



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

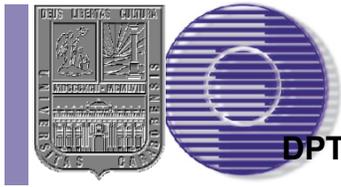
**CONDICIÓN DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON RETRASO
MENTAL**

Autores: Br. Roa Nuñez, Ana.

Br. Rodríguez Campos, Evelyn.

Tutor de Contenido: Od. Pugliese C, Rosella.

Octubre, 2013



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**Área: Odontopediatría
Línea: Biología Humana
Temática: Patología Bucal y General
Subtemática: Manifestaciones bucales en pacientes con enfermedades
sistémicas y metabólicas.**

**CONDICIÓN DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON RETRASO
MENTAL**

**Trabajo de grado como requisito previo para optar al título de
Odontólogo.**

Autores: Br. Roa Nuñez, Ana.

Br. Rodríguez Campos, Evelyn.

Tutor de Contenido: Od. Pugliese C, Rosella.

Octubre, 2013

DEDICATORIA

Dirigido especialmente a mis padres y familiares, los cuales con su apoyo moral, emocional y confianza me tendieron su mano en todo momento, sin escatimar límites solo con el propósito de dejar en mí una huella imborrable de lo que es luchar y dedicarse a obtener los objetivos profesionales pautados en la vida.

A mis hermanos que de una forma u otra me apoyaron y estuvieron siempre presentes.

A todos aquellos que me nutren de conocimiento, los cuales forman parte de mí día a día como profesores, orientadores y amigos que me aportaron interés por crecer y aprender como profesional y persona.

Ana Roa.

Dedico esta tesis a mis padres por ser artífices en la culminación de mis estudios superiores quienes con sus consejos y ayuda me dieron impulso para seguir adelante.

Para ustedes mis queridos ahijados, sobrinos y pequeños primos quienes con su inocencia de la niñez me han dado hermosos momentos que he vivido día a día a través de ustedes, que esta tesis les sirva para aprender que la voluntad y la firmeza son los grandes aliados del deseo.

A mi hermana, tíos, abuelos, amigas y demás familiares por el apoyo, comprensión incondicional y porque estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil.

Evelyn Rodríguez.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios, por brindarnos perseverancia, paciencia, salud y conocimientos para iniciar y culminar satisfactoriamente nuestra carrera y este trabajo de investigación.

A nuestros padres por su amor y apoyo incondicional en todos los sentidos, por darnos sus consejos y guiarnos siempre a lo largo de nuestra vida y carrera.

Al nuestra tutora de contenido Od. Rosella Pugliese, profesora del área de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, por habernos encaminado y guiado al estudio y realización de este trabajo de investigación que hoy culminamos.

A la Dra. Zulayma Sanabria, por ser nuestra tutora y guía metodológica.

A la profesora Alba Cabrera, por brindarnos su colaboración y conocimientos en el momento que lo necesitábamos.

A nuestros amigos y compañeros de clase que de distintas maneras influenciaron en el desarrollo de nuestra carrera y nos apoyaron sin saberlo en el mejoramiento del mismo y de nosotros como personas.

A todos ellos muchas gracias.

ÍNDICE GENERAL

	pp.
LISTA DE CUADROS	viii
LISTA DE GRAFICOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	3
Objetivos de la investigación	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Justificación de la Investigación	8
II MARCO TEÓRICO	
Antecedentes de la Investigación	10
Bases teóricas	14
Sistema de Variables	29
III MARCO METODOLÓGICO	
Tipo de investigación	30
Diseño de Investigación	30
Población y Muestra	31

Población	31
Muestra	31
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	32
Validez y confiabilidad del instrumento	32
Procedimiento	33
Procesamiento de la información	33
IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
Análisis de datos	34
Conclusiones	44
Recomendaciones	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXO	51
A. Matriz de datos	52

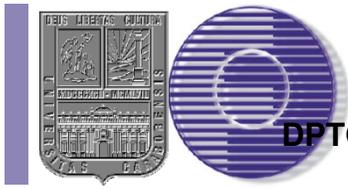
LISTA DE CUADROS

CUADRO		pp.
1	Operalización de variables.	29
2	Índice de Higiene Oral Simplificado por Edad en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	34
3	Índice de Higiene Oral Simplificado por Sexo en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	35
4	Índice de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados, distribuidos por grupo Etario, en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	36
5	Índice de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados, distribuidos por Sexo, en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	36
6	Índice de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados, distribuidos por grupo etáreo, en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	37
7	Índice de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados, distribuidos por Sexo, en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	38
8	Distribución absoluta y porcentual de prevalencia de patologías en la cavidad bucal según localización en tejidos blandos que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	38

9	Distribución Absoluta y Porcentual según grupo etáreo de prevalencia de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	39
10	Distribución Absoluta y Porcentual según sexo de prevalencia de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	41
11	Distribución Absoluta y Porcentual según grupo etáreo de prevalencia de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	42
12	Distribución Absoluta y Porcentual según sexo de prevalencia de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.	43

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO		pp.
1	Prevalencia de patologías en la cavidad bucal según localización en tejidos blandos que se presentan frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE.	39
2	Prevalencia de patologías de tejidos duros según grupo etáreo que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE.	40
3	Prevalencia según sexo de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE.	41
4	Prevalencia de patologías de tejidos blandos según grupo etáreo.	42
5	Prevalencia de patologías de tejidos blandos según sexo.	43



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

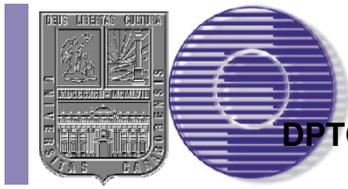
CONDICIÓN DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL.

Autores: Roa Nuñez Ana
Rodríguez Campos Evelyn
Tutora de Contenido: Od. Rosella Pugliese C.
Tutora de Metodología: Dra. Zulayma Sanabria
Fecha: Octubre 2013

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito principal determinar la condición de salud bucal en pacientes con retraso mental que acuden a la clínica de Odontopediatría III en el centro de atención ACAPANE en edades comprendidas entre 6-12 años entre 2011-2013. Para tales fines se realizó una investigación de tipo descriptiva, con un diseño no experimental cuya población estuvo determinada por las historias clínicas de pacientes con retraso mental del centro de atención ACAPANE, tomando 40 de éstas, las cuales cumplían con el criterio de inclusión de la muestra como lo es pertenecer al rango de edad de 6 a 12 años. Al recolectar los datos, se obtuvieron los siguientes resultados: el índice de higiene oral simplificado (IHOS) tanto por edad y género fue de 0,95 lo que es indicativo de una buena higiene bucal, el promedio de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracción indicada y obturados (CPOD) tanto por edad y género fue de 3,86 indicando un riesgo moderado a caries dental, por su parte el índice de dientes cariados, con extracciones indicadas y obturados (ceod) arrojó 5,19 representativo de un alto riesgo a caries dental, en cuanto a la prevalencia de las lesiones localizadas en tejidos blandos las encías fueron las más afectadas con 48,80% seguida de labios con 32,50% y el género donde predominaron estas lesiones fue el masculino; por ultimo en lo que respecta a la prevalencia de lesiones en tejidos duros en el grupo etáreo 9 a 12 años se evidencio el mayor porcentaje con 51,51%.

Palabras Clave: retraso mental, salud bucal, lesiones, tejidos duros, tejidos blandos.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DPTO. FORMACIÓN INTEGRAL DEL HOMBRE
INFORME DE INVESTIGACIÓN

CONDICIÓN DE SALUD BUCAL EN PACIENTES CON RETRASO MENTAL.

Autores: Roa Nuñez Ana
Rodríguez Campos Evelyn
Tutora de Contenido: Od. Rosella Pugliese C.
Tutora de Metodología: Dra. Zulayma Sanabria
Fecha: Octubre 2013

ABSTRACT

The present research was to determine the main oral health status in patients with mental retardation who come to the clinic of Pediatric Dentistry III in the spotlight ACAPANE aged between 6-12 years between 2011-2013. For this purpose we conducted a descriptive research with a non-experimental design whose population was determined by the medical records of patients with mental retardation ACAPANE spotlight, taking 40 of these, which met the criteria for inclusion in the is shown as belonging to the age range of 6-12 years. By collecting the data, the following results were obtained: the simplified oral hygiene index (OHI) both by age and gender was 0.95 which is indicative of good oral hygiene, the average permanent teeth decayed, extracted, with indicated extraction (DMFT) both by age and gender was 3.86 indicating a moderate risk to dental caires, meanwhile the index of decayed, with extractions indicated and filled (dmft) yielded 5.19 representing a high caries risk in terms of the prevalence of soft tissue lesions of the gums were most affected with 48.80 % followed by 32.50% lips and gender where these lesions was dominated masculine finally in with regard to the prevalence of hard tissue injuries in the age group 9-12 years evidenced with the highest percentage 51.51%.

Keywords: mental retardation, oral health, injury, hard tissue, soft tissue.

INTRODUCCIÓN

El retraso mental es una discapacidad caracterizada por un bajo rendimiento intelectual, incluyendo la limitación en dos o más habilidades adaptativas necesarias para la comunicación, el trabajo, convivencia en el hogar entre otros. Debido a ello el desarrollo general de las personas con retraso mental es más lento, presentando dificultades en el aprendizaje y ajuste social.

Los pacientes con retraso mental son personas con necesidades médicas especiales, ya que tienen o están en un mayor riesgo de padecer enfermedades físicas crónicas, del desarrollo, de comportamiento y emocionales, es por ello que requieren mayor prestación de servicios de salud que la población general.

Sin embargo gracias a avances en los sistemas educacionales, las ciencias médicas y adaptación social es más frecuente observar personas con retraso mental que han logrado cierto grado de normalización de su vida; y esto incluye el aumento de la búsqueda de atención odontológica, resultando cada vez más frecuente en las consultas odontológicas la presencia de pacientes con este padecimiento.

Estos pacientes presentan una amplia variedad de condiciones orales, sistémicas, intelectuales y sociales, que requieren de un manejo y tratamiento especial, de allí la importancia de la realización de la presente investigación pues determinando cuáles son esas condiciones que con más frecuencia presentan pacientes con retraso mental a nivel de la cavidad bucal, se podrá establecer un manejo en la conducta para la atención de este tipo de pacientes así como también los tratamientos necesarios de acuerdo a las patologías que prevalecen con mayor frecuencia en ellos, además de la creación de parámetros educativos adaptados a su condición para mejorar los principios de higiene bucal.

