
	7	Sentido diferente que otros niños				
	8	Otros niños se han burlado de ti				
	9	No has querido compartir tiempo con otros niños				
	10	Evitado participar en actividades del colegio				
	11	Ha preguntado por otros niños?				
	12	Has sentido que otros niños te han dejado de lado				
	13	Has tenido dificultad para tocar instrumento musical				

ANEXO 3

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado representante:

Nos dirigimos a usted en la oportunidad de informarle que su representado ha sido seleccionado para participar en un estudio que se llevará a cabo por La Prof. Marianela Rodríguez Ramírez, de la Universidad de Carabobo, y el cual tiene como objetivo ***“Analizar el componente bucal en niños con Síndrome de Down y Retardo mental y su relación con la calidad de vida”***

En este estudio se indagará la existencia de Enfermedades bucodentarias prevalentes, por lo que se realizará una evaluación clínica Odontológica y aplicación de tres cuestionarios a través de una entrevista que permitirá evaluar la percepción del niños sobre su salud bucal y calidad de vida

La participación en este estudio es **completamente gratuita y voluntaria, no representando riesgo alguno para la salud del niño(a)**. Tendrá una duración aproximada de tres meses, siendo la participación de los estudiantes de vital importancia. En todo momento se respetarán los derechos de los participantes bajo la norma legal de la LOPNA; así mismo, todas las actividades a realizarse durante la investigación serán en pro del bienestar de los niños. La información personal recogida será confidencial, y los resultados globales serán utilizados para el desarrollo de una Tesis Doctoral. En ningún documento generado durante todo el estudio se utilizarán los nombres de los participantes y los datos estarán protegidos del uso no permitido por personas ajenas a la investigación.

La persona responsable de este estudio es la Profesora Marianela Rodríguez, la cual suministrará la información necesaria y contestará sus dudas y preguntas. Podrá contactarla en el Area clínica de Odontopediatria “Acapane” de la Universidad de Carabobo, por el teléfono 0414-4145490.

CONSENTIMIENTO

Por medio de la presente hago constar que he sido informado sobre el procedimiento a seguir en el estudio **“Componente Bucal en niños con Síndrome de Down y Retardo mental y su relación con la Calidad de Vida”** y que doy voluntariamente mi autorización para que se realice las evaluaciones antes mencionadas a mi representado. Entiendo que si así lo deseo, puedo interrumpir la participación sin tener que dar explicación alguna, liberando a mi representado de cualquier compromiso o responsabilidad.

Nombre del representante: _____ CI: _____

Teléfono: _____

Nombre del estudiante: _____

Año escolar en curso: _____

Firma: _____ Fecha: _____



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DEL ZULIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS

PROTOCOLO DE ENTREVISTA A LOS ACTORES Y LAS ACTORAS INFORMANTES

I. DATOS DE LA ENTREVISTA:

Fecha de la entrevista: _____

Lugar de la entrevista: _____

Hora de inicio: _____ Hora de cierre: _____

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PADRE, MADRE O REPRESENTANTE

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de Habitación: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Grado de Instrucción: _____

Dependencia laboral: _____ Ubicación: _____

Cargo que desempeña: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Otros _____

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de Habitación: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Dependencia donde estudia: _____ Grado: _____

Ubicación: _____

Municipio: _____ Estado: _____

Otros _____

I. PERCEPCIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD BUCAL

¿Qué significa para Usted la salud bucal?

¿Cuál es la importancia para usted y su hijo de la salud bucal?

¿Cómo considera que es la salud bucal de su hijo?

Ausencias o no al colegio por dolor o molestias en la boca

II. ESTADO DE SALUD BUCAL Y ESTADO EMOCIONAL

¿Cómo se encuentra el estado de ánimo de su hijo?

Relaciones familiares (padres, hermanos, tíos, entre otros)

Según la condición actual de salud Bucal de su hijo ¿Cómo es su estado de ánimo?

III. ESTADO DE SALUD BUCAL Y CALIDAD DE VIDA O SALUD INTEGRAL

¿Qué significa para Usted la calidad de vida o salud integral?

Considera que la salud bucal tiene relación con la salud integral o calidad de vida de su hijo

¿Considera que el día a día puede verse afectado por la condición bucal de su hijo?