Por todo lo planteado anteriormente esta investigación está orientada a determinar la condición de salud bucal en pacientes con retraso mental que acuden a la clínica de Odontopediatría III en el centro de atención ACAPANE con edades comprendidas entre 6-12 años entre 2011 y 2013. La misma se dividió en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Conformación del problema, en donde se hace una breve reseña de la problemática planteada; contiene tanto objetivo general como los específicos, y la justificación de la investigación.

Capítulo II: El Marco Teórico, en donde se presentan los antecedentes de la investigación representados por trabajos seleccionados que manejaron las variables de estudio, las bases teóricas, así como también el sistema de variables planteado en la investigación.

Capítulo III: El Marco metodológico, el cual se conforma siguiendo los objetivos planteados en el estudio y comprende diseño de la investigación, población, muestra y técnica e instrumento de recolección de los datos, la validez del instrumento, procedimiento y procesamiento de la información.

Capítulo IV: Análisis de resultados, se describen todos los cuadros y gráficos representativos de cada objetivo planteado; también incluye conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

La salud mental representa el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este particular, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) afirma que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países, además establece que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, etc.

Un punto en común en el cual coinciden los teóricos es que “salud mental” y “enfermedades mentales” no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no constituye un impedimento para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

Definir trastorno mental es difícil, dado que no existe un diagnóstico o cuadro clínico unitario, sino un grupo de trastornos con algunos rasgos en común. Existe un intenso debate acerca de las condiciones que son o

deberían ser incluidas en la definición de trastorno mental. Esto puede tener implicancias significativas cuando, por ejemplo, una sociedad debe definir qué tipo y que grado de trastorno mentales potencialmente merecedor de servicios y tratamientos involuntarios, OMS (2006).

Con referencia, se tiene que una de las principales afecciones mentales en los individuos es el retraso mental el cual se basa en un trastorno caracterizado por una función intelectual inferior al de la media poblacional, con déficit o anomalías en la capacidad de aprendizaje y adaptación. Según Ruth Luckasson (2002) las causas pueden ser genéticas, biológicas, psicosociales o socioculturales. Este trastorno es de dos veces más frecuente entre los varones y entre sus causas más frecuentes se encuentran el síndrome de Down, síndrome de Hurles y enfermedad de Tay-Sachs.

El Centro Nacional de Información para Niños y jóvenes con discapacidad (2011) calcula que el número de personas con trastornos mentales específicamente el retraso mental en la región de las Américas ha ido en aumento de 114 millones en 1990 a 176 millones para el año 2010. Estudios realizados en Estados Unidos estiman que del 1 al 5 % de la población tiene algún grado de retraso mental, asociado principalmente con síndrome de Down, desnutrición, meningitis, encefalitis entre otras. Es así como Plaza (2007) refiere que estas personas tienen un patrón de limitaciones en comparación con el funcionamiento normal de las personas en las diferentes facetas de la vida cotidiana. En el retraso mental se verá alterada la habilidad del cerebro para aprender, pensar, resolver problemas y tener conceptos globales.

En consecuencia, la Asociación de Odontólogos Institucionalizados del Sur de los Estados Unidos (2002), considera que aproximadamente 70% de los pacientes con retraso mental requieren de poco o ningún manejo especial

para su tratamiento. Sólo 30% de estas personas exhiben problemas de conducta en el ambiente odontológico.

Mientras que en Venezuela se tienen que las personas con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales agrupan aproximadamente el 10% de la población, de acuerdo a las cifras ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2006). De este porcentaje, un elevado grupo presenta retraso mental, aunque existe una parte de esa proporción en la que no se puede definir claramente la discapacidad intelectual, quienes la padecen tienen problemas de desarrollo, de comportamiento o funcionales que les identifican con esta patología cerebral y con similares necesidades de apoyo.

En esta situación, la mayoría de las personas con retraso mental presentan problemas sistémicos importantes que requieren de precauciones especiales para su tratamiento, entre estas destacan anomalías cardíacas, musculoesqueléticas, convulsiones, problemas gastrointestinales, sordera y otros. En el caso del odontólogo es de vital importancia que obtenga una historia médica completa del paciente y además realice las consultas médicas necesarias para su atención.

Igualmente, la repercusión de este padecimiento sistémico no solo se presenta con manifestaciones a nivel de la salud en general, sino que por el contrario la cavidad bucal no es ajena a esta situación puesto que por las deficiencias de atención de estos pacientes se observa una disminución en gran parte de la higiene bucal y ello acarrea consecuencia como lo es la presencia de diversas manifestaciones bucales, las cuales son de suma importancia el conocimiento de las mismas pues permitirían una mejor atención enfocada en las manifestaciones que con mayor frecuencia presentan estos pacientes mejorando así su calidad de vida y el nivel de

atención, entre las que comúnmente por estudios anteriormente realizado se encuentra con más frecuencia son la caries dental, enfermedad periodontal.

Por otra parte Bannet (2000) refiere que todas estas condiciones bucales requieren tanto de prevención temprana como de tratamiento adecuado; por ello deben indicarse conocimientos actuales sobre la etiopatogenia de caries dental y enfermedad periodontal y así diferenciarse entre estas como enfermedad o como secuela de una enfermedad. En efecto el avance de las técnicas diagnosticas y preventivas hace posible el tratamiento de la enfermedad caries, es decir, el tratamiento causal, el cual puede hacer el equilibrio de fuerzas se desplace a favor del huésped y combatir la enfermedad antes de que aparezcan secuelas irreversibles.

Por tanto, se debe tomar importancia a los principios de la prevención en salud, con especial significación cuando se habla de pacientes con compromiso sistémico como el retraso mental; además tener en cuenta que la salud bucal y salud general no deben ser interpretadas como entidades separadas, ya que la salud bucal es integral a la salud general y esencial al bienestar de los tejidos craneofaciales, cuyas funciones a menudo se toman por descontado, y que representan la esencia de nuestra humanidad englobando a un mundo de sentimientos y emociones a través de las expresiones faciales.

De esta manera se tiene que el reto más importante consiste en mejorar el futuro de los pacientes con retraso mental brindando como principal aspecto la atención integral con una intervención temprana frente a problemas que puedan ser prevenibles como la caries dental y la enfermedad periodontal que puede alterar el equilibrio microbiológico de la cavidad bucal y desencadenar eventos perjudiciales como infecciones bacterianas que pueden empeorar o comprometer el estado general del paciente portador de esta enfermedad.

Por todo lo reseñado, fue necesario formular la siguiente interrogante:

¿Cuáles serán las condiciones de salud bucal en pacientes con retraso mental que acuden al centro de atención Asociación Carabobeña de Padres Amigos de Niños Excepcionales (ACAPANE) en la clínica de Odontopediatría III con edades comprendidas entre 6-12 años?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Determinar la condición de salud bucal en pacientes con retraso mental que acuden al centro de atención Asociación Carabobeña de Padres Amigos de Niños Excepcionales (ACAPANE) en la clínica Odontopediatría III con edades comprendidas entre 6-12 años, entre 2011 y 2013

Objetivos Específicos

- Precisar el índice de higiene oral simplificado (IHOS) por edad y género de los pacientes que integran la muestra.
- Precisar el índice de caries dental basados en el número de dientes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados (CPOD-ceod) por edad y género en los sujetos de muestra.
- Determinar la prevalencia de patologías de la cavidad bucal según su localización en tejidos blandos en pacientes con retraso mental que conforman la muestra.
- Determinar la prevalencia de patologías de tejidos duros de la cavidad bucal según edad y género.
- Determinar la prevalencia de patologías de tejidos blandos en la cavidad bucal según edad y género.

Justificación

En años recientes se le ha venido exigiendo a la odontología llevar a cabo una visión más amplia del proceso salud/enfermedad y que este sea abarcado de manera más integral, que permita percibir al paciente como un grupo de sistemas íntimamente unidos, y es de allí donde surge la necesidad de orientar la labor odontológica en una perspectiva más amplia mediante el establecimiento de parámetros de diagnóstico y tratamientos relacionados con ciertas enfermedades sistémicas que guardan relación con el componente bucal.

La presente investigación basó su importancia en determinar la condición de salud bucal de los pacientes que presentan retardo mental, considerando este un problema de salud que afecta a parte de la población infantil que acude a la clínica de Odontopediatría III en el centro de atención ACAPANE.

Por otra parte, brindar beneficios a odontólogos desde el punto de vista teórico como práctico debido al aporte informativo sobre las manifestaciones bucales que pueden presentar pacientes con retardo mental, y así poder crear una mejor interrelación paciente-odontólogo tomando las medidas de atención adecuadas debido a la condición sistémica presente en estos pacientes.

Así mismo, se tiene que ésta investigación hace frente a las escasas indagaciones que se han realizado en el país sobre el tema, pues se estima la necesidad de realizar cualquier esfuerzo dirigido a ampliar datos y conocimientos que permitan una mayor contribución para el mejoramiento de la salud bucal de la población infantil afectada por esta enfermedad y por ende mejorar la calidad de atención de los mismos.

Los resultados de este trabajo podrían servir como base para futuras creaciones de protocolos de atención para pacientes con algún tipo de retraso mental en la clínica de Odontopediatría III. Por último, sirve como referencias a futuras investigaciones relacionadas con el tema, así como de elemento base de estudios más amplios en el contexto de la salud bucal y las manifestaciones presentes en paciente portadores de retraso mental.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes de una investigación indican trabajos previos relacionados de una otra manera con los elementos que forman parte de un fenómeno de estudio, proporcionando elementos valiosos tanto desde el punto de vista teórico como metodológico.

Córdoba, Portilla y Artega (2010) realizaron un estudio en Colombia para Determinar el nivel de Higiene Oral (HO) de niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad cognitiva leve, relacionada con edad, género, estrato social y régimen de salud donde se examinaron 109 personas con discapacidad cognitiva leve, entre 6 y 25 años, que asisten al Centro educativo PROFESA.

Se valoró la HO a través del Índice de Placa Bacteriana de Silness y Løe (IPBSL). El IPBSL general es de 1,83, que representa HO de nivel medio o regular. Hombres y mujeres se encuentran en un nivel medio de presencia de placa bacteriana, 64,5% de los hombres presentan niveles medios de HO y 74,4% de las mujeres. Los IPBSL más altos se encontraron en las edades entre 10-14 y 15-19 años. Su conclusión fue que la responsabilidad de las condiciones de HO depende de padres, cuidadores y educadores, además de los profesionales de la odontología, quienes deben involucrarse en los procesos de instaurar buenos hábitos en este grupo de población.

La investigación antes descrita contribuye de manera significativa, ya que los resultados obtenidos parten del hecho de que el paciente con retraso

mental leve presentan índices de placa bacteriana medio, la disminución en las habilidades y destrezas manuales, mas la dificultad para el aprendizaje y la autonomía en la responsabilidad del auto cuidado afectan de manera negativa la HO. Por esto se puede intuir que en el resultado del presente estudio también pudiese haber deficiencias de higiene oral en pacientes con retraso mental.

Dávila, Gil y Daza (2004), investigaron acerca de la utilización de los Servicios Odontológicos por las personas con retraso mental y síndrome de Down en los Municipios Iribarren y Palavecino en Barquisimeto Estado Lara, dicho estudio se baso en determinar la relación existente entre el uso de los servicios odontológicos y la salud oral de las personas con Retraso Mental (RM) y Síndrome de Down (SD) la población estuvo constituida por 21 instituciones educativas, 5 de las cuales atienden exclusivamente personas con RM incluyendo SD. Cumplieron con los criterios de inclusión 133 personas, con previa autorización, se examinó a las personas con retraso mental e interrogó a los padres y/o representantes. La edad promedio fue de $15,0 \pm 7,37$ años.

Casi 33% reportó retraso mental leve y 67,1% Síndrome de Down moderado. 55,9% eran varones. Más de 60% presentó caries y casi 61% signos gingivales. Sobre la base de los resultados se hace evidente que la causa principal de consulta a los servicios odontológicos públicos y/o privados fue la caries dental y se evidencia la necesidad de implementar programas que faciliten el acceso y atención de salud a este grupo de personas.

Dicho estudio sirve como base a la investigación que se va a realizar ya que debido a las pocas destrezas que poseen los pacientes con retraso número de enfermedades bucales. Entre las que se manifestó en mayor mental y a la poca atención odontológica brindada, se manifiestan un gran

número de enfermedades bucales. Entre la que se manifestó en mayor número la caries dental.

Dávila, Gil y Bullones (2006), realizaron una investigación relacionada con la caries dental en personas con retraso mental y síndrome de Down con el propósito de determinar la prevalencia de caries dental en este tipo de personas. En una primera etapa se selecciono una muestra la cual quedó conformada por 15 escuelas especiales. En la segunda etapa, se seleccionó la muestra de personas con retraso que acudían a una escuela de educación especial seleccionada en el Municipio Morán, Estado Lara y que presentaron retraso mental leve o moderado (incluyendo Síndrome de Down). La muestra quedó conformada por un total de 60 personas.

El examen oral fue practicado por un odontólogo; además se entrevistó a los padres y/o representantes para obtener información sobre características demográficas. Los resultados obtenidos demuestran que La edad promedio de los participantes fue de 14 años y 48,3 % pertenecen a la clase social obrero, en relación con la salud bucal 53 % presentaba caries dental, de ellos 51,7 % en los molares. Las personas con retraso mental moderado presentaron el mayor porcentaje de caries dental (75 %). Aproximadamente 53 % de las mujeres y 46,2 % de los varones, 64,4 % y 31,9 % de los participantes con retraso mental y síndrome Down, tenían caries dental, respectivamente y por ultimo requerían tratamiento dental urgente 28,3 % de los participantes.

Este estudio contribuye significativamente con la presente investigación pues demuestra la relación de presencia de caries en pacientes con diferentes grados de retraso mental y síndrome de Down denotando porcentajes elevados de presencia de la misma en las personas que conformaron la muestra.

Por otra parte Serrano, Torrelles y Simancas (2012), desarrollaron una investigación sobre el estado de salud bucodental en niños con discapacidad intelectual basándose en el propósito de conocer las condiciones de salud bucal de niños que presentan dicha patología. La población estuvo conformada por una totalidad de niños y niñas en edad escolar que acuden a las Instituciones de Educación Especial: Instituto Bolivariano de Educación Especial Ciudad de Mérida, instituto de educación Especial Los Andes y Asociación Merideña de padres y amigos de Niños Excepcionales (AMEPANE), que además cumplieron con los criterios de inclusión como los fue ser niños con discapacidad intelectual no asociada a otros síndromes, tener edad comprendida entre 5 y 14 años, y tener previo consentimiento de sus padres para su participación en el estudio.

Las evaluaciones clínicas fueron realizadas por dos odontólogos previamente calificados arrojando como resultados que el mayor porcentaje de la población no presenta alteraciones en el desarrollo del esmalte, ni fluorosis dentaria. El 86% presenta placa bacteriana, 6% calculo dental. 24% dentición permanente se vio afectada por caries y el 31.4% de la dentición temporal respectivamente, los tratamientos más requeridos en dientes permanentes fueron los preventivos sellantes de fosas y fisuras 96% y restauradores 33.3%, mientras que en dientes temporales el 58.8% requieren tratamientos preventivos y el 41.2% obturaciones.

La investigación antes descrita representa un aporte de importancia para el presente estudio pues se relaciona al tomar en cuenta criterios de evaluación como lo es el conocer las condiciones de salud bucal que presentan en este caso los niños con discapacidad intelectual con edad escolar, con la finalidad saber cuáles son las patologías bucales que se manifiestan con mayor frecuencia en estos.

Millo y Álvarez (2012), realizaron una investigación en la que se persigue como objetivo conocer la Situación de salud bucal en pacientes institucionalizados con retardo escolar y mental, basándose en un estudio observacional, transversal y descriptivo; donde se evaluó el estado de salud bucal de 51 pacientes institucionalizados que padecen de retardo escolar y mental ligero o moderado entre 5 y 15 años de edad acompañados por sus educadores.

Se determinó la prevalencia de la caries dental con los índices ceo-d y CPOD; el estado gingival fue explorado con el índice gingival modificado; el índice de Greene y Vermillon fue usado para determinar la higiene bucal; y el índice de Love para la habilidad en la eliminación de la placa dental. Los resultados demuestran una prevalencia de caries dental elevada 81% , daño del tejido gingival 73%, el más frecuente fue la gingivitis ligera, y deficiente higiene bucal; está última fue identificada como la causa primaria e inmediata que afecta la salud bucal de los niños con necesidad educativa especial. Se evidenció que mientras mayor es la discapacidad intelectual, más deficiente es la salud bucal.

Dicho estudio sirve como base a la presente investigación ya que se persigue conocer el estado de salud bucal de pacientes con retraso mental, evidenciándose en este una gran prevalencia de caries en los pacientes que integraron la muestra.

Bases Teóricas

Las bases o fundamentos teóricos comprenden el conjunto de conceptos, principios e ideas que respaldan las posturas del investigador, constituyen el enfoque de determinado aspecto de interés de la investigación.

El Retraso Mental

Hormigo, Tallis y Esterkind (2006) afirman que el retraso mental se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, junto con limitaciones en dos o más de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. Es una condición muy frecuente, que afecta al 1% de la población. La mayoría de los casos (retraso mental leve) no presentan alteraciones fenotípicas ni biológicas, por lo tanto no pueden ser diagnosticados en la entrevista y examen clínico normales, sino con test de inteligencia.

Toro y Yepes (2004) refieren que el funcionamiento intelectual general se expresa por medio del cociente de inteligencia (CI) que se obtiene aplicando individualmente una o más pruebas de inteligencia. De acuerdo con la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) en el retraso mental el CI es de 70 o menos.

La conducta adaptativa se refiere a la efectividad con la que un individuo llena las normas de independencia personal y responsabilidad social, esperadas de acuerdo con su edad y grupo cultural. Aunque existen escalas para cuantificar la conducta adaptativa, su confiabilidad y validez no son muy grandes y de todos modos es necesario el juicio clínico al evaluar este aspecto de la adaptación del individuo.

Algunos individuos con un CI cercano pero por debajo de 70 pueden no tener trastornos en el comportamiento adaptativo y por lo tanto no deben recibir el diagnóstico de retardo mental. Otros con un cociente de inteligencia ligeramente por encima de 70, serían clasificados como retardados mentales si tienen problemas con la conducta adaptativa.

Causas

Isselbacher (2012) considera que el retraso es una condición que puede ocurrir en cualquier familia sin predilección de raza, etnia, educación o nivel socioeconómico. Este puede ser causado por cualquier condición que dañe el desarrollo del sistema nervioso antes, durante o después del nacimiento. Suele aparecer simultáneamente con un complejo de discapacidades que comprenden trastornos de la función general, alteraciones de los sentidos oído y vista y diferentes problemas médicos. Las tres causas más conocidas son síndrome de Down, síndrome alcohólico fetal y síndrome de cromosoma X frágil.

Retraso Mental Leve

Según la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) (2008) los individuos afectados de retraso mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanzan la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. Behrman, Kliegman y Jenson (2004) refieren que es cuatro veces más probable de encontrar en hijos de mujeres que no han acabado sus estudios secundarios que en descendientes de mujeres con bachillerato. Es probable que esto se deba tanto a factores genéticos (es decir, se puede heredar una alteración cognitiva) como socioeconómicos (pobreza, malnutrición, entre otros).

La Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) (2008) afirma que la mayoría de los afectados llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se comienzan a observar en el aprendizaje de la lectoescritura y de las

matemáticas; la gran mayoría logra un nivel académico de primaria o alcanza 1 o 2 años de estudio secundario. Suele observarse cierta inmadurez emocional o social, con dificultades para manejar situaciones de estrés Ardila, Rosselli y Matute (2005).

Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits. La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académicas, entre ellas los trabajos manuales semicualificados. No obstante cuando existe una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas del matrimonio, educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura.

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los enfermos con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los enfermos con retraso mental moderado o grave. Su C.I. va de 50 al 69.

Retraso Mental Moderado

Moore y James (2005) aseguran que el retraso mental moderado se hace aparente durante los años de educación preescolar. A menudo estos individuos son capaces de hablar pero tienen grandes dificultades para aprender a escribir, leer o hacer operaciones aritméticas. Su razonamiento es escaso, muy concreto y limitado a las necesidades inmediatas; no

comprenden las convenciones sociales más elementales y tienen grandes dificultades para mantener relaciones con otras personas. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también están retrasadas, de tal manera que algunos de los afectados necesitan una supervisión permanente.

Los programas educativos especiales pueden proporcionar a estos afectados la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado.

Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta. Sin embargo, por lo general, estos enfermos son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanza un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples. El cociente intelectual está comprendido entre 35 y 49.

Retraso Mental Grave

Se detecta una causa biológica (casi siempre prenatal) en más de tres cuartas partes de los casos. En general cuanto más temprano surge el problema en el desarrollo, más graves son las consecuencias. Esto es coherente con el hallazgo de los trastornos que afectan de forma precoz a la embriogénesis son los más usuales y graves, como los síndromes cromosómicos (Down) y otros síndromes genéticos (síndrome de X frágil). Behrman, kliegman, Jenson (2004).

Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica. El cociente intelectual está comprendido entre 20 y 34.

Retraso Mental Profundo

Clavijo, Fernández y Rodríguez (2005) reportaron que las personas con retraso mental profundo son el grupo menos numeroso pero también los más afectados. Necesitan ayuda y supervisión constante; no dominan el lenguaje ni a nivel comprensivo ni expresivo y solo en contados casos pueden comunicarse de forma no verbal. El cociente intelectual en esta categoría es inferior a 20. Están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo con ellas. La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres.

Otro retraso mental

Esta categoría debe usarse sólo cuando la evaluación del grado de retraso intelectual es especialmente difícil o imposible de establecer mediante los procedimientos habituales debido a la presencia de déficits sensoriales o físicos, tales como ceguera, sordomudez, y en personas con trastornos graves del comportamiento e incapacidad física.

Retraso mental sin especificación

La Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) (2008) señala que en estos casos hay evidencia de un retraso mental, pero con información insuficiente como para asignar al enfermo una de las categorías anteriores. Incluye:

- Deficiencia mental sin especificación.
- Subnormalidad mental sin especificación.
- Oligofrenia sin especificación.

Salud oral de los pacientes con retraso mental

El mantener una salud oral pobre puede traer efectos adversos en la calidad de vida al individuo, causando dificultades en la alimentación, habla, autoestima, actividades diarias y por supuesto causar dolor; por ello la salud oral debe ser prioridad para cualquier persona.

Por sus capacidades psicológicas, su poca destreza intelectual y manual los pacientes con retraso mental resultan ser muy susceptible a enfermedades bucales y traumatismos orales. En las características más frecuentes que desencadenan los pacientes con retraso mental encontramos una baja higiene bucal que ocasiona con mayor frecuencia la aparición de caries y problemas periodontales.

Caries Dental

La caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de una cavidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998) la caries dental es la enfermedad bucodental más frecuente en algunos países asiáticos y latinoamericanos. Aunque existe la creencia de que esta enfermedad dejó de ser un problema de salud en países desarrollados, afecta entre un 60 y 90% a sus escolares. También menciona que aproximadamente cinco mil millones de personas en el mundo han padecido caries dental.

Barrancos, Money (2006) asegura que la caries dental, es hoy en día, la enfermedad infecciosa de mayor prevalencia e incidencia en el mundo entero; que afecta a individuos sin distinción de raza, sexo, edad, ni clase social. A su vez Guedes (2003) refiere que la caries dental es una enfermedad de origen multifactorial, dinámica y de progresión lenta, y los síntomas asociados a ella incluyen la pérdida gradual de minerales, que van desde una disolución ultraestructural y microscópica hasta la destrucción total de los tejidos dentarios.

Epidemiología de la Caries Dental

La Caries dental es una enfermedad multifactorial, ya que son muchos los factores que pueden influir en la incidencia y prevalencia de la caries dental como son: edad, dieta, distribución geográfica y variación individual. Es producida por el género de los *Streptococcus*, que se caracteriza por la excavación profunda, más o menos rápida y extensa de los tejidos duros del diente, librada a su propia evolución, puede dar a diversas molestias y complicaciones, para finalmente provocar la pérdida de las piezas dentales afectadas.

Clasificación de la Caries Dental

Cárdenas (2003) afirma que existen diversas clasificaciones entre las que tenemos:

- Desde el punto de vista de actividad cariosa las cuales pueden ser activas o inactivas.
- Desde el punto de vista de localización y manifestación clínica se identifican como caries de superficies lisas: Vestibular y Lingual; normalmente es cervical, atacando esmalte, cemento o ambos y progresa rápidamente. De surcos, fosas y fisuras: punto de origen visible en la cara oclusal, mostrando en forma de V invertida con una

base amplia, cuya manifestaciones clínicas son surcos teñidos. Y caries interproximal.

Indicadores de Salud Bucal

Para, Higashida (2000) se definen como “los problemas de salud o de enfermedad de una comunidad pueden medirse por medio de instrumentos de medida que reciben el nombre de indicadores e índices de salud o enfermedad”. Estos permiten, a su vez, comparar los resultados con los de otras poblaciones clasificadas según los mismos métodos y criterios.

Índice CPOD

La evaluación epidemiológica de la caries dental se realiza, generalmente, a través del índice CPOD, el cual se construye con la sumatoria de los dientes cariados, extraídos, con extracción indicadas y obturados permanentes, este índice busca estimar la proporción de afecciones bucales en las unidades dentarias. Este índice fue creado por Klein y Palmer (1938), teniendo como finalidad obtener información precisa sobre el estado de la dentición permanente del individuo.

La OMS (1998) define los niveles de severidad de prevalencia de la caries dental en dentición permanente de la siguiente manera:

CPOD = 0,1 – 1,1 Muy bajo

CPOD = 1,2 – 2,6 Bajo

CPOD = 2,7 – 4,4 Moderado

CPOD = 4,5 – 6,5 Alto

CPOD = + a 6,6 Muy alto.

Índice ceod

Se refiere a la sumatoria de los dientes cariados, con extracción indicada y obturados de dientes temporarios. Este índice fue creado por Gruebbel (1944). Es una adaptación del índice COPD a la dentición temporal, la principal diferencia entre el índice COPD y el ceod, es que en este último no se incluyen los dientes extraídos con anterioridad, sino solamente aquellos que están presentes en la boca el (e) son extracciones indicadas por caries solamente.

Índice De Higiene Oral Simplificado (IHOS)

En relación al IHOS, Greene y Vermillion crearon el índice de higiene oral simplificado. Este permite valorar de manera cuantitativa los diferentes grados de higiene bucal. Para ello, se toman dos aspectos: 1) La extensión coronaria de residuo o índice de residuos (IR). 2) La extensión coronaria del cálculo supragingival o índice de cálculo dental (IC). Se examinan seis dientes: el incisivo central superior derecho, el incisivo central inferior izquierdo, dos primeros molares superiores y los dos primeros molares inferiores. El examen se realiza en las siguientes unidades dentarias:

Superficie vestibular del incisivo central superior derecho (UD.11).

Superficie vestibular del incisivo central inferior izquierdo (UD.31).

Superficie vestibular de los molares superiores (UD.16-26).

Superficie lingual de los molares inferiores (UD.36-46).

La materia alba y las manchas se evalúan de manera conjunta y el cálculo por separado. Se asignan valores de acuerdo con los puntajes de los índices de residuo dado en:

0 = ausencia de materia alba o manchas extrínsecas

1 = residuos blancos que cubren menos de un tercio de la superficie del diente

2 = residuos blancos que cubren más de la tercera parte pero menos de dos terceras partes de la superficie del diente.

3 = residuos blancos que cubren más de dos tercios de la superficie del diente.

Así mismo, se tiene que los valores obtenidos se suman y se dividen entre el número de superficies examinadas. La puntuación del índice de cálculo dental es la siguiente:

0 = ausencia de calculo

1 = calculo supragingival que cubre menos de un tercio de la superficie dental

2 = calculo supragingival que cubre más de la tercera parte, pero menos de las dos terceras partes de la superficie del diente

3 = calculo supragingival que cubre más de las dos terceras partes del diente.

El IHOS de una población o grupo se obtiene dividiendo la suma de las calificaciones individuales del IHOS entre el número de personas examinadas. Una vez ya establecido, se procede a determinar el grado clínico de higiene bucal el cual según Sosa y otros (2003) se clasifica así:

Bueno: 0,0-1,2

Regular: 1,3-3,0

Malo: 3,1-6,0.

Índice Papilar, Marginal, Adherida (PMA).

Índice diseñado para determinar la severidad de la Gingivitis, fue creado por Schour y Massler. Es difícil unificar los criterios sobre todo para determinar en qué momento se considera una encía sana o inflamada en una zona o bien para establecer los límites de esa inflamación. Echeverría (2002) considera que las causas de esa inflamación se pueden deber a otras razones no asociadas a un proceso patológico gingival, como es la erupción o exfoliación de los dientes o algún traumatismo leve durante el cepillado dental, donde sí esto no se aclara antes del estudio se puede sobreestimar el Índice.

Se requiere para su obtención observar buscando detectar inflamación, sólo con un espejo, alrededor de cada diente, específicamente el tejido gingival mesiovestibular y dividirlo en tres partes: Papilar (la papila interdientaria), Marginal (la encía libre que rodea la corona del diente cerca del cuello), Adherida (comprende a la encía que cubre al hueso de soporte).

Enfermedad periodontal

Raspall (2007) indica que la enfermedad periodontal está constituida por un grupo de cuadros clínicos de etiología infecciosa que producen lesiones inflamatorias con una elevada capacidad destructiva local. Existen diversos factores que inducen y favorecen la enfermedad periodontal como lo son los agentes irritantes locales (químicos o mecánicos), la placa dental, materiales porosos de restauración, desechos alimenticios y la respiración bucal.

Gingivitis

Carranza (2012) la define como la inflamación de la encía donde el epitelio de unión permanece unido al diente en su nivel de origen. A su vez se caracteriza clínicamente por presentar signos clínicos de inflamación,

cambios en la temperatura surcular, exudado gingival, sangrado al sondaje, reversibilidad de la enfermedad, no hay pérdida ósea ni pérdida de inserción.

Clasificación de la Gingivitis

Gingivitis asociada sólo con placa dental

Es producto de la interacción entre microorganismos que se hallan en la biopelícula de la placa dental, los tejidos y células inflamatorias del huésped. Dicha interacción placa-huésped puede alterarse por los efectos locales, generales, los medicamentos y la desnutrición que influye sobre la intensidad y la duración de la respuesta.

Enfermedad Gingival Modificadas por Factores Sistémico

Está compuesta por factores que influyen como la pubertad, ciclo menstrual, embarazo, diabetes mellitus. Ello se genera a causa de los efectos de enfermedades sistémicas sobre las funciones celulares e inmunológicas del huésped.

Enfermedad Gingival Modificada por Medicamentos

Se produce a causa de empleo de fármacos anticonvulsivos que generan agrandamiento gingival como la fenitoina, fármacos inmunosupresores como la ciclosporina A y bloqueadores de los canales de calcio como nifedipina, el verapamilo, el diltiacem y el valproato de sodio.

Enfermedad Gingival Modificada por Malnutrición

Se caracteriza por deficiencia de vitaminas, minerales y proteínas. En especial la reducción del ácido ascórbico o vitamina C.

No Inducida por Placa Bacteriana

Manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas que producen lesiones en los tejidos del periodonto sin estar asociado a placa bacteriana.

Igualmente se clasifica en enfermedad gingival de origen bacteriano, viral, micótico, genético y sistémico.

Periodontitis

Lang (2009) define la periodontitis como el grupo de enfermedades inflamatorias de origen infeccioso que afectan los tejidos de soporte del diente, y que de no ser tratadas adecuadamente puede causar la pérdida de los dientes por destrucción de su aparato de inserción.

Periodontitis Agresiva

Es la forma de enfermedad de las encías que se encuentra en pacientes que tienen por lo demás buena salud bucal general. Los síntomas comunes de la periodontitis agresiva incluyen un aumento rápido en el tamaño de las bolsas gingivales adyacentes al diente, lo que lleva a la degradación del hueso; Carranza (2012).

Periodontitis Crónica

Se encuentra relación entre la cantidad de irritantes, placa y calculo, el grado de inflamación gingival y la importancia de la pérdida de inserción. Así mismo la progresión también está relacionada con factores de riesgo locales que facilitan la retención de la placa, como puede ser el apiñamiento, las obturaciones desbordantes o poco pulidas, las prótesis sobre contorneado y otros factores iatrogénicos. Lang (2009).

Lesiones en tejidos blandos

El epitelio de la mucosa bucal se puede ver alterado por múltiples factores locales y sistémicos, observándose alteraciones en sus características clínicas y microscópicas, las enfermedades o alteraciones que comprometen la mucosa bucal y la orofaringe son por lo general, accesibles

a la inspección visual directa y por lo tanto fácil de reconocer y pesquisar en un examen clínico de rutina.

Los pacientes infantiles y adolescentes pueden desarrollar diversas lesiones a nivel de la cavidad bucal y peribucales, las cuales llegan a ser sintomáticas, algunas veces asociadas a un grado de incomodidad para el menor y muestran un patrón recurrente, por lo que requieren un diagnóstico temprano y tratamiento acorde con el padecimiento presente.

Para Jiménez, Kkilikan y Pérez (2008) el examen de los tejidos blandos involucra conocimiento del tamaño normal, forma, color y textura de las estructuras que los conforman; la evaluación de dichos tejidos precede generalmente a la de los tejidos duros y al tipo de oclusión, y deberá ser incorporada en la historia clínica del paciente. Generalmente se presenta una mayor incidencia de lesiones de tejidos blandos localizadas según la anatomía en las encías, seguida de labio inferior, luego se encuentran zonas de los carrillos, labio superior, lengua y paladar.

Cuadro 1

Operacionalización de la Variable.

Objetivo de la Investigación	Dimensión	Subdimensión	Indicadores
<p>Determinar la condición de salud bucal en pacientes con retraso mental que acuden al área de odontopediatría III en el centro de atención ACAPANE con edades comprendidas entre 6-12 años entre 2011 y 2013.</p>	Higiene Oral		* Índice IHOS
	Patologías en Tejidos Duros	Prevalencia de patologías en tejidos duros	*Presencia/ ausencia de dientes cariados, extraídos, con extracción indicada, obturados. CPOD ceod
	Localización de patologías en tejidos blandos	Prevalencia de patologías según su localización en tejidos blandos	*Nº de patologías localizadas en Labio, carrillo, lengua, piso de boca, paladar duro, paladar blando.
	Edad	Prevalencia de patologías de tejidos duros según la edad	*Nº de patologías de tejidos duros en pacientes entre 6-8 años. *Nº de patologías de tejidos duros en pacientes entre 9-12 años
		Prevalencia de patologías de tejidos blandos según edad.	* Nº de patologías de tejido blando en paciente entre 6-8 años. *Nº de patologías de tejido blando en paciente entre 9-12 años.
		Prevalencia de patologías de tejidos duros según género.	*Nº de patologías de tejidos duros según género femenino/ masculino.
	Género	Prevalencia de patologías de tejidos blandos según género.	*Nº de patologías de tejidos blandos según género femenino/masculino.

Fuente: Roa N. Ana, Rodríguez C. Evelyn

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

El marco metodológico de la investigación tiene como objetivo fundamental proporcionar un modelo de verificación que permita comprobar los hechos con teorías y se realiza mediante una estrategia o plan general que determine las operaciones necesarias para realizarlos.

Tipo de Investigación

El tipo de investigación en el siguiente estudio se enmarca según su enfoque en un estudio de tipo descriptivo, “que se dirige a determinar la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quienes, donde, cuando se está presentando dicho fenómeno” Sierra (2004). Del mismo modo, se trata de una investigación de campo, puesto según el autor previamente citado es aquella donde la información será recolectada en forma directa de la realidad donde se presenta.

Diseño de la Investigación

Según los objetivos de este estudio, el mismo se adecua a los propósitos de un diseño no experimental, Hernández, Fernández y Baptista (2010) lo definen como aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir es una investigación en donde no se hace variar intencionalmente las variables independientes, lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Además es de corte transversal, ya que los datos se recolectaron en un solo momento en un

tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Población y Muestra

Población

Según Orozco Labrador y Palencia (2002) se refiere a la delimitación espacial del estudio, es decir, hasta donde puede alcanzar la generalización de los resultados. En este caso la población de la presente investigación está representada por las historias clínicas-odontológicas de los pacientes con retraso mental con edades comprendidas entre los 6-12 años durante el periodo 2011-2013 en el centro de atención ACAPANE de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo.

Muestra

En relación a la muestra, está conformada por un subconjunto de individuos involucrados en la población de estudio, es decir, la unidad contextual que aporta la información, así la describe Orozco Labrador y Palencia (2002). El establecimiento de la misma es enmarcada en una muestra no probabilística intencional, donde el investigador determina criterios de inclusión; Palella y Martins (2003) detallan que esto se basa en algunas categorías que el investigador considera típicas o representativas del fenómeno a estudiar.

En lo que respecta a tamaño, se tomó la población en su totalidad, lo que significa que se trató de una muestra censal tal como explican Hernández, Fernández y Baptista (2010), ya que en ocasiones resulta necesario tomar la totalidad de la población para obtener resultados significativos, razón por la cual todas las historias clínicas de los pacientes con retraso mental que acuden al centro de atención ACAPANE de la clínica

de Odontopediatría III del durante el periodo 2011-2013, fueron seleccionadas.

Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

Arias (2006) describe que las técnicas para la recolección de datos constituyen los procedimientos implementados por el investigador para alcanzar un objetivo específico, es decir, el método del cual se vale el investigador para recoger los datos relevantes para su estudio. En el presente estudio se implementó la técnica de observación planificada, que como argumenta Sierra (2004), es aquella que se efectúa realizando un registro visual conforme a un plan de trabajo previamente establecido, con los aspectos a observar.

Por otra parte, es importante destacar que un instrumento de recolección de datos es cualquier recurso, dispositivo o formato que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información; según Arias (2006). A los fines del presente estudio se utilizó la historia clínica como instrumento, en la cual se asienta la reseña ordenada y detallada de todos los datos del paciente, en este caso fue la fuente de información para registrar los aspectos de interés del estudio, es decir, los valores de IHOS, CPOD y ceod de cada paciente sujeto a muestra.

Validez y confiabilidad

Hernández, Fernández y Baptista (2010) señalan que la validez y confiabilidad son las pruebas que deben hacerse a un instrumento antes de su aplicación a la muestra, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que se pretende estudiar. Para la presente investigación no fueron necesarias ninguna de estas pruebas ya que la historia clínica es un documento de carácter médico-legal el cual ya se encuentra previamente validado y es de suma confiabilidad.

Procedimiento

Se inicio con la selección de las historias clínicas en el centro de atención ACAPANE de los pacientes con retraso mental con edades comprendidas entre 6 y 12 años. Luego, de realizada la selección de historias que interesaban para el estudio, se procedió a consignar los datos reseñados en las mismas en cuanto al total de IHOS de cada paciente, es decir, cantidad de materia alba mas la cantidad de cálculo dental; asimismo, se tomaron los datos concernientes a número de dientes cariados, extraídos y/o obturados (ceod) en dentición temporaria y número de dientes cariados, extraídos, con extracción indicada y obturados (CPOD) en dentición permanente.

Por último, se elaboró una matriz de datos donde se especifica el género, edad, IHOS, CPOD, ceod, y así como también si presentaban o no lesiones en los tejidos blandos, localizadas en las siguientes zonas labios, carrillos, paladar duro y blando, lengua, piso de boca y encías, en cada una de las historias clínicas objeto de estudio; la cual sirvió para efectuar la presentación de resultados y el análisis estadístico.

Procesamiento de la información

Culminada la etapa de recolección de datos, se procedió a la fase de conteo, codificación, tabulación y graficación de los mismos, con el objeto de traducir estos en información cuantitativa, que sea de fácil comprensión en lo que respecta a su utilidad e importancia para el proyecto de investigación. Los datos obtenidos, se tabularon y se sometieron a un procesamiento de datos haciendo uso de herramientas informáticas, utilizando para ello la estadística descriptiva e inferencial, la cual se basa en el cálculo de probabilidades para la obtención de conclusiones sobre una población a partir de los resultados obtenidos de la muestra y con ello dar respuesta a los objetivos que fueron planteados en el estudio.

Capítulo IV

Análisis de Resultados

Una vez finalizado el proceso de recolección de la información mediante la revisión de las historias clínicas en la clínica de Odontopediatría III en el centro de atención ACAPANE de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, se procedió a realizar un análisis donde se ordenó la información siguiendo la secuencia de los objetivos de la investigación con la finalidad de llevar a cabo la interpretación de la misma, ya que a su vez esta forma parte fundamentan para las conclusiones de la investigación, aportando de esta manera su contribución factible y teórica del problema en estudio. Los datos recolectados se exponen mediante cuadros y gráficos.

Cuadro 2

Índice de Higiene Oral Simplificado por Edad en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013

IHOS	n	ΣMA	IMA	ΣC	IC	IHOS
Edad						
6 a 8	21	18.35	0.87	0	0	0.87
9 a 12	19	19.41	1.02	0.2	0.01	1.03
Total	40	37.76	0.94	0.2	0.005	0.95

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

Análisis e interpretación: En el cuadro anterior se expresa el IHOS según el grupo etáreo, se pudo evidenciar que el índice de materia alba más elevado fue el grupo de 9 a 12 años con 1.02 en comparación con el de 6 a 8 años que fue de 0.87, el índice de cálculo fue relativamente bajo con 0.01 en el grupo de 9 a 12 años, mientras que en el de 6 a 8 años el índice de cálculo

es 0. El promedio del IHOS del todo el grupo fue de 0.95. Esto concuerda con el estudio realizado por Serrano, Torrelles y Simancas (2012), que determina que existe mayor presencia de materia alba y placa bacteriana que cantidad de cálculo dental en niños con discapacidad intelectual.

Cuadro 3

Índice de Higiene Oral Simplificado por Sexo en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013

IHOS Sexo	n	ΣMA	IMA	ΣC	IC	IHOS
M	22	20.02	0.91	0	0	0.91
F	18	17.74	0.98	0.2	0.01	0.99
Total	40	37.76	0.94	0.2	0.005	0.95

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

Análisis e interpretación: En el cuadro anterior se expresa el IHOS según sexo, donde el femenino tuvo el mayor índice de materia alba con 0.98 en comparación con el masculino que obtuvo 0.91, mientras que el índice de cálculo del sexo femenino fue de 0.01. De la misma forma, Córdoba, Portilla y Arteaga (2010), determinan que existe mejor índice de higiene oral en el sexo masculino que en el femenino, sin embargo dichos autores consiguieron niveles medios en la higiene oral en su muestra con el Índice de Placa Bacteriana de Silness y Løe (IPBSL); y aquí se encontró una buena higiene oral a través del IHOS.

Cuadro 4

Índice de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados, distribuidos por grupo Etario, en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.

CPOD										
Edad	N	C	$\bar{X}C$	E	$\bar{X}E$	Ei	$\bar{X}Ei$	O	$\bar{X}O$	CPOD
6 a 8	11	6	0.54	0	0	0	0	0	0	0.54
9 a 12	19	33	1.73	11	0.57	3	0.15	63	3.31	5.76
Total	30	39	1.3	11	0.36	3	0.1	63	2.1	3.86

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 201-2013.

Análisis e interpretación: En este cuadro se expresa el índice CPOD según grupo etáreo, la mayor cantidad de caries estuvo en el grupo de 9 a 12 años, con 33 dientes afectados, también fue mayor en este grupo los dientes extraídos con 11, extracciones indicadas 3 y obturados 63. El CPOD del grupo fue de 3.86, 0.54 para el grupo de 6 a 8 años y 5.76 para los de 9 a 12 años, esto debido a la diferencia de la cantidad de dientes permanentes en boca entre ambos grupos. El grupo de 6 a 8 años según la clasificación de los niveles de severidad de prevalencia de la caries dental de la OMS (1998) se encuentra en el nivel Muy bajo, mientras que el grupo de 9 a 12 años está ubicado en el nivel alto.

Cuadro 5

Índice de dientes permanentes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados, distribuidos por Sexo, en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013

CPOD										
Sexo	N	C	$\bar{X}C$	E	$\bar{X}E$	Ei	$\bar{X}Ei$	O	$\bar{X}O$	CPOD
F	16	18	1.12	5	0.31	1	0.06	31	1.9	3.39
M	14	21	1.4	6	0.42	2	0.14	32	2.28	4.24
Total	30	39	1.3	11	0.36	3	0.1	63	2.1	3.86

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013

Análisis e interpretación: En este se expresa el índice CPOD según sexo, la mayor cantidad de cariado está en el sexo masculino con 21 dientes afectados, los dientes extraídos fueron más frecuentes en el sexo masculino con 6 dientes. Los dientes obturados estuvieron distribuidos de manera parecida en ambos sexos. El CPOD en femenino fue de 3.39 y el del masculino de 4.24. Ambos grupos según la clasificación de los niveles de severidad de prevalencia de la caries dental de la OMS (1998) en el nivel de Moderado.

Cuadro 6

Índice de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados, distribuidos por grupo Etáreo, en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013

ceod								
Edad	n	c	\bar{X}_c	e	\bar{X}_e	o	\bar{X}_o	ceod
6 a 8	21	97	4.61	18	0.85	7	0.33	5.79
9 a 12	9	22	2.4	6	0.66	6	0.66	3.72
Total	30	119	3.96	24	0.8	13	0.43	5.19

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

Análisis e interpretación: La mayor cantidad de dientes cariados estuvo en el grupo de 6 a 8 años con 97 dientes afectados, mientras que en el grupo de 9 a 12 años sólo hubo 22. El mayor número de dientes extraídos fue 18 y estuvo ubicado en el grupo de 6 a 8 años, el de 9 a 12 años tuvo 6. Los dientes obturados estuvieron equilibrados, en el grupo de 6 a 8 años hubo 7 y en de 9 a 12 años hubo 6. El ceod de todo el grupo fue de 5,19, siendo más alto en el de 6 a 8 años con 5.79 y en de 9 a 12 años con 3.72. Esto debido a que en la edad de 6 a 8 años hay mayor cantidad de dientes temporarios en boca. Este hallazgo difiere del presentado por Serrano, Torrelles y Simancas (2012), donde el 31.4% de la dentición temporal se vio afectada por caries, ya que en aquí se evidenció que con un ceod de 5.19, es

decir alto, es muy probable que exista un porcentaje mucho mayor de dientes afectado por caries.

Cuadro 7

Índice de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados, distribuidos por Sexo, en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013

ceod								
Sexo	n	c	\bar{X}_c	e	\bar{X}_e	o	\bar{X}_o	ceod
M	18	66	3.66	16	0.88	10	0.55	5.09
F	12	53	4.41	8	0.66	3	0.25	5.32
Total	30	119	3.96	24	0.8	13	0.43	5.19

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

Análisis e interpretación: El promedio de dientes cariados fue mayor en el sexo masculino con 4.41, en cambio el femenino fue de 3.66. El de dientes extraídos en el sexo masculino dio un promedio de 0.88 y el femenino 0.66. Hubo mucha diferencia entre los dientes obturados, en el sexo masculino el promedio fue de 0.55 y en el femenino 0.25. El ceod de todo el grupo fue de 5.19, con 5.09 para masculino y 5.32 para el femenino.

Cuadro 8

Distribución absoluta y porcentual de prevalencia de patologías en la cavidad bucal según localización en tejidos blandos que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.

Localización	Frecuencia	(%)
Labio	14	32.5
Carrillos	4	9.3
Paladar Duro	0	0
Paladar blando	1	2.3
Lengua	3	6.9
Piso de Boca	0	0
Encías	21	48.8
Total	43	100

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

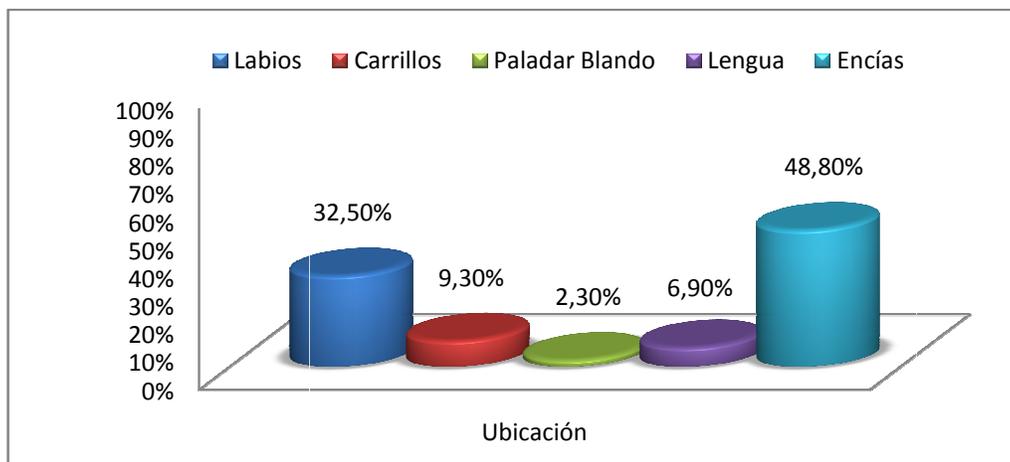


Grafico 1. Prevalencia de patologías en la cavidad bucal según localización en tejidos blandos que se presentan frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE. Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

Análisis e interpretación: Los resultados del cuadro 8 y gráfico 1 evidencian la prevalencia de lesiones a nivel de tejidos blandos; obteniendo que la encía fue la región donde se encontró mayor afección representada por un 49% de la población estudiada, seguido de los labios con un 33%, carrillos 9%, a nivel de la lengua se presentó un 7%, en paladar blando solo se apreció un 2%. Coincidentalmente, Dávila, Gil y Daza (2004), obtuvieron una mayor frecuencia de lesiones en las encías con un 61% de signos gingivales; Millo y Álvarez (2012), también reflejó un alto nivel de daños a los tejidos gingivales, con un 73%.

Cuadro 9

Distribución Absoluta y Porcentual según grupo etáreo de prevalencia de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013.

Grupo etáreo	Frecuencia	(%)
6 a 8 años	16	48,48
9 a 12 años	17	51,51
Total	33	100

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

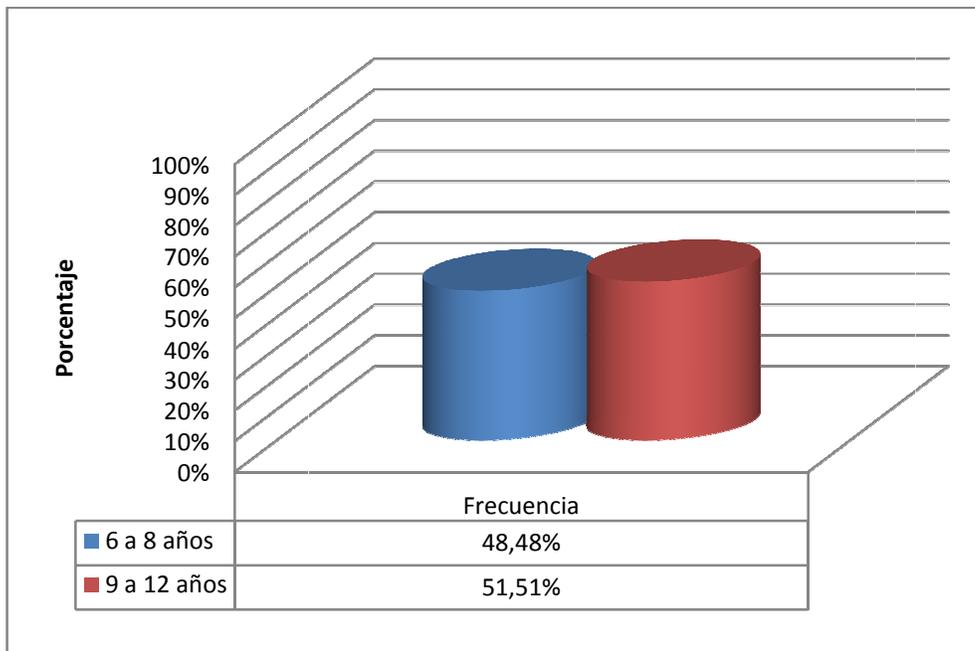


Gráfico 2. Prevalencia de patologías de tejidos duros según grupo etáreo que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE. Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

Análisis e interpretación: En el cuadro y gráfico anterior se encuentra la distribución según el grupo etáreo de la presencia de lesiones en tejidos duros, arrojando como resultado que en el grupo de 9 a 12 años se evidencio el más alto porcentaje con un 51,51% equivalente a 17 individuos de la muestra, mientras que en lo que respecta al grupo de 6 a 8 años hubo 16 pacientes que equivale al 48,48% con esta lesión por lo tanto la diferencia no es tan evidente. Resultados similares a los de Dávila M, Gil y Bullones (2006), quienes obtuvieron que 53% de sus pacientes presentaron caries dental, y diefieren con Dávila, Gil y Daza (2004) y con Millo S, Álvarez (2012) quienes encontraron más de 60% y 81% respectivamente.

Cuadro 10

Distribución Absoluta y Porcentual según sexo de prevalencia de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013

Sexo	Frecuencia	(%)
Masculino	18	54.54
Femenino	15	45.45
Total	33	100

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

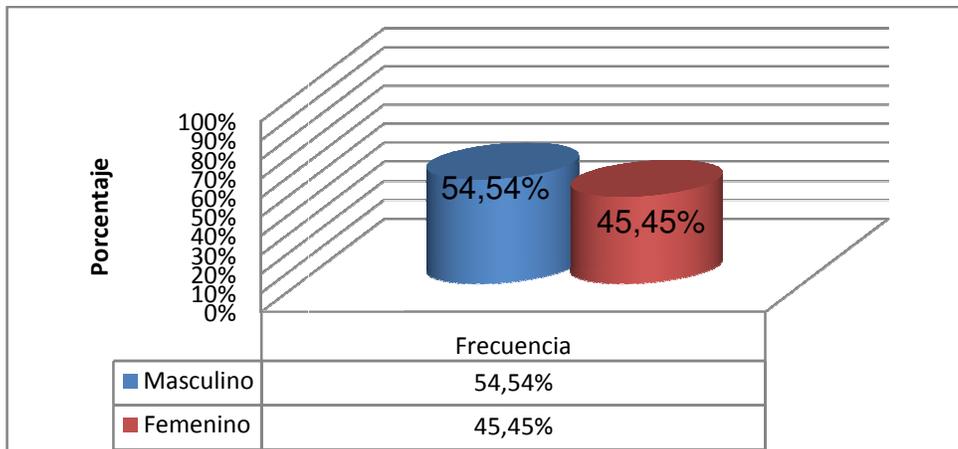


Gráfico 3. Prevalencia según sexo de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE. Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE.

Análisis e interpretación: De acuerdo a los datos recabados se pudo conocer que el sexo predominante con mayor índice caries dental es el masculino, el 54.54% de estos niños padecen esta enfermedad, luego el sexo femenino con un 45.45%. Según Dávila, Gil y Bullones (2006), Aproximadamente 53% de las mujeres y 46,2% de los varones presentaron caries, invirtiendo los resultados, sin embargo el rango de diferencias no fue alto entre femenino y masculino en ambos estudios.

Cuadro 11

Distribución Absoluta y Porcentual según grupo etáreo de prevalencia de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013

Grupo etáreo	Labios	(%)	Carrillos	(%)	Paladar Blando	(%)	Lengua	(%)	Encías	(%)
6 a 8 años	6	42.85	1	25	0	0	2	66.66	8	38.09
9 a 12 años	8	57.14	3	75	1	100	1	33.33	13	61.90
Total	14	100	4	100	1	100	3	100	21	100

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

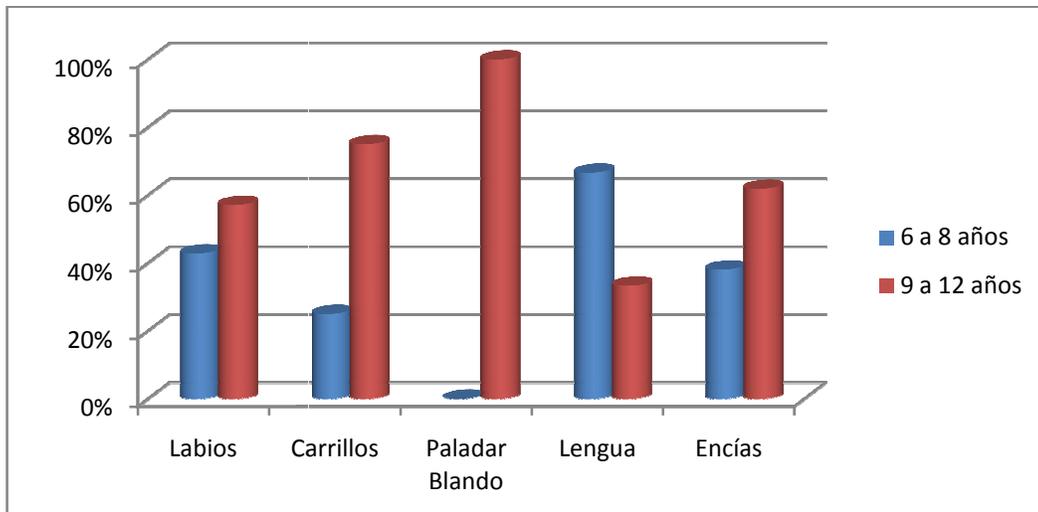


Gráfico 4. Prevalencia de patologías de tejidos blandos según grupo etáreo. Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE.

Análisis: en el gráfico y cuadro anterior se observa la prevalencia de patologías de tejidos blandos según la edad de los pacientes, se pudo observar que el grupo etáreo con mayor cantidad de lesiones fue el de 9 a 12 años, éste grupo lleva la delantera en lesiones de labios, carrillos, paladar blando y encías. Las lesiones en lengua fueron más frecuentes en el grupo de 6 a 8 años.

Cuadro 12

Distribución Absoluta y Porcentual según sexo de prevalencia de patologías bucales de tejidos duros que se presentan con frecuencia en pacientes con retraso mental que acuden a ACAPANE: 2011-2013

Sexo	Labios (%)	Carrillos (%)	Paladar Blando (%)	Lengua (%)	Encías (%)
Masculino	9 64.28	1 25	1 100	1 33.33	12 57.14
Femenino	5 35.71	3 75	0 0	2 66.66	9 42.85
Total	14 100	4 100	1 100	3 100	21 100

Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE 2011-2013.

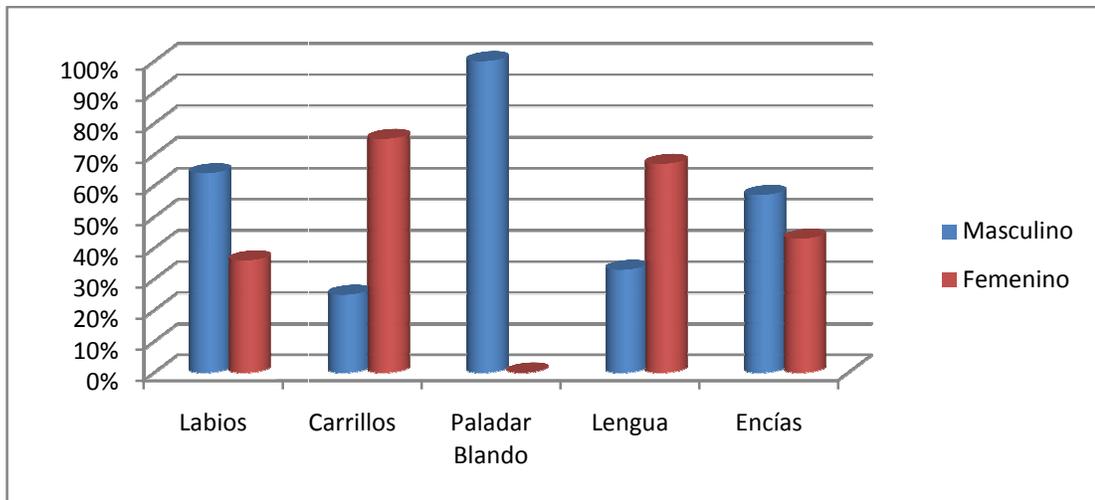


Gráfico 5. Prevalencia de patologías de tejidos blandos según sexo.
Fuente: Historias clínicas de Odontopediatría III, ACAPANE.

Análisis: en el cuadro y gráfico anterior se evidencia que el sexo masculino tuvo mayor prevalencia de lesiones en tejidos blandos en labios, paladar blando y encías, mientras que el sexo femenino fueron mayores las lesiones en carrillos y lengua.

Conclusiones

Atendiendo a los resultados alcanzados mediante la verificación de los índices de salud bucal encontrados en las historias clínicas consultadas, se determinaron las siguientes conclusiones:

➤ El índice de higiene oral (IHOS) en los sujetos de la muestra presentó un promedio de 0,95 tanto por edad y género considerado este un indicador de buena higiene oral.

➤ Por otra parte, en lo referente a los índices de caries dental basados en los dientes cariados, extraídos, con extracciones indicadas y obturados (CPOD) de los pacientes con retraso mental incluidos en el estudio arrojó resultados de un promedio de 3,86 lo que representa para estos infantes un riesgo moderado de padecer caries dental, observándose mayor número de individuos afectados en el grupo etáreo de 9-12 años y en el género masculino. Por su parte, en el índice de dientes temporarios cariados, con extracciones indicadas y obturados (ceod) se determinó como resultado un promedio de 5,19 lo que representa un alto riesgo de caries dental, el género que estuvo más afectado fue el masculino y en cuanto al grupo etáreo fue de 6-8 años de edad.

➤ En lo que respecta a la determinación de la prevalencia de patologías a nivel de los tejidos blandos según su localización en diferentes zonas de la cavidad bucal las encías fueron las que mayor porcentaje de afección presentaron con un 48,8%, seguido de labios con un 32,5%, carrillos 9,30%, lengua 6,90% y por último con un menor porcentaje se evidenciaron lesiones a nivel de paladar blando con 2,30%.

➤ Con referencia a la prevalencia de patologías a nivel de tejidos duros el grupo etáreo comprendido entre 9 y 12 años de edad fue el que arrojó un mayor porcentaje de individuos afectados con un 51,51% y en cuanto al género fue el masculino con 54,54%.

➤ Por último, con respecto a la prevalencia de patologías de tejidos blandos en la cavidad bucal, el grupo etáreo más afectado estuvo comprendido en el rango de 9 a 12 años de edad, con mayor cantidad de lesiones en labios, carrillos, paladar blando y encías; mientras que el sexo donde se evidenció mayor número de lesiones fue el masculino con respecto al femenino, predominando las lesiones en labios, paladar blando y encías.

Recomendaciones

- Se sugiere a los diversos entes públicos y privados encargados de la salud pública, tomar los resultados de esta investigación como un diagnóstico de base para diseñar o redimensionar los programas de salud bucal a fin de ejercer en la región un mejor nivel de prevención primaria, lo cual permitirá controlar el riesgo de caries y recidivas en la población con retraso mental y disminuir posibles hábitos que contribuyen a la aparición de lesiones en tejidos blandos.
- De igual forma, se recomienda a la comunidad estudiantil y docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo de la asignatura Odontopediatría III realizar estudios en la población con retraso mental de cada uno de los municipios del Estado Carabobo con el fin de evaluar en forma sistemática la eficacia de los diferentes programas de salud bucal de la región y determinar en qué proporción real disminuye la prevalencia de lesiones en boca.
- Por último, se le sugiere a la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo considerar los casos de caries detectados por esta investigación en la clínica Odontopediatría III, de forma tal que se realicen los cambios necesarios para lograr una prevención eficaz de la caries dental y se optimice la salud bucal de los pacientes que allí acuden solicitando atención odontológica.

Bibliografía

- Ardila A, Rosselli M, Matute E. 2005. Neuropsicología de los trastornos del aprendizaje. México. Editorial Manual Moderno.
- Arias, F. 2006. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 5ª ed. Caracas. Editorial Espíteme.
- Asociación de Odontólogos Institucionalizados del Sur de los Estados Unidos. 2002. Problemas clínicos en la prestación de atención dental para los clientes con discapacidad intelectual.
- Barnet, E. 2000. Terapia Oclusal en Odontopediatría. 8^{va} ed. Buenos Aires. Editorial Científico Técnica.
- Barrancos, Money. 2006. Operatoria dental. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Behrman, kliegman, Jenson. 2004. Tratado de Pediatría. 17a ed. Madrid. Editorial Elsevier.
- Cárdenas D, 2003. Odontología Pediátrica. Medellín, Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Carranza N. 2012. Periodontología Clínica. 11 ed. Editorial Elsevier.
- Centro Nacional de Información para Niños y jóvenes con discapacidad. 2011. Retraso Mental. Estados Unidos.
- Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10) (2008)
- Clavijo R, Fernández C, Rodríguez L. 2005. Educador de la Educación Especial. 1a ed. España. Editorial Mad.

- Córdoba D., Portilla M., Arteaga G. 2010. Higiene oral de niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad cognitiva leve. Revista Universidad y Salud. Sección artículos originales. Año 10 Vol. 1
- Dávila L., Gil M., Daza D. 2004. Utilización de los servicios odontológicos por las personas con retraso mental en los Municipios Iribarren y Palavecino. Boletín Médico de Postgrado. Vol. XX N° 3
- Dávila M., Gil M., Bullones X. 2006. Caries Dental en Personas con Retraso Mental y Síndrome de Down. Rev. Salud pública vol.8 no.3
- Echeverría J. 2002. El manual de Odontología. Madrid-España. Editorial Masson, S.A.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. 2010 Metodología de la Investigación. 5ª ed. México. Editorial Mc. Graw Hill.
- Higashida, B; 2000. Odontología Preventiva. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- Hormigo A, Tallis J, Esterkind A. 2006. Retraso mental en niños y adolescentes: aspectos biológicos, subjetivos, cognitivos y educativos. 1a ed. Buenos Aires. Editorial Conjunciones.
- Imparato J.C, Kalil S. 2003. Operatoria Dental en Niños. En Guedes-Pinto A, compilador. Rehabilitación Bucal en Odontopediatría: Atención Integral. Colombia: Amolca.
- Isselbacher K. Principios de Medicina Interna. 13 ed. Estados Unidos. Editorial Mc Graw Hillp.
- Jiménez C., Kkilikan R., Pérez C., Herrera N., Hernández L. 2008. Estudio Retrospectivo de Lesiones Patológicas en Niños y Adolescentes. Servicio de Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Central de Venezuela. Periodo 1992-2006. Revista

- Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Ortodoncia.ws edición electrónica mayo 2008. Obtenible en: www.ortodoncia.ws.
- Lang K. 2009. Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. 5ta ed. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Luckasson R. 2002. American Association on Mental Retardation, Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. 10 ed.
- Millo S., Alvarez O. 2012.. Dic. 2012. Situación de salud bucal en pacientes institucionalizados con retardo escolar y mental. Rev. Salud Pública Vol. 10 N° 3
- Moore D, James W. 2005. Manual de Psiquiatría Médica. 2da ed. Madrid. Editorial Elsevier.
- Organización Mundial de la Salud. 2001.
- Organización Mundial de la Salud. 2006. Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación.
- Organización Panamericana de la Salud. 2006.
- OPS –OMS. 1998. Protegiendo la Salud de las Américas. Washington, USA.
- Orozco, C., Labrador, M., Palencia, A. 2002. Metodología. Valencia. Editorial OFIMAX.
- Parella, S., Martins, F. 2003. Metodología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa. Caracas. Editorial FEDUPEL.
- Raspall G. 2007. Cirugía Oral e Implantología. 2a ed. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Serrano M., Torrelles A., Simanacas Y. 2012. Estado de Salud bucodental en niños con discapacidad intelectual. Acta Odontológica de Venezuela. Vol. 50 N° 3

Sierra, C. 2004. Estrategias para la elaboración de un proyecto de investigación. Maracay. Insertos Médicos de Venezuela. C.A.

Silvestre F, Plaza A. 2007. Odontología en Pacientes Especiales. Valencia, España.

Toro, J., Yepes, L. 2004. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 4ta edición.

ANEXOS

Anexo

Matriz de Datos

		Patologías de tejidos Duros																														
		Género		IHOS			CPOD					ceod			Patologías de tejidos Blandos																	
Edad	F	M	MA	C	IHOS	C	E	Ei	O	S	c	e	o	s	Labio		Carrillo		Paladar duro		Paladar blando		Lengua		Piso de boca		Enfermedad Periodontal					
															SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
11	X		1,83	0	1,83	2	0	1	3	22					X			X		X		X		X		X						
6		X	0,5	0	0,5						8	0	0	12		X		X		X		X		X		X		X				
6		X	0,22	0	0,22						0	0	0	20	X			X		X		X		X		X		X				
10		X	1,33	0	1,33	4	0	1	2	0	0	0	0	8	X			X		X		X		X		X		X				
10		X	0,5	0	0,5	0	0	0	0	14	3	1	2	2		X		X		X		X		X		X		X				
6	X		1	0	1	1	0	0	0	6	11	0	0	7		X		X		X		X		X		X		X				
12	X		0,66	0	0,66	1	0	0	10	17					X			X		X		X		X		X		X				
6		X	1,33	0	1,33						3	0	1	16		X		X		X		X		X		X		X				
12	X		1	0,2	1,2	2	3	0	4	19					X			X		X		X		X		X		X				
6	X		0,22	0	0,22						0	0	0	20	X			X		X		X	X		X		X		X			
9	X		1,5	0	1,5	0	0	0	0	12	0	0	0	12		X	X		X		X		X		X		X		X			
10		X	0,5	0	0,5	0	0	0	0	14	3	1	2	2		X		X		X		X		X		X		X				
10	X		0,6	0	0,6	4	2	0	0	12	3	3	0	0	X			X		X		X		X		X		X				
12		X	0,5	0	0,5	0	2	0	12	14					X			X	X		X		X		X		X		X			
6		X	1,33	0	1,33						3	0	1	16		X		X		X		X		X		X		X				

8	X		0,67	0	0,67	1	0	0	0	15	6	2	0	0		X		X		X		X		X	X	
9		X	1	0	1	1	0	0	0	7	5	0	0	17		X		X		X		X		X		X
6	X		1	0	1	1	0	0	0	6	11	0	0	7		X		X		X		X		X	X	
6		X	0,5	0	0,5						0	2	0	18		X		X		X		X		X	X	
6		X	0,83	0	0,83						7	0	0	13	X		X		X		X	X		X		X
6	X		1,5	0	1,5						5	2	0	13		X		X		X		X		X		X
7		X	1,5	0	1,5	2	0	0	0	2	8	3	0	9		X		X		X		X		X	X	
12		X	1	0	1	2	1	0	8	17						X		X		X		X		X		X
10		X	0,5	0	0,5	2	0	0	5	21						X		X		X		X		X		X
6		X	0,83	0	0,83						0	2	0	18		X		X		X		X		X	X	
6	X		0,5	0	0,5					2	0	0	0	18		X		X		X		X		X		X
6		X	1	0	1	2	0	0	0	2	6	0	2	12		X		X		X		X		X		X
7		X	1,33	0	1,33					9	5	1	0	7	X		X		X		X		X		X	X
6	X		0,83	0	0,83					2	5	0	0	13		X		X		X		X		X		X
9	X		1,5	0	1,5	1	0	0	0	7	5	0	0	17	X		X		X		X	X		X	X	
7	X		0,5	0	0,5					9	5	0	0	8		X		X		X		X		X		X
10		X	1	0	1	0	0	0	0	14	3	1	2	2		X		X		X		X		X	X	
10	X		0,83	0	0,83	2	0	0	5	21						X	X		X		X		X		X	X
12		X	1,33	0	1,33	2	3	0	4	19					X		X		X		X		X		X	X
11	X		1	0	1	2	0	0	5	21						X		X		X		X		X		X
8		X	0,83	0	0,83	1	0	0	0	15	6	2	0	0		X		X		X		X		X		X
6	X		1,5	0	1,5	0	0	0	0	14	3	1	2	2		X		X		X		X		X		X
6		X	0,83	0	0,83						5	5	0	10	X		X		X		X		X		X	X
9		X	1,33	0	1,33	4	0	1	2	0	0	0	0	8		X		X		X		X		X	X	
11			1,5	0	1,5	2	0	0	4	22					X		X		X		X		X		X	